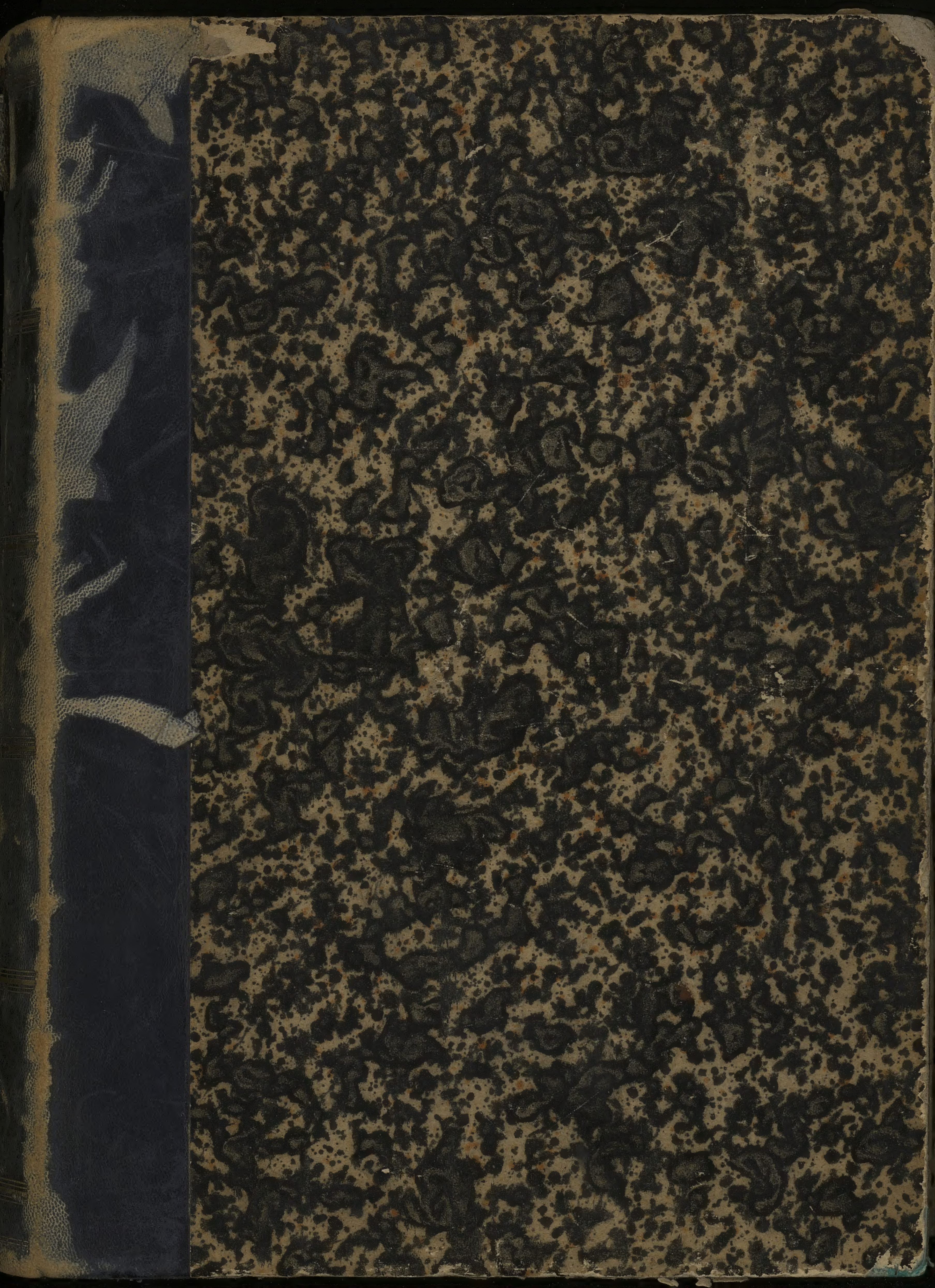
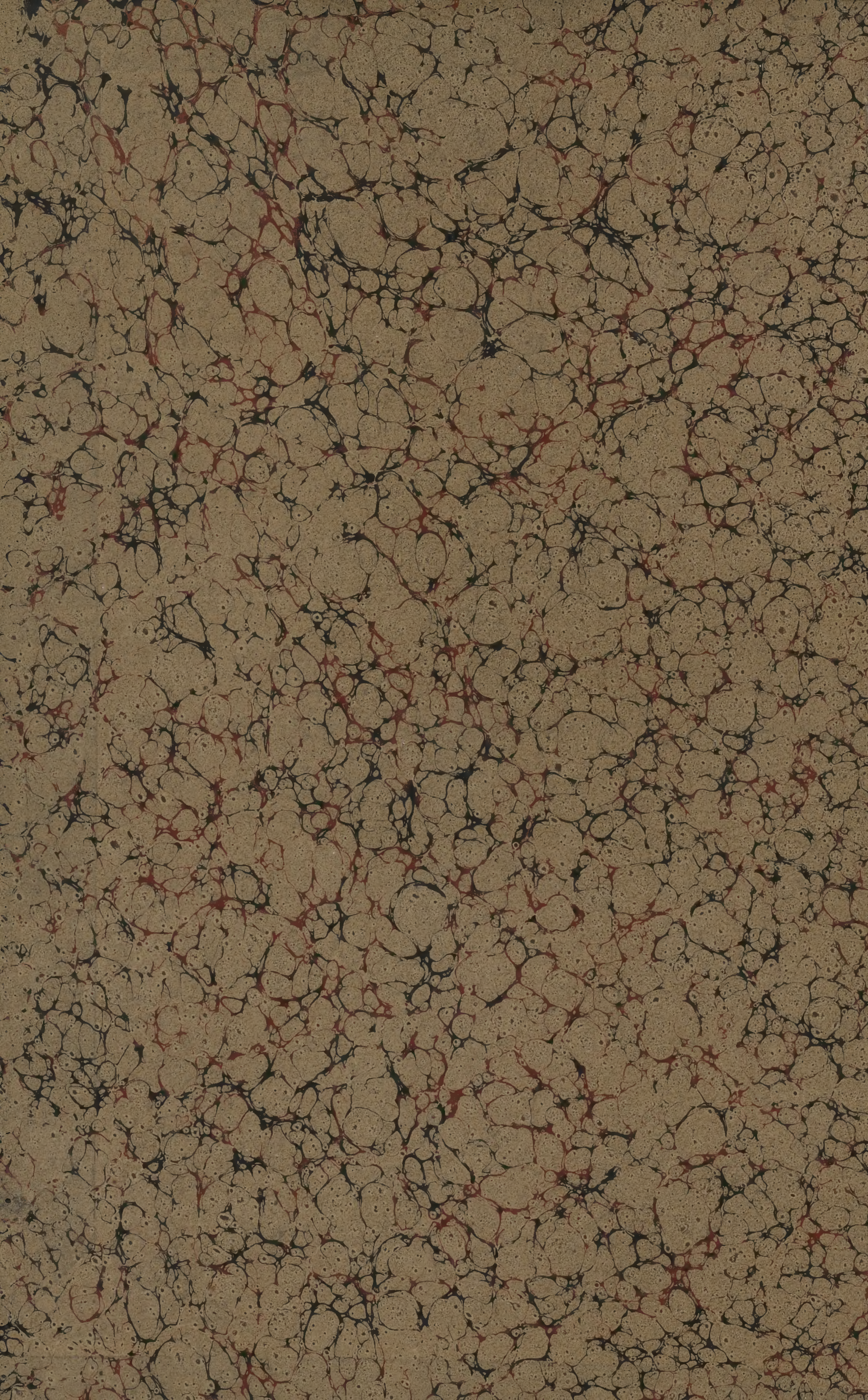
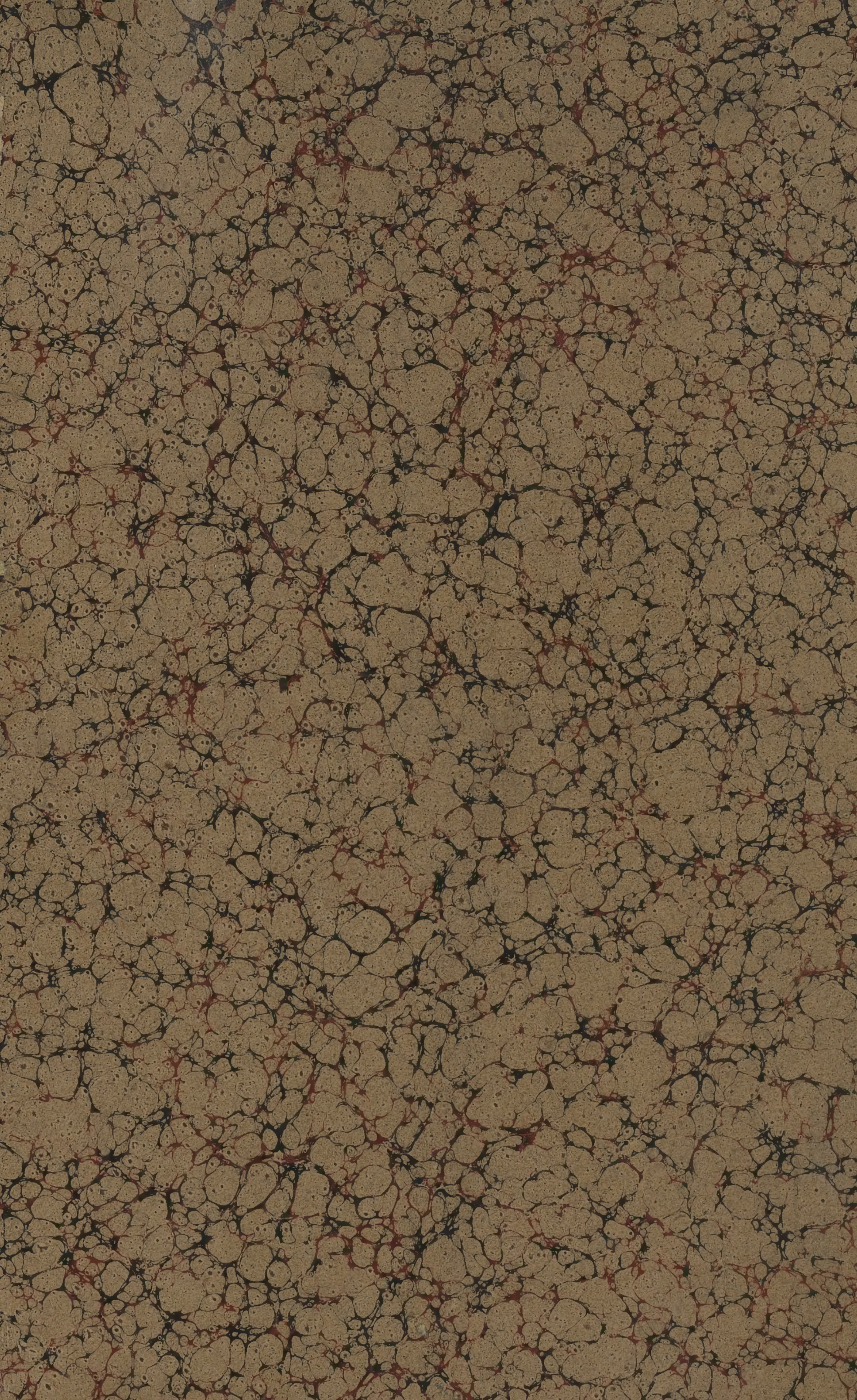






LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS
IMPRIMERIE F. LEVE
17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

SOIXANTE-TROISIÈME ANNÉE

1890

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DE L'ODÉON, 4

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1890

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**	
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**	

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL NECKER. Des formes de l'angine de poitrine. — HÔTEL-DIEU DE LYON. Luxation ancienne du poignet en avant, avec arrêt de développement de tout le membre supérieur. — CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, 1er janvier 1890.

Les « Revues générales », inaugurées en 1887 dans la *Gazette des hôpitaux*, ont conquis décidément la faveur de nos lecteurs. Aujourd'hui leur place est marquée dans le mouvement scientifique. Les divers concours de nos Facultés et de nos Écoles y viennent puiser à pleines mains; nos lecteurs y trouvent les questions à l'ordre du jour, traitées avec la plus grande distinction. Tous les éloges que nous recevons à ce sujet, nous sommes heureux de les transmettre à cette phalange de jeunes savants, accueillie et dirigée avec tant de talent et tant de bienveillance par MM. Mathieu et Ricard.

Pour répondre au désir d'un grand nombre de nos lecteurs, nous allons grouper, sous les titres de médecine, chirurgie, obstétrique, les diverses « Revues générales » actuellement publiées (1).

MÉDECINE

1887. — P. BERBEZ. L'hystéro-traumatisme (n° 95).
E. BERREZ. De l'ulcère simple de l'œsophage (n° 157).
P. BRAINE. Traitement des kystes hydatiques du foie (n° 57).
J.-B. DUPLAIX. Des polynévrites (n° 130).
A. FLORAND. Sclérose latérale amyotrophique (n° 75).
G. GUINON. Diagnostic des chorées (n° 115).
L. JACQUET. Des érythèmes polymorphes (n° 121).
A.-B. MARFAN. Les ulcérations gastriques (n° 51). — La tuberculose miliaire (n° 89).
A. MOREL-LAVALLÉE. Étude générale sur les roséoles (n° 100).
É. PARMENTIER. L'ictère catarrhal d'après les travaux récents (n° 136).
P. RAYMOND. Les cirrhoses du foie (n° 106).
G.-H. ROGER. Rôle du foie dans les auto-intoxications (n° 66).
A. RUAULT. Les névropathies réflexes d'origine nasale (n° 148).
H. TOUPET. Étiologie de la fièvre typhoïde (n° 78). — Pneumo-typhoïde (n° 151).

(1) Nous faisons suivre chaque titre de Revue d'un chiffre placé entre parenthèses. Ce chiffre indique le numéro du journal contenant la Revue et permet de la retrouver facilement.

1888. — H. BARBIER. L'albuminurie dans la diphthérie (n° 55).
P. BERBEZ. L'épilepsie jacksonnienne (n° 50). — L'hystérie toxique (n° 6).
CAYLA. Tuberculose du rein, ses rapports avec la tuberculose génito-urinaire (n° 15).
P. CHÉRON. L'hydrothérapie dans le traitement de la fièvre typhoïde (nos 60 et 66).
J. CUILLERET. Étude clinique sur l'entéroptose ou maladie de Glénard (n° 109).
J.-B. DUPLAIX. Étude sur le purpura (n° 141).
P. GALLOIS. Théories pathogéniques du rachitisme (n° 97).
F. DE GRANDMAISON. La variole hémorrhagique (n° 138).
G. GUINON. De la valeur séméiologique des réflexes [illegible]neux (n° 103).
E. JEANSELME. De l'insuffisance hépatique (n° 124). — De l'ulcère de jambe; des lésions qui le précèdent et de celles qui le suivent (n° 86).
E. LEFLAIVE. De l'asthme d'été (n° 36).
A.-B. MARFAN. Dégénérescence amyloïde du rein (n° 149). — Les pseudo-rhumatismes infectieux (n° 21).
A. MARTHA. De la sclérose des artères (n° 89).
A. MATHIEU. Les phénomènes chimiques de la dyspepsie gastrique (n° 24). — Les phénomènes nervo-moteurs de la dyspepsie gastrique (n° 47).
A. MOREL-LAVALLÉE. Des formes graves de la syphilis. Comment et pourquoi la syphilis peut être grave. Pronostic de la syphilis (n° 118). — Traitement abortif de la syphilis (n° 72).
J. PIGNOL. L'asystolie indépendante des lésions valvulaires (n° 83).
P. RAYMOND. Les myopathies essentielles (n° 115).
G.-H. ROGER. Fermentation et putréfaction intestinale (n° 39
A. ROUILLARD. Les pseudo-paralysies générales (n° 78). — Les symptômes spinaux dans la paralysie générale des aliénés (n° [illegible]).
P. TISSIER. Des complications rénales de la scarlatine (n° 29).
V. WALLICH. Des troubles musculaires consécutifs aux arthrites (n° 92).

1889. — P. BLOCQ. Le foie chez les tuberculeux (n° 2). — De la syringomyélie (n° 140).
BOULAY. Mécanisme et théories de l'immunité (n° 8). — Nature et traitement du psoriasis (n° 111).
E. BRISSAUD. Les hystéries provoquées (n° 134).
D. CRITZMAN. Traitement de la fièvre typhoïde (n° 1).
D. CRITZMAN et THIROLOIX. Nature et traitement de la diphthérie (n° 146).
G. GUINON. L'acromégalie (n° 128).
H. HARTMANN. L'uréthrotomie interne (n° 2). — Les névralgies vésicales (n° 82).
E. LEFLAIVE. Théories récentes sur la nature et la pathogénie du goître exophthalmique (n° 5).

T. Legry. Des amyotrophies dans les maladies générales chroniques (nº 96).

G. Lyon. L'entérite muco-membraneuse (nº 51). — Le coma diabétique (nº 85).

A.-B. Marfan. Étiologie et diagnostic des pleurésies purulentes (nº 99).

A. Mathieu. Le rétrécissement mitral pur considéré, en particulier, chez les jeunes femmes (nº 38).

A. Morel-Lavallée. Syphilis : aliénation mentale et paralysie générale (nº 120).

E. Ozenne. Du traitement des vaginalites (nº 70).

P. Raymond. La peptonurie (nº 76).

Rouillard. Les troubles mentaux des vieillards (nº 79).

A. Sirédey. Des endocardites infectieuses (nº 17).

G. Thibierge. Les lésions artérielles de la syphilis (nº 11).

Thiroloix. (Voir Critzman.)

Thoinot. Microbie médicale (nº 123).

P. Tissier. Sur la curabilité de l'ascite au cours de la cirrhose alcoolique du foie (nº 32).

Valette. Les ulcérations non traumatiques de la trachée (nº 91).

CHIRURGIE

1887. — A. Boiffin. De l'intervention chirurgicale dans les accidents des hernies adhérentes (nº 63).

H. Delagenière. Étude critique sur les différents traitements appliqués aux tumeurs du gros intestin (nº 81).

N. Hallé. Les maladies chirurgicales de l'uretère ; son exploration (nº 112).

H. Hartmann. Du drainage et de l'évacuation continue de la vessie dans le traitement des cystites (nº 48).

A. Marthа. Des injections iodées dans le traitement des goîtres (nº 84).

P. Michaux. De l'intervention chirurgicale dans les traumatismes du tube digestif (nºs 98 et 103). — Des modifications apportées par l'antisepsie dans les règles du traitement de l'étranglement herniaire (nº 154).

R. Pichevin. Anesthésie et trachéotomie (nºs 69 et 72). — Traitement du varicocèle (nº 109).

L. Picqué. De la périnéorrhaphie appliquée aux déchirures complètes du périnée (nº 127).

A. Ricard. D'une déformation particulière des orteils désignée sous le nom d'orteil en marteau (nº 124).

P. Sebileau. Les traumatismes de l'épaule et les paralysies du membre supérieur (nº 92).

P. Tissier. Cancer du larynx (nº 139).

E. Valude. Traitement des rétrécissements et inflammations des voies lacrymales (nº 145).

F. Verchère. De la conduite à tenir après l'ablation des tumeurs de la face (nº 118). — Fractures et massage (nº 133).

F. Villar. De la luxation sous-glénoïdienne de l'épaule (nº 86).

188[.] — L. Beurnier. Étude sur les ligaments ronds de l'utérus et sur leur raccourcissement [opération d'Alexander] (nº 27).

S. Bonnet. Des kystes et abcès des glandes vulvo-vaginales (nº 69).

A. Broca et P. Sebileau. Chirurgie cranio-cérébrale ; du trépan dans les traumatismes du crâne (nº 75). — De l'intervention chirurgicale dans les maladies cérébrales (nº 94).

A. Chipault. Varices lymphatiques et lymphangiomes (nº 144).

L. Defontaine. Traitement chirurgical des abcès du foie (nº 58).

H. Delagenière. Des greffes cutanées et épidermiques dans le traitement des plaies ulcérées (nº 63). — Étude critique des procédés modernes de cure radicale des hernies inguinales et crurales (nº 12).

Guillet. Des tumeurs solides du rein, leurs symptômes, leur traitement chirurgical (nº 44).

N. Hallé. Thérapeutique utérine antiseptique (nº 18).

H. Hartmann. Du traitement chirurgical des pyélites (nº 3).

P. Michaux. Des empyèmes chroniques avec fistule thoracique ; de leur traitement chirurgical et particulièrement de l'opération d'Estlander (nº 106).

E. Ozenne. Du traitement des tumeurs du corps thyroïde (nº 112).

A. Ricard. De la section des os dans les résections articulaires ; ostéotomie sous-périostée avec extraction consécutive de l'extrémité articulaire (nº 41).

P. Sebileau. (Voir A. Broca.)

L. Secheyron. Le traitement chirurgical des myomes utérins (nºs 100 et 121).

Valat. Traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'ignipuncture (nº 132).

F. Verchère. Contribution à l'étude du traitement de quelques fractures juxta-articulaires (nº 9). — De la fièvre traumatique (nº 53).

F. Vilar. Paralysie faciale et tétanos. Du tétanos céphalique avec paralysie faciale [tétanos dit céphalique ou hydrophobique de Rose] (nº 147).

1889. — P.-B. Bossano. Nature infectieuse du tétanos ; étude historique et recherches expérimentales (nº 148).

Chipault et Souques. Arthropathies tabétiques du pied (nº 29).

G. Conzette. Traitement des fractures de la rotule par suture osseuse (nº 20).

H. Delagenière. Étude critique des méthodes modernes de trépanation du crâne (nº 49).

P. Dumoret. Du prolapsus utérin (nº 137).

J.-L. Faure. De l'hydrocèle péritonéo-vaginale ou hydrocèle congénitale (nº 93).

Forgue. Traitement de l'adénite tuberculeuse (nº 41).

L. Jacquet. Des manifestations cutanées et muqueuses de la syphilis héréditaire précoce (nºs 57 et 60).

F. Legueu. Des résections dans l'ostéomyélite des os longs (nº 143).

Lejars. Les kystes des reins (nºs 47 et 52). — Néoplasmes herniaires et péri-herniaires (nº 88).

Lubet-Barbon. Des végétations adénoïdes du pharynx nasal (nº 67).

A.-F. Plicque. L'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes. L'ablation complète et ses difficultés (nº 73). — Étude sur le traitement chirurgical du cancroïde des lèvres (nº 102). — Le traitement électrique des fibromes utérins ; sa technique opératoire (nº 131).

Potiquet. Étude critique sur le coryza caséeux (nº 14).

P. Raymond. Origine épithéliale et nature parasitaire du cancer (nº 105).

A. Ricard. De l'apophyse mastoïde et de sa trépanation (nº 23).

Souques. (Voir Chipault.)

E. Valude. De la restauration des paupières (nº 114).

F. Verchère. Traitement de quelques fistules urinaires chez l'homme. Reins, uretères, vessie (nº 65).

V. Wallich. De la tuberculose des gaines synoviales tendineuses (nº 108).

OBSTÉTRIQUE

1887. — L. Secheyron. Antisepsie et asepsie en obstétrique (nº 142).

1888. — A. Auvard. Influence de la puerpéralité sur l'obésité (nº 135).

Demelin. Du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (nº 126).

1889. — E. Bonnaire. De la présentation du front (nº 35).

F. Widal. Infection puerpérale et phlegmatia alba dolens (nº 62).

Telles sont les « Revues générales » publiées jusqu'à ce jour. Développant encore l'idée qui leur a donné naissance, nous invitons l'élite de nos Facultés et de nos Écoles de province à venir prendre part à cette intéressante publica-

tion. La *Gazette des hôpitaux* n'a jamais été une église fermée ; elle est une tribune ouverte à toute discussion et à tout développement scientifiques.

Nous n'ajouterons pas un mot, ayant coutume de très peu parler de nous, de ne songer qu'à l'intérêt de nos lecteurs. Leur approbation est toute notre récompense.

Dr E. Le Sourd.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Des formes de l'angine de poitrine.

(Leçon clinique recueillie par M. le docteur Leflaive, ancien interne des hôpitaux.)

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'un malade qui, entré depuis peu dans notre service, présente des accès d'angine de poitrine s'éloignant du type habituel. C'est un homme de trente-neuf ans qui, malgré son aspect de santé, a une insuffisance aortique remontant bien à quatorze ou quinze mois. Malgré l'ancienneté de cette lésion, le cœur n'est pas très gros, et son hypertrophie n'est pas assez marquée pour être reconnue par ses signes physiques habituels. La respiration se fait assez aisément pour que le malade la puisse retenir quelques instants sans peine. L'auscultation du cœur révèle à la base deux bruits de souffle ; le premier, systolique, est très léger et très doux ; le second, diastolique, est plus fort; il traduit la régurgitation sanguine et se propage assez loin. La main ne perçoit aucun frémissement, ce qui, joint au timbre doux des souffles, nous montre qu'il n'existe guère de rugosités au niveau de l'orifice aortique.

Vous avez pu remarquer chez notre malade une expansion en masse des vaisseaux du cou; cette ampliation rythmée indique que la crosse de l'aorte est dilatée. C'est ce que vous pouvez encore reconnaître en mettant le doigt derrière la fourchette sternale pour sentir ses battements, et en constatant, d'autre part, que les artères sous-clavières ont leur origine à 1 centimètre plus haut que la clavicule, et non derrière elle. Les artères périphériques ne sont pas dures, pas athéromateuses; et c'est à remarquer, car l'athérome aortique atteint, en général, aussi les autres artères. De la conservation de l'élasticité artérielle, il résulte que le pouls a une détente moins brusque que le pouls de Corrigan type, et qu'on n'observe nulle part le phénomène du pouls capillaire.

Je ne crois pas que l'aorte elle-même soit très athéromateuse; je crois qu'il s'agit de lésions, sinon aiguës, du moins subaiguës : dépolissement de l'endartère, perte d'élasticité de la tunique moyenne, vascularisation exagérée et épaississement de la tunique externe. Quant aux valvules, s'agit-il d'un état fenêtré, d'une soudure anomale de deux valves, etc., c'est ce qu'on ne peut dire ; mais je ne les crois guère incrustées.

Le malade a peu des signes fonctionnels de l'insuffisance aortique : vertiges, troubles gastriques, essoufflement habituel. La lésion n'a que peu de retentissement général; mais un symptôme grave domine tout : l'angine de poitrine.

Les premiers accès sont survenus à l'occasion d'efforts, il y a douze ou treize mois. Employé à la manutention de Billancourt, cet homme a dû se borner à un travail de moins en moins rude. Puis les crises, toujours avec la même intensité et le même type, se sont multipliées et sont devenues indifférentes à la cause provocatrice; maintenant elles se montrent de préférence la nuit, deux fois, trois fois et même plus.

C'est d'abord, sans signes prémonitoires, une vive douleur à la base du cœur, comme si, par l'action d'un étau, le sternum allait arriver au contact de la colonne vertébrale. A cela s'ajoutent deux sortes d'irradiations : l'une, semblable à une douleur produite par une pointe de feu, se localise entre les omoplates, et se propage le long de la colonne vertébrale à gauche en suivant le trajet aortique ; l'autre, un peu moins constante, étreint le malade à la base du cou et remonte vers le larynx et la mâchoire. Jamais il n'existe d'irradiations douloureuses vers les mains, les bras, les épaules, etc.

Cette douleur est très vive ; elle oblige le malade à s'arrêter ou à s'asseoir sur son lit, mais elle ne s'accompagne pas de la sensation de mort imminente. C'est un malaise aussi intense que possible, sans tendance syncopale, ni asphyxique ; il n'y a pas d'hémoptysies, pas de nausées, ni de sueurs froides, et, j'insiste sur ce point, pas d'irradiations à l'épaule ni au bras. Les accès durent longtemps, une demi-heure, une heure et plus, et ils disparaissent graduellement sans hoquet, ni éructations, ni miction abondante. Ce tableau diffère quelque peu du type habituel.

Quelle est la valeur diagnostique et pronostique de ces accidents? C'est un problème moins simple qu'il ne le paraît. Beaucoup de malades, en effet, ont de l'aortite sans angine de poitrine, et il est des « angoreux » qui n'ont pas d'aortite. Depuis les travaux récents de MM. Potain, Huchard, Gélineau, Liégeois, on est arrivé à considérer l'angine de poitrine comme un syndrome symptomatique ou non d'un lésion. Cette lésion est généralement une plaque d'athérome plus ou moins considérable siégeant vers l'embouchure des coronaires ; il en résulte l'ossification de ces artères, ce qui est peu grave, mais souvent aussi, ce qui est plus menaçant, le rétrécissement de leur orifice. L'irrigation des parois ainsi entravée sera insuffisante pour un effort, et de l'ischémie dérivent tous les accidents. En pareil cas, les accès succèdent à un effort, à une émotion ; Louvois mourut ainsi subitement à la nouvelle de son renvoi.

La douleur, dans cette forme, a pour siège la pointe et la totalité du cœur qui est comme étreint ; elle s'accompagne d'irradiations scapulo-humérales. On constate de plus des symptômes généraux graves : tendance syncopale, pâleur, sensation de mort imminente, sueurs froides, accidents d'asphyxie, quelquefois congestion pulmonaire réflexe allant jusqu'à l'hémoptysie, comme je l'ai vu, à chaque accès, chez un de mes malades.

Ici, les irradiations scapulo-humérales sont remplacées par d'autres; les symptômes généraux font relativement défaut, et les accès surviennent non dans les efforts, mais au milieu du sommeil.

Dans une autre catégorie, il faut ranger ces faits pour lesquels M. Peter a montré qu'il s'agissait souvent de troubles inflammatoires de l'aorte retentissant sur le tissu cellulaire et les nerfs voisins (*incendie du plexus cardiaque*), c'est-à-dire d'une névrite de propagation, passagère et congestive, ou permanente. C'est de l'angine de poitrine sans ischémie cardiaque.

Je crois que le même syndrome peut résulter d'une simple névralgie sous l'influence du tabac, d'une intoxication ou même de la menstruation. Dans les cas types, on

pourra affirmer qu'il s'agit d'une névrite, d'une névralgie ou d'une lésion coronaire, ce qui est de la plus haute importance pour le pronostic.

Mais on a, je crois, bien trop multiplié les catégories d'angines de poitrine. M. Gélineau, par exemple, en admet quatre principaux groupes qu'il partage en vingt-deux subdivisions. Je pense qu'il faut se borner à séparer le groupe des angines symptomatiques d'une lésion de celui des angines relevant d'une névrose, de la maladie de Basedow, par exemple. Celles-ci sont bien plus effrayantes que graves ; elles ont pour principaux caractères :

1° De se montrer souvent la nuit, en dehors de l'action des causes habituelles (efforts, émotions) ;

2° D'être souvent précédées d'une aura périphérique comme l'attaque épileptique. Cette aura dure plus ou moins longtemps. J'ai connu une dame atteinte de la maladie de Basedow qui pouvait prédire ses accès ; M. Marie a publié deux cas où ils étaient annoncés par de l'engourdissement ou des fourmillements des extrémités ; la douleur part quelquefois du siège même de l'aura ;

3° De donner lieu à une douleur plus diffuse et souvent à une hyperesthésie cutanée extrême de la région précordiale, sorte de grande zone hystérogène ;

4° De s'accompagner de battements cardiaques désordonnés et non ralentis, d'une respiration singultueuse et non entravée, et parfois de perte de connaissance comme dans la grande hystérie ;

5° De se répéter bien plus fréquemment que dans l'autre forme. On a vu des malades qui, pendant cinq, dix et même trente nuits (Bernheim), n'ont pu se coucher.

L'influence de la menstruation et des émotions morales indiquent encore le rôle de la névropathie.

Mais il est des cas hybrides où il est bien difficile de diagnostiquer quelle en est la variété, lorsque, par exemple, à un fonds névropathique s'ajoutent des lésions aortiques. Je connais une dame atteinte d'une de ces lésions, dont les accès paraissent tantôt spontanés, tantôt provoqués ; d'autre part, elle a présenté des accidents de grande hystérie, des attaques, des crises douloureuses, etc. ; quand elle avait des douleurs ailleurs, elle n'a rien eu du côté du cœur. J'ai observé chez une dame, atteinte de maladie de Basedow, des accès d'angine de poitrine du type névrose ; mais j'ai constaté aussi sur elle une lésion aortique en train de se faire.

Il ne faut pas oublier qu'une lésion aortique peut être méconnue. Il y a quelques mois, dans le service de M. Huchard, mourait brusquement un angoreux fumeur à qui on n'avait reconnu aucune lésion : on trouva une plaque d'athérome à l'embouchure de la coronaire.

Dans le cas que nous étudions, il y a une lésion aortique certaine, ce qui doit nous faire porter un pronostic fâcheux. Je l'atténue cependant, parce que les accès sont nocturnes ; je crois qu'il s'agit d'une névrite consécutive à une aortite vraie, qui me paraît remonter assez loin et s'étendre aussi à l'aorte thoracique. Nous ne connaissons pas la cause de cette aortite, et nous pouvons la regarder comme primitive.

En résumé, je crois que nous sommes en face d'une aortite subaiguë qui cause la congestion et peut-être l'inflammation du plexus cardiaque. Toutes les fois que la tension intra-aortique s'accroît, les nerfs en ressentent le contrecoup. Cet homme ne peut pas faire d'efforts ; sa condition sociale, l'obligeant à travailler, rend le pronostic grave, moins toutefois que s'il s'agissait d'une lésion des coronaires.

La première indication thérapeutique est de diminuer la tension aortique, à l'aide de l'iodure de potassium à petite dose, mais longtemps continué, et de la trinitrine (3 gouttes d'une solution à 1 p. 100 matin et soir). Sous cette influence, les crises sont devenues moins fréquentes et moins intenses.

En second lieu, il faut combattre l'inflammation aortique ; je lui ai fait mettre des ventouses scarifiées à la région précordiale ; je lui mettrai un cautère, et peut-être aussi, à la région dorsale, des pointes de feu. J'ajouterai que, pendant les accès, on peut utilement employer les piqûres de morphine ou les courants continus.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. A. Poncet.

Luxation ancienne du poignet en avant, avec arrêt de développement de tout le membre supérieur.

(Observation recueillie par M. J. Curtillet, interne des hôpitaux.)

Pendant la vie du malade, dont nous publions ici l'observation, nous n'avons pu obtenir que fort peu de renseignements sur la déformation dont il était porteur.

Entré à l'hôpital, pour une ostéite tuberculeuse du grand trochanter, il mourut brusquement d'une pneumonie lobaire aiguë, marquée, dès le principe, par un délire intense, qui ne lui permit pas de répondre à nos questions, lorsque nous voulûmes l'interroger.

Notre malade, Charles F..., était âgé de quarante-cinq ans. Né à Prémanon (Jura), il y exerçait la profession de lunetier.

D'apparence assez robuste, bien constitué, bien musclé, il avait dû jouir d'une très bonne santé, jusqu'au début de la tuberculose locale pour laquelle il entrait à l'Hôtel-Dieu. A l'autopsie, d'ailleurs, nous n'avons trouvé de tubercules dans aucun organe. Le point dénudé, que l'on constatait sur la face externe du grand trochanter droit, avait à peine le diamètre d'une pièce de 50 centimes. L'abcès froid auquel il avait donné lieu, était toutefois assez étendu.

Malgré l'insuffisance de notre examen, il est un fait que nous pouvons affirmer, et qui résulte d'un premier interrogatoire rapide, que nous avions fait subir à notre malade, la veille de son délire, c'est que la déformation du poignet datait de l'âge de douze ans, et qu'elle était consécutive à un accident, sur lequel nous n'avons pu obtenir aucun détail précis.

Voici quel est l'aspect de cette déformation :

A la partie inférieure de l'avant-bras droit, et sur sa face dorsale, existe une saillie considérable, se détachant nettement du dos de la main, et comme en coup de hâche, du côté de l'extrémité cubitale. Cette saillie est oblique de bas en haut, et de dehors en dedans, comme la ligne qui, à l'état normal, unit les



extrémités inférieures du radius et du cubitus. La main, ainsi transportée du côté de la face antérieure de l'avant-bras, n'est ni étendue, ni fléchie sur ce dernier, c'est-à-dire que son axe conserve sa direction ordinaire. Les premières phalanges sont très légèrement étendues, les dernières un peu fléchies. Les tendons

extenseurs, à l'état de repos, ne font, sur le dos de la main, aucune saillie appréciable.

A la face antérieure, on ne trouve pas de saillie comparable à celle de la face opposée. En effet, le carpe se continue presque régulièrement, avec la masse des tendons fléchisseurs et des tendons des deux palmaires, qui ont été entraînés en avant, et sont fortement soulevés. En se détachant ainsi du plan de l'avant-bras, ils semblent diminuer la largeur de celui-ci, tandis qu'ils augmentent de beaucoup l'épaisseur de ses bords, qui deviennent, par ce fait, de véritables faces. Le bord radial mesure environ 5 centimètres, et le bord cubital 6 centimètres de hauteur. De plus, ces deux bords sont légèrement déprimés, de chaque côté de la masse tendineuse.

Les tendons du grand palmaire et du petit palmaire se dessinent nettement sous la peau. Aucune trace de cicatrices.

L'inclinaison de la main sur le bord cubital paraît normale.

Le mouvement de flexion de la main est absolument complet, et s'exécute sans la moindre difficulté. L'extension par contre est nulle, et se borne au redressement de la flexion, car elle ne va pas au delà de l'axe prolongé de l'avant-bras.

Les mouvements d'adduction et d'abduction sont à peu près égaux, mais très limités. La pronation et la supination sont parfaites, enfin, les doigts possèdent toute leur mobilité.

En même temps que la déformation du poignet, ce qui frappe chez ce malade, c'est l'arrêt de développement de tout le membre supérieur, non seulement de la main et de l'avant-bras, qui ont été particulièrement intéressés dans le traumatisme, mais du bras lui-même. Toutes les pièces du squelette présentent une différence de longueur remarquable avec celles du membre sain, bien supérieur aussi, comme épaisseur, au membre malade qui, amoindri dans toutes ses parties à la fois et dans toutes ses dimensions, forme, cependant, un tout assez bien proportionné.

D'ailleurs, ses fonctions sont à peu près intactes. Le malade paraît s'en servir avec beaucoup d'agilité et avec une certaine force, et sa profession de lunetier doit indiquer également chez lui une certaine dextérité. Nous n'avons pu mesurer la force au dynamomètre, mais elle ne paraît pas sensiblement différente entre les deux côtés.

La dissection des deux membres supérieurs nous fournit les détails suivants :

Les muscles, naturellement plus courts du côté de la lésion, sont aussi relativement moins épais, mais macroscopiquement, ils nous paraissent normaux, ils ne présentent aucune trace d'atrophie ou de dégénérescence quelconque.

Du côté du radius et du cubitus, on ne trouve aucun signe de fracture ou d'affection ancienne. Les épiphyses inférieures des deux os de l'avant-bras ont conservé leurs rapports intacts, et l'apophyse styloïde du radius reste située à sept ou huit millimètres au-dessous de celle du cubitus.

Le carpe est entièrement remonté sur la face antérieure de ces deux os, dont la circonférence est ainsi, en apparence, considérablement augmentée.

Toutes les gouttières tendineuses, qui, ordinairement, sont légèrement creusées sur la face postérieure de l'extrémité inférieure du radius, sont ici très profondes, et bien plus accusées que du côté sain, mais l'aspect général de cette face est néanmoins tout à fait normal.

Rien à noter sur la face postérieure du cubitus.

Du côté du radius, l'ancienne cavité articulaire a complètement disparu, et à la place de cette cavité, qui constituait, pour ainsi dire, autrefois, la base de la pyramide représentée par l'extrémité inférieure du radius, se trouve aujourd'hui une crête; l'os est taillé en biseau.

La nouvelle surface articulaire est située en avant du radius et remonte à 3 centimètres et demi sur le corps de cet os. Elle est limitée en haut par un bourrelet osseux de nouvelle formation très net, saillant d'un demi-centimètre, et elle se divise en deux petites facettes secondaires, l'une correspondant au semi-lunaire, l'autre au scaphoïde.

Du côté du cubitus, les déformations sont du même ordre. L'ancienne surface articulaire s'est transportée en avant de l'apophyse styloïde, qui est notablement plus volumineuse que celle du membre sain. Au-dessus d'elle s'élève un bourrelet osseux, analogue à celui du radius, mais bien plus accusé.

La deuxième rangée du carpe est intacte. Mais la première rangée paraît un peu tassée; le semi-lunaire est plus saillant que de coutume, pour ainsi dire énucléé par la pression des deux os voisins, c'est-à-dire du scaphoïde et du pyramidal, et de ce dernier surtout, qui a glissé légèrement au-dessous de lui. Ce déplacement a pour résultat de transformer la face supérieure de la première rangée qui devrait être assez régulièrement convexe, en une surface à peu près conique à sommet supérieur. Le pisiforme est descendu, de sorte qu'au lieu de s'articuler avec la face antérieure du pyramidal, il est en rapport avec le bord externe de l'apophyse de l'os crochu. Le scaphoïde et le semi-lunaire semblent un peu plus petits que normalement. Leurs surfaces articulaires, surtout, sont nettement amoindries; elles sont aplaties, au lieu d'être convexes, et sont légèrement déplacées; elles ont, pour ainsi dire, glissé sur la face dorsale du carpe. Celle du semi-lunaire n'a que 6 millimètres dans le sens transversal, au lieu de 8 à 9 millimètres comme celle du côté sain. Celle du scaphoïde n'a que 13 millimètres environ au lieu de 21.

Toutes ces surfaces de l'articulation radio-carpienne sont recouvertes d'un tissu d'apparence fibreux, un peu rugueux, et qui n'a pas l'aspect lisse et brillant du cartilage. D'ailleurs, cette articulation radio-carpienne est absolument privée de mouvements, comme il nous est facile de nous en rendre compte après la dissection des parties molles, et le seul mouvement important conservé par la main, la flexion, se passe tout entier dans l'articulation médio-carpienne. Nous avons vu déjà, que l'extension, qui, à l'état normal, est le principal attribut de l'articulation radio-carpienne, est ici complètement abolie.

Le cubitus a conservé sa forme. Le radius, par contre, est moins aplati que son congénère du côté sain, plus cylindrique et présente une forte incurvation à convexité externe, qui est, à coup sûr, le résultat d'un excès d'accroissement du radius sur le cubitus. Cette différence de longueur, entre deux os parallèles, est fréquente à la suite des ostéites juxta-épiphysaires, ainsi que l'a bien démontré M. le professeur Ollier, mais généralement dans ces cas, l'os le plus long dévie, plus ou moins fortement, le segment inférieur du membre. Or, la main a conservé, chez notre malade, sa direction verticale ; il semble donc que les extrémités inférieures des deux os de l'avant-bras aient été fortement soudées l'une à l'autre, peut-être à la suite des phénomènes inflammatoires qui ont accompagné la luxation, et que le radius n'ait pu dès lors continuer à s'accroître qu'en s'incurvant.

Les diverses mensurations que nous avons pratiquées nous ont donné les résultats suivants :

Radius droit, sans tenir compte de l'incurvation 20 3/4; radius gauche, 25; cubitus droit, 22; cubitus gauche, 26.

Largeur égale des deux côtés.

Longueur prise de l'extrémité supérieur du troisième métacarpien droit à l'extrémité inférieure du médius, 169 millimètres; même mensuration faite à gauche, 173 millimètres; premier métacarpien et pouce droits, 107 millimètres ; premier métacarpien et pouce gauches, 110 millimètres; circonférence de la main droite prise au niveau de la tête des métacarpiens, 162 millimètres; circonférence de la main gauche, 174 millimètres.

Poids : cubitus droit, 74 grammes ; cubitus gauche, 92 grammes; radius droit, 65 grammes; radius gauche, 80 grammes.

Main droite avec les muscles interosseux conservés, 145 grammes; main gauche avec ses muscles, 195 grammes.

Nous n'avons pu prendre les mensurations des deux humérus, notre sujet ayant été enlevé de l'amphithéâtre, par suite d'une malencontreuse erreur, avant que nous en eussions achevé l'examen. Mais nous pouvons assurer que la différence de longueur entre ces deux os était considérable. Elle sautait aux yeux, et, dans nos premières notes, nous l'avions déjà consignée.

De cette description, il résulte :

1° Que notre malade était bien atteint d'une luxation complète du poignet en avant, l'ancienne surface articulaire du radius ayant totalement disparu, et le carpe étant remonté de 3 centimètres et demi, sur la face antérieure des deux os de l'avant-bras ;

2° Que, dans la luxation du poignet, la conservation des mouvements de pronation et de supination et l'excès de l'articulation médio-carpienne permettent à la main de récupérer, à un moment donné, une bonne partie de ses fonctions ;

3° Que, chez notre malade, la luxation radio-carpienne a dû être le point de départ de l'énorme arrêt de développement de tout le membre supérieur, quelle que soit, d'ailleurs, l'interprétation que l'on veuille donner de ce phénomène ; qu'il soit dû à une lésion du cartilage d'accroissement, surtout, comme le croit M. Poncet, des extrémités inférieures des os de l'avant-bras ; à un fonctionnement insuffisant du membre, pendant les premières années qui ont suivi la luxation ; ou qu'il soit le résultat d'une névrite périphérique produite par le traumatisme, et qui aurait retenti à la fois sur les os et le système musculaire.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

Tableau d'avancement de 1890.

1° Maintenu pour le grade de médecin en chef : M. le médecin principal Bonnafy ;

2° Maintenu pour le grade de pharmacien de première classe : M. le pharmacien de deuxième classe Pottier ;

3° Inscrits pour le grade de médecin-chef : MM. les médecins principaux de Fornel, Ély, Mathis, Kermorgant, Duchateau et Hyades ;

4° Inscrits pour le grade de médecin principal : MM. les médecins de première classe Solland, Roux, Giraud, Frison et Baissade ;

5° Inscrits pour le grade de médecin de première classe : MM. les médecins de deuxième classe Collomb, Girard, Mondon, Duville, Leclerc, Calmette et Martine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 décembre 1889, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Mourlon, médecin-principal de première classe.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Massoutié et Cros ; — MM. les médecins principaux de deuxième classe Bertelé, Flamant et Dumayne ; — M. le médecin-major de première classe Lepage ; — M. le pharmacien principal de deuxième classe Judicis.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Franck, Malinas, Salvetat, Forgues, Quivogne, Colnenne, Lesbros et Camus ; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Kaufmann, Gaillard, Amiard-Fortinière, Belhomme, Tournade, Alban, Schmitt, Fabre et Vercoutre ; — MM. les pharmaciens-majors de première classe Fromond et Raby.

— Par décret, en date du 28 décembre 1889, ont été nommés ou promus dans la Légion d'honneur les médecins et pharmaciens de l'armée territoriale dont les noms suivent :

Au grade d'officier : M. le médecin-major de première classe Percheron.

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major de première classe Grosclaude.

— Par décret, en date du 28 décembre 1889, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. les docteurs Bureau (de Kouba) ; Leclerc (de La Fère-en-Tardenois) ; Neumann (de Paris).

— Par décret, en date du 29 décembre 1889, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Morio, pharmacien en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Clarac, Nodier, Palasne de Champeaux, Boutin, Guérard de la Quesnerie ; — M. le pharmacien principal de la marine Sauvaire.

— M. le ministre de l'Intérieur vient d'accorder les récompenses suivantes :

Médaille d'or de deuxième classe : à M. le docteur Fargier-Lagrange, médecin de colonisation à Bourbika, pour son dévouement dans diverses épidémies ;

Médaille d'argent de première classe : à M. le docteur Roussel, à Coléa, pour son dévouement pendant une épidémie variolique ;

Des mentions honorables sont accordées à : M. le docteur Kéraudren, médecin à Perros-Guirec, pour son dévouement dans un grave accident ; — M. Dastan, élève en médecine à Toulouse ; a sauvé une femme sur le point d'être écrasée par une voiture.

— L'Académie des sciences a tenu lundi sa séance publique annuelle, dans laquelle ont été proclamés les lauréats. Parmi ces prix, nous relevons ceux qui concernent la médecine et les sciences accessoires :

Médecine, chirurgie. — Prix Montyon : prix à MM. A. Charrin, A. Kelsch et P.-L. Kiener, et à M. Basile Danilewski ; mentions honorables : à MM. F. Widal, Ch. Sabourin et Jules Arnould ; des citations sont accordées à MM. Ad. Nicolas, Jules Bœckel, A. Rémond (de Metz), Legendre, Barette et Lepage, et à M. H.-L. Petit.

Prix Bréant : M. Laveran.

Prix Barbier : partagé entre MM. E. Duval, Ed. Heckel et F. Schlagdenhauffen.

Prix Godard : M. A. Le Dentu ; mention très honorable : M. Th. Tuffier.

Prix Lallemand : M. Paul Loye.

Prix Bellion : partagé entre MM. F. Lagrange, Laborde et Magnan.

Prix Mège : les intérêts de la fondation sont accordés, à titre d'encouragement, à M. le docteur Auvard.

Physiologie. — Prix Montyon : M. A. d'Arsonval ; mention honorable : M. G. Moussu.

Prix L. La Caze : M. François-Franck.

Prix Pourat : MM. les docteurs Johannes, Gad et J.-F. Heymans.

Prix Martin-Damourette : M. J.-V. Laborde.

Physique. — Prix L. La Caze : M. Hertz.

Statistique. — Prix Montyon : MM. Petitdidier et Lallemand, M. le docteur F. Ledé ; mention très honorable : M. Dislère ; citation honorable : MM. Chauvel, Senut et Mireur.

Chimie. — Prix Jecker : le prix est partagé entre MM. A. Combes, R. Engel et A. Verneuil.

Prix L. La Caze : M. F.-M. Raoult.

Géologie. — Prix Delesse : M. Michel Lévy.

Botanique. — Prix Desmazières : M. Bréal. — Prix Montagne : MM. Ch. Richon et Ern. Roze. — Prix Thore : MM. de Bosredon et Ferry de la Bellone.

Anatomie et zoologie. — Grand prix des sciences physiques : partagé entre MM. Félix Henneguy et Louis Roule ; mentions honorables : M. le docteur de Beauregard, M. E. Maupas et l'auteur du mémoire portant pour épigraphe : « C'est là ce qui m'a décidé... »

Prix généraux. — Prix Montyon, arts insalubres, mention très honorable : M. Randon. — Prix Petit d'Ormoy, sciences naturelles ; M. Jean-Henri Fabre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

55

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

74

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

S[t] dép. dét. à Paris, Ph[ie] LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris**.

30

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES.

Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. (Emballage franco.)

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

72

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50[cgr]. . . . *5 fr.*

1/2 étui de 10 cachets . . . . *2 fr. 50*

Ph[ien]✻, *2 bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

67

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César. Paris.

63

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM

Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

Une innocuité complète, une efficacité parfaitement constatée dans les *Rhumes*, *Bronchites* et la *Grippe*, ont assuré au **Sirop d'Aubergier** une vogue immense.

(*Formulaire* BOUCHARDAT, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 26e édit.)

Ce **Sirop** est une des rares préparations qui pourront être employées dans la médication infantile.

(D[rs] GUBLER, DEBOUT, Jules SIMON.)

Paris, COMAR et C[ie], 28, rue Saint-Claude, Paris.

79

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

25

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur B[on] Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Ph[ie] CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

10

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Laroche

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

92

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. BOUCHARDAT. »

Paris, ph[ie] G. SEGUIN, 378, rue S[t]-Honoré.

62

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut n[os] 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

10

SIROP ANTIPHLOGISTIQUE DE BRIANT

Ph[ie] *rue de Rivoli, 150, Paris*, et t[tes] ph[ies].

Le **SIROP DE BRIANT**, recommandé à son début par les professeurs LAENNEC, THÉNARD, GUERSANT, etc., a reçu la consécration du temps : il avait été breveté en 1829. VERITABLE BONBON PECTORAL, à base de gomme et de coquelicots, il convient surtout aux personnes délicates comme les femmes et les enfants. Son excellent goût ne nuit en aucune manière à son efficacité contre les *rhumes* et toutes les *inflammations* de la *poitrine* et des *intestins*.

184

VINS TITRÉS D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, etc.

Vin de quinquina titré simple : Tonique, fortifiant. — **Vin de quinquina ferrugineux :** Chlorose, anémie, longues convalescences, etc.

Ph[ie], 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

53

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. **Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.**

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

42

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

L'ERGOTINE BONJEAN, soit en solution pour injections hypodermiques, soit en potion, est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs **hémostatiques.**

Les DRAGEES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour **faciliter travail de l'accouchement**, arrêter les **hémorrhagies** de toute nature (**crachements, pertes de sang**, etc.), contre les **dysenteries** et **diarrhées chroniques**, et enfin pour combattre la **phthisie pulmonaire** et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE et C[ie], 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

54

ALBUMINATE DE FER DE LAPRADE

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Paris, COLLIN et C[ie], 49, r. de Maubeuge, et ph[ies].

77

LE SERVICE VACCINAL DE LA SEINE

envoie c[tre] mandat : *Vaccin de Génisse*, le tube, **1** fr. *Pulpe vaccinale*, le tube **2** fr. — On trouve le Vaccin tous les jours au DÉPÔT : *4, rue de Sèvres.*

33

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

N° 2. — SAMEDI 4 JANVIER 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 4 JANVIER 1890. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — **1** an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. D. — 6 mois : **18** fr. — **1** an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Séméiologie du pancréas.

Par M. F. DE GRANDMAISON, interne des hôpitaux.

I

Depuis quelques années, l'attention des cliniciens et des anatomo-pathologistes s'est portée d'une façon toute particulière sur les altérations du pancréas et sur les symptômes qui les révèlent. Dans ces quinze dernières années, notamment, tant en France qu'à l'étranger, on a publié des monographies intéressantes sur ce sujet.

Malgré ces publications toutefois, le diagnostic des affections du pancréas est loin de s'imposer, et souvent l'autopsie seule le révèle

C'est précisément parce que nous n'avons pas trouvé, dans les traités usuels, une analyse complète permettant de reconnaître facilement les affections du pancréas, que nous avons réuni les documents les plus récents que nous avons pu nous procurer, pour en faire ressortir les points importants au point de vue séméiologique. Nous devons cependant avouer que, même avec des symptômes qui paraissent physiologiquement certains, les affections du pancréas demeurent encore des maladies cliniquement douteuses ; aussi n'avons-nous pas la prétention de donner dans cette Revue un critérium absolu pour leur diagnostic.

Notre intention étant de nous tenir dans le domaine exclusivement clinique, nous nous bornerons à signaler, chemin faisant, les recherches anatomo-pathologiques et les expériences qui ont éclairé la pathologie du pancréas.

D'une façon générale, on peut dire que le pancréas révèle ses altérations par un ensemble de symptômes qui, comme la stéarrhée, le diabète maigre, certaines formes d'ictère lui sont en quelque sorte spéciaux et permettent de ne pas confondre ses lésions avec celles d'une glande ou d'un organe voisins : mais aussi il faut ajouter que ces symptômes s'associent différemment, suivant la lésion anatomique. Nous pouvons donc nous poser de suite les deux questions suivantes :

1° *A quels symptômes peut-on reconnaître une affection du pancréas ?*

2° *Etant donné qu'on a affaire à une affection du pancréas ; quelle est sa nature ?*

Telles sont les deux questions que nous chercherons à résoudre dans le cours de cette Revue.

II

Pour nous rendre bien compte des troubles pathologiques qui sont la conséquence d'une altération quelconque du pancréas, il est absolument indispensable que nous rappelions en quelques lignes les fonctions normales de la glande, et que nous évoquions quelques souvenirs anatomiques, nous permettant d'expliquer certains troubles de compression, qui sont la conséquence presque forcée des tumeurs envahissant l'organe.

Si nous consultons les traités classiques, Béclard (1), Beaunis (2), l'article de M. Arnozan (3), dans le *Dictionnaire encyclopédique*, nous voyons que le suc pancréatique exerce sur la digestion un triple rôle, il attaque les corps gras, les féculents et les matières azotées.

Il émulsionne les corps gras et les transforme en glycérine et en acides gras, qui sont ensuite absorbés ; de ce premier fait physiologique indiscutable, il nous est facile de tirer cette conclusion vérifiée expérimentalement par Cl. Bernard, c'est que, si le pancréas est altéré, les graisses ne sont plus modifiées et, par conséquent, doivent se retrouver en nature dans les selles, d'où un premier symptôme : la *stéarrhée*.

Il agit sur les féculents qu'il transforme en dextrine et glycose, et en acide lactique. Il est vrai que le suc pancréatique n'est pas seul à produire cette action. La salive la commence et elle se continue jusqu'à un certain point dans le tube digestif ; cependant son altération entraîne des troubles notables dans la digestion, la glycogénie ne s'accomplit plus normalement, et par suite le sucre passe dans les urines ; d'où la *glycosurie*, deuxième symptôme important.

Enfin, après que les matières azotées ont subi l'action de

(1) BÉCLARD. *Traité de physiologie.*
(2) BEAUNIS. *Idem.*
(3) ARNOZAN. *Dictionnaire Dechambre*, 1881.

la bile et du suc gastrique, elles se dissolvent rapidement dans le suc pancréatique, d'où cette déduction naturelle que, n'étant pas complètement dissoutes par lui, elles se retrouvent en partie dans les matières fécales ; c'est la *dyspepsie pancréatique*, étudiée par M. G. Sée.

De cette triple altération des fonctions de la glande pancréatique, il découle que, la digestion se faisant mal, la nutrition est défectueuse, aussi l'*amaigrissement* est profond, rapidement progressif. Ce délabrement de l'état général, la stéarrhée et la glycosurie, qui sont ses principales causes d'ailleurs, constituent pour ainsi dire les pivots sur lesquels repose le diagnostic d'une affection du pancréas.

Les phénomènes que nous venons d'étudier sont d'ordre purement chimique ; mais à côté d'eux peuvent venir se placer des phénomènes purement mécaniques. Le pancréas, en effet, entouré par la deuxième portion du duodénum, fait corps avec elle ; et, comme dans cette partie du tube digestif s'abouche le canal cholédoque, une tumeur du pancréas peut le comprimer et, par suite, déterminer l'obstruction des voies biliaires, d'où l'existence d'un ictère, qui par ses caractères spéciaux peut encore servir de point d'appui sérieux dans cette étude séméiologique. Ce que nous disons de l'ictère, nous pouvons le dire de l'ascite, qui peut être causée par la compression de la veine porte, soit au niveau de son tronc, soit à ses origines.

Nous allons donc étudier successivement chacun de ces syndromes chimiques ou mécaniques, savoir :

1° La stéarrhée ;
2° La glycosurie ;
3° Les phénomènes de compression ;
4° L'amaigrissement rapide.

Ces quatre symptômes constituent les points capitaux du diagnostic ; mais ils peuvent être associés à des symptômes *accessoires*, tels que la douleur épigastralgique, des troubles digestifs, des troubles intellectuels, etc., ce sont des symptômes communs et sans aucune utilité quand ils sont isolés ; nous ne ferons donc que les énumérer.

III

La *stéarrhée* est constituée par les selles graisseuses ; les matières grasses, ne subissant plus l'action du suc pancréatique, traversent l'intestin en nature et arrivent au gros intestin sans avoir subi de modifications notables, aussi les retrouve-t-on dans les selles du malade.

Ce symptôme était connu avant même que Cl. Bernard ne l'eût produit artificiellement par l'ablation du pancréas, c'est ainsi qu'on le trouve cité par Kuntzmann (1820), Bright (1833), Unckel (1836).

Dans sa thèse, Ancelet (1) décrit la stéarrhée comme un symptôme important, et tout récemment MM. Bard et Pic (2), M. Vernay (3) l'ont signalée. La stéarrhée se trouve encore bien décrite dans l'article de M. Arnozan (4), et nous ne pouvons mieux faire que de résumer ce qu'il dit à ce sujet. La graisse, dans les selles, peut se présenter sous plusieurs aspects : tantôt elle forme des petites boulettes arrondies, reconnaissables à leur aspect onctueux ; tantôt elle nage sous forme d'huile à la surface des selles ; ou bien on la trouve figée autour des matières fécales durcies ; enfin elle peut être mélangée avec du sang, de la bile. Quelle que soit la forme sous laquelle elle entre dans les déjections, il se peut qu'elle soit difficile à reconnaître : aussi M. Bonnamy (1), dans les cas douteux, où il est intérressant de savoir si la stéarrhée existe réellement, propose d'employer le procédé suivant : on recueille avec une cuillère un peu de matières fécales, qu'on agite dans de l'éther, on filtre ensuite sur un papier buvard et, s'il existe réellement de la graisse, après filtration et évaporation, le papier est taché comme si on l'avait mis en contact avec de l'huile.

(1) Ancelet. *Étude sur les maladies du pancréas*, Thèse de Paris, 1864.
(2) Bard et Pic. Le cancer primitif du pancréas, *Revue de médecine.*
(3) Vernay. *Cancer du pancréas*, Thèse de Lyon, 1885.
(4) Arnozan. Loc. cit.

Il ne suffit pas d'avoir constaté la stéarrhée, il faut encore se demander, si elle n'est pas en quelque sorte physiologique, c'est-à-dire due à ce que le sujet abuse des aliments gras, qui étant pris en trop grande abondance ne sont plus digérés entièrement. Il est alors prudent de suspendre toute sorte d'alimentation graisseuse ; et d'après les observations de Clark, Ancelet (2), Friedreich (3), on peut encore retrouver de la graisse dans les selles. La stéarrhée dans ce cas, dit Friedreich, serait la conséquence de la désassimilation des tissus.

Bien que, d'après Vulpian (4), l'émulsion des graisses puisse encore s'accomplir dans une certaine mesure en présence de la bile et du suc intestinal, la *stéarrhée* n'en reste pas moins un syndrome important quand il se trouve associé à d'autres signes d'une affection pancréatique.

Avant de passer à l'étude de la glycosurie, nous croyons devoir signaler, à côté de la stéarrhée, les *vomissements graisseux ;* ils sont assez rares, mais toujours ils sont provoqués par l'ingestion d'un corps gras; comme dans les selles, la graisse peut être isolée ou mélangée à des aliments non digérés. Le plus souvent le vomissement graisseux est quotidien et périodique [Ancelet] (5).

IV

Le mécanisme, suivant lequel se produit la glycosurie dans les affections du pancréas, est encore inconnu ; mais il est un fait incontestable c'est qu'elle existe. Tout récemment, MM. Minkowski et von Méring (6) ont confirmé ce fait, en déterminant expérimentalement la glycosurie chez des chiens auxquels ils avaient retiré le pancréas.

Quelque important que soit ce symptôme, il a cependant été ignoré assez longtemps, à ce point qu'en 1864, Ancelet n'en parle pas dans sa thèse consacrée à une étude approfondie des maladies du pancréas. La même année, toutefois, Recklinghausen signala l'atrophie du pancréas chez certains diabétiques ; en 1877, dans son traité du diabète, M. Lecorché parle de ses relations avec les altérations du pancréas.

C'est seulement en 1878 que M. Lancereaux (7) établit nettement que la glycosurie, se rencontrant avec une affection du pancréas, était absolument spéciale : par

(1) Bonnamy. *Tumeurs du pancréas*, Thèse de Paris, 1879.
(2) Ancelet. Loc. cit.
(3) Friedreich. *Traité des maladies du foie*, 1862.
(4) Vulpian. *Cours faits à la Faculté*, 1874, recueillis par Paulier.
(5) Ancelet. Loc. cit.
(6) Minkowski et von Méring. Société des naturalistes et médecins de Strasbourg, 17 mai 1889.
(7) Lancereaux. Le diabète maigre, *Union médicale*, 1879.

opposition au diabète gras des arthritiques et des goutteux, il appela cette glycosurie le *diabète maigre.* Il inspira la thèse de M. Lapierre (1) qui parut en 1879 et dans laquelle l'auteur refléta d'une façon remarquable les idées de son maître.

Enfin, plus récemment, M. Lancereaux (2) reprit lui-même la question en séance publique de l'Académie de médecine. S'appuyant sur vingt observations personnelles, il opposa catégoriquement le diabète maigre au diabète gras et au diabète nerveux, et il formula nettement ses symptômes.

Tous ces faits d'observation expérimentale et clinique nous autorisent donc bien à décrire comme syndrome d'une affection pancréatique le *diabète maigre.*

Le diabète sucré, dit M. Lancereaux, n'est pas un dans ses manifestations cliniques, et il peut présenter trois types différents : le diabète nerveux, le diabète gras, le diabète maigre.

Le diabète nerveux se montre parfois à la suite d'un ébranlement du système nerveux, d'un traumatisme, d'une émotion morale vive. Il est purement accidentel, la glycosurie est passagère et la tendance à la guérison est nettement marquée, il représente la forme la moins grave du diabète sucré.

Le diabète gras, de beaucoup le plus commun, est essentiellement héréditaire; son début insidieux est marqué par une phase d'obésité de durée souvent assez longue, sa marche est lente, ses manifestations cutanées telles qu'anthrax, furoncles, sont fréquentes, sa durée est indéterminée.

Le diabète maigre, c'est le diabète sucré de source pancréatique; il constitue la forme la plus grave de cette maladie générale. En raison de l'importance capitale qu'il a dans le sujet que nous traitons, nous allons étudier en détail ses symptômes.

Le diabète maigre débute brusquement, sans aucun prodrome, et prend son malade en pleine santé. Un des premiers symptômes qui le caractérisent, c'est un *amaigrissement* rapide et profond qui progresse avec une rapidité telle que Goodmann a pu citer l'observation d'un malade qui, en quelques semaines, perdit 65 livres; M. Lancereaux a vu plusieurs de ses malades perdre 15 à 20 kilogrammes en trois ou quatre mois. Cet amaigrissement rapide est la conséquence forcée de l'autophagie. Elle suit rapidement la polydipsie, la polyurie, la polyphagie qui, au lieu de s'installer peu à peu comme chez le diabétique gras, se montrent précoces. Chacun de ces symptômes présente une intensité telle que nous devons insister sur eux quelques instants.

La polydipsie est immodérée, la quantité des boissons ingérées dépasse en général 5 litres dans les vingt-quatre heures; on a pu voir des malades absorber 10 et 15 litres de liquide dans le même espace de temps.

La polyphagie, moins intense que la polydipsie, est cependant encore très grande et parfois dévorante.

La glycosurie présente ceci de remarquable, c'est que la quantité de sucre qu'on trouve dans les urines est considérable par rapport à celle qu'on trouve chez les malades atteints de diabète gras. On compte en effet 50 à 85 grammes de sucre par litre d'urine, si bien qu'en raison de la polyurie on a pu voir des malades excréter plus de 500 grammes de sucre en vingt-quatre heures.

La polyurie est, en effet, très abondante. La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures varie entre 3 et 10 litres : sa densité oscille entre 1025 et 1055; sa coloration est le plus souvent jaunâtre et pâle; enfin, observation importante, tandis que l'excrétion de l'urée diminue dans le diabète gras, elle augmente dans le diabète maigre.

La peau est rugueuse et sèche, le furoncle, l'anthrax, toutes les inflammations cutanées si fréquentes dans le diabète gras sont rares, exceptionnelles même, dans le diabète maigre. Les cheveux tombent, donnant plutôt naissance à de l'alopécie qu'à de la calvitie; les dents s'altèrent et tombent, soit sous l'influence d'une gingivite expulsive, soit qu'une carie, débutant par le collet, les érode et les détruise rapidement.

Les forces physiques, les appétits génitaux diminuent dès l'établissement des premiers symptômes.

Les malades deviennent mélancoliques, hypochondriaques; puis arrivés à cette période de dénutrition générale et d'affaissement complet, ils peuvent mourir dans le coma; mais plus souvent ils sont emportés par une tuberculose à marche rapide, qui a causé la mort quatorze fois dans les vingt cas observés par M. Lancereaux.

La durée du diabète maigre n'excède jamais deux ans et demi à trois ans, le plus souvent la mort arrive huit à douze mois après le début de la maladie, tandis que le diabète gras peut durer dix, quinze, vingt et même trente ans.

V

La stéarrhée et le diabète maigre, que nous venons d'étudier en détail, sont d'origine exclusivement chimique. Leur importance est grande dans le diagnostic des affections du pancréas, mais les phénomènes mécaniques prennent aussi une large place dans cette étude séméiologique. Ces phénomènes mécaniques sont surtout des phénomènes de compression.

Les origines de la veine-porte et le tronc même de ce vaisseau peuvent être comprimés, quand la tête du pancréas a été envahie par une tumeur qui s'est surtout développée dans l'hypochondre droit et a pu arriver au voisinage du hile du foie. L'ascite cependant est assez rare dans les affections du pancréas, et l'ictère surtout peu fréquent. Ce fait s'explique facilement. Le canal cholédoque qui s'abouche dans le duodénum est d'abord rétréci quand la tumeur se développe, peu à peu il finit par être complètement obstrué ; dès lors, l'écoulement de la bile ne se fait plus dans le tube digestif. Malgré cela, le foie n'est pas malade, il fabrique toujours de la bile, celle-ci s'accumule dès lors dans les voies biliaires extérieures, elle distend outre mesure la vésicule biliaire, et bientôt elle détermine un ictère par rétention.

Dans ces cas, l'*ictère* a des caractères absolument spéciaux, signalés d'abord dans la thèse d'agrégation de M. le professeur Strauss (1), puis surtout dans le travail de MM. Bard et Pic (2), qui ont insisté d'une manière toute

(1) Lapierre. *Le diabète maigre, ses rapports avec les altérations du pancréas*, Thèse de Paris, 1879.
(2) Lancereaux. Séance de l'Académie de médecine, 1er mai 1888.

(1) Straus. *Les ictères chroniques*, Thèse d'agrégation, 1878.
(2) Bard et Pic. Loc. cit.

spéciale sur la grande valeur de ce symptôme dans le diagnostic du cancer primitif du pancréas.

La coloration ictérique s'établit lentement, il est vrai, mais une fois installée elle ne rétrocède jamais. Les téguments, d'abord à peine jaunes, se foncent de plus en plus, ils finissent par présenter une teinte vert olive, très foncée, quelquefois même ils deviennent presque bronzés comme dans la maladie d'Addison. Les conjonctives et les sclérotiques se teintent de plus en plus, suivant en cela absolument les progrès de l'ictère cutané. Ces caractères sont tellement spéciaux que, malgré le dire de quelques auteurs, l'ictère pancréatique ne peut pas être confondu avec la cachexie cancéreuse dans laquelle les téguments présentent une teinte jaune-paille absolument claire, qui n'a rien de commun avec la teinte bistre foncée que nous venons de décrire. Il semble plus difficile à première vue de le différencier d'avec les ictères chroniques ayant leur point de départ dans une affection du foie, d'autant plus que souvent la teinte ictérique prend un ton très foncé chez les vieux cirrhotiques. Cependant l'examen physique du foie lèvera les doutes. L'ictère se rencontre surtout dans la cirrhose hypertrophique; dans ce cas, le foie présente une augmentation de volume considérable, son bord libre dépasse notablement le bord des fausses côtes et souvent par la palpation on le rencontre à trois ou quatre travers de doigt au-dessous d'elle. De plus, comme dans ces cas le foie est malade, il y a défaut de sécrétion biliaire et la vésicule biliaire est absolument vide ou ne contient que quelques calculs qui se peuvent reconnaître par la sensation du sac de noix.

Les choses se passent tout autrement dans les ictères pancréatiques. Le foie est absolument normal comme volume, jamais il ne dépasse le rebord des fausses côtes et la vésicule biliaire qui reçoit le trop-plein de la bile ne pouvant plus s'écouler dans le duodénum, se distend progressivement et arrive à former, au niveau du bord externe du muscle droit, une tumeur énorme, dépassant souvent la grosseur du poing, pleine de liquide et donnant à la palpation une sensation précise de fluctuation. Ces deux derniers caractères sont capitaux pour MM. Bard et Pic et nous verrons plus loin quelle est leur importance dans le diagnostic du cancer primitif du pancréas.

Tous les symptômes chimiques et mécaniques que nous venons d'énumérer expliquent facilement la gravité de l'état général.

VI

L'*état général* est en effet profondément touché dans les affections du pancréas, et cela se comprend facilement si l'on réfléchit que la nutrition générale est absolument défectueuse. Le point qui frappe le plus, c'est la *cachexie spéciale* des malades : cette cachexie est rapidement progressive et caractérisée surtout par un amaigrissement profond ; les malades sont absolument squelettiques, ils n'ont que la peau sur les os, et dans aucune maladie générale la maigreur n'atteint aussi rapidement des proportions aussi notables.

Malgré cela, cependant, la température ne s'élève pas, elle reste plutôt à la normale et quelquefois au-dessous, on a en effet signalé l'hypothermie et les malades meurent épuisés, par défaut de nutrition.

Nous avons énuméré jusqu'à présent les symptômes en quelque sorte capitaux qui permettent de diagnostiquer une affection du pancréas ; ces symptômes ont une valeur séméiologique incontestable, réelle ; mais ils se présentent à des degrés divers suivant les diverses affections de la glande; aussi est-il utile, croyons-nous, de rappeler un certain nombre de symptômes, qui sont en quelque sorte secondaires, accessoires, mais qui, joints aux premiers, peuvent encore aider au diagnostic.

Parmi ces symptômes, un des premiers que nous devons citer est la *douleur*. Elle est des plus variables, absolument absente dans certains cas, elle peut, d'autres fois, consister en une simple pesanteur ou du ballonnement ; mais elle peut avoir tous les caractères d'une douleur aiguë. Dans ce dernier cas, ou bien il s'agit d'une douleur épigastrique, violente, déchirante, avec irradiation dans l'épaule, l'hypochondre droit, le rachis; ou bien c'est une douleur généralisée à tout l'abdomen, soit péritonitique, soit paroxystique, et que Friedreich attribue à une névralgie cœliaque.

A côté de la douleur viennent se ranger tous les troubles digestifs qui forment un syndrome décrit sous le nom de *dyspepsie pancréatique*. Les malades ont du dégoût pour les aliments gras, leur appétit est capricieux, ils ont continuellement de la gastralgie, des renvois gazeux, la diarrhée est fréquente et, dans les déjections alvines, on retrouve des débris de matières azotées non digérées et qui l'eussent été si le pancréas avait été sain. La constipation, chez certains malades, remplace la diarrhée ; chez d'autres, on observe surtout des vomissements. Tous ces symptômes, réunis sous le nom de dyspepsie pancréatique, n'ont d'ailleurs par eux-mêmes aucune valeur réelle, et ils ne doivent être pris en considération que quand ils sont associés à un des symptômes capitaux que nous avons décrits au début de cette Revue. Leur peu de valeur séméiologique s'explique facilement par ce fait que, dans une certaine mesure, le suc intestinal, la bile, le suc gastrique peuvent suppléer le suc pancréatique.

VII

Nous voilà donc en possession d'un certain nombre de symptômes qui nous permettent de reconnaître une affection du pancréas. Nous avons vu, en effet, que trois symptômes étaient en quelque sorte exclusifs aux affections pancréatiques, à savoir : la *stéarrhée*, le *diabète maigre*, l'*ictère foncé* avec distension de la vésicule biliaire et sans augmentation notable du volume du foie. On peut dire qu'en présence de ces trois symptômes ou seulement de l'un d'entre eux, le diagnostic d'une affection pancréatique se pose ou du moins devient probable : mais la difficulté augmente si l'on veut déterminer quelle est la nature de l'affection existante ; en un mot, nous arrivons à résoudre la seconde question que nous nous sommes posée au début de cette Revue, à savoir : *Etant donné qu'on a affaire à une affection du pancréas, quelle est sa nature ?*

Cette seconde partie du problème est d'autant plus difficile à résoudre que, parmi les affections du pancréas, il en est qui sont peu connues, et par suite dont les symptômes sont des plus obscurs. Nous sommes donc contraint, pour arriver à dégager de nouveau la vérité, de procéder avec ordre et d'examiner successivement, d'une part, les affections aiguës et, d'autre part, les affections chroniques du pancréas.

VIII

Les affections aiguës du pancréas sont pour ainsi dire impossibles à reconnaître, d'abord, parce qu'elles manquent de symptômes absolument précis, ensuite et surtout parce qu'elles sont plutôt consécutives à des affections générales, qui masquent leurs symptômes propres.

Les monographies, qui ont été publiées sur ce sujet, sont d'ailleurs peu nombreuses. Nous n'avons, en effet, pu recueillir que quelques observations dans les diverses publications françaises et étrangères.

En 1882, dans le journal médical et chirurgical de Boston, Morton Prince a publié un cas d'apoplexie du pancréas; dans la *Gazette des hôpitaux* de 1886, nous trouvons une observation de pancréatite aiguë, passée à l'état chronique; ce sont là, on le voit, des renseignements insuffisants pour établir le diagnostic des affections aiguës du pancréas; aussi est-ce encore M. Arnozan, dans son excellent article du *Dictionnaire encyclopédique*, qui donne à ce sujet les détails les plus précis.

Parmi ces affections, trois méritent surtout notre attention, ce sont : 1° les pancréatites aiguës; 2° les abcès du pancréas; 3° les apoplexies du pancréas.

Ces affections sont soupçonnées plutôt qu'elles ne sont diagnostiquées.

1° Les *pancréatites aiguës*, qu'elles soient primitives ou sous la dépendance d'une maladie générale, ne s'accompagnent ni de stéarrhée, ni de diabète maigre, ni d'ictère; aussi ne présentent-elles que le cortège de symptômes que nous avons décrits comme accessoires, à savoir une douleur épigastralgique intense, accompagnée de nausées et de vomissements incessants, avec une constipation opiniâtre. Les malades le plus souvent meurent rapidement dans le collapsus.

2° Les *abcès du pancréas*, souvent consécutifs à la pancréatite aiguë, d'autres fois, et le plus souvent, sous la dépendance d'un état général tel que la pyohémie, l'impaludisme, la tuberculose généralisée, peuvent suivre deux marches : ou bien ils évoluent en quelques semaines et sont méconnus; ou bien ils passent à l'état chronique et, d'après Friedreich, ils présenteraient les symptômes caractéristiques des maladies du pancréas, stéarrhée, diabète maigre, amaigrissement progressif; dans ces cas, on a même pu trouver de l'ictère par compression. Malheureusement ces abcès sont rares, surtout dans nos pays, et, faute d'observations suffisamment probantes, on ne s'en tient encore qu'à des conjectures.

3° Les *apoplexies du pancréas*, qui sont presque toujours secondaires, n'ont aucun signe physique caractéristique. Leurs signes fonctionnels sont des plus obscurs, ils se rapprochent, d'après l'observation de Morton Prince (1), des signes de la pancréatite aiguë : par suite, leur diagnostic est des plus difficiles.

IX

Si les affections aiguës du pancréas sont d'un diagnostic pénible, les affections chroniques de cette glande offrent plus de satisfaction aux recherches du clinicien. Les différents travaux qui ont été publiés ont eu surtout en vue leur diagnostic; nous allons donc, en partant des symptômes que nous avons décrits, chercher à les reconnaître.

1° *Stéarrhée.* — Bien que la stéarrhée constitue un symptôme certain au point de vue physiologique, son existence est loin d'être constante et par suite elle ne constitue pas un critérium absolu. Elle doit cependant être recherchée, surtout dans les cas embarrassants.

Elle serait rare, d'après M. Lancereaux, dans la lithiase pancréatique, elle serait plus fréquente dans le cancer primitif du pancréas et surtout elle se rencontrerait dans la pancréatite chronique où les épithéliums des acini absolument dégénérés sont incapables de suffire à la production du suc pancréatique.

La stéarrhée ne constitue donc qu'un symptôme secondaire en quelque sorte; mais elle a son importance quand elle s'associe aux phénomènes de compression ou à la glycosurie.

2° *Diabète maigre.* — Le diabète maigre est au contraire un symptôme précieux. Pour MM. Lancereaux et Lapierre, tout individu, qui, dans l'apparence de la plus parfaite santé, est pris des symptômes du diabète sucré, tels que nous les avons décrits plus haut, est atteint d'une affection chronique du pancréas. D'ailleurs, en remontant dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade, on ne trouvera ni goutte, ni arthritisme, ni traumatisme pouvant faire rapporter la glycosurie au diabète gras ou au diabète nerveux.

Dans ces cas, à quelle affection chronique du pancréas aura-t-on affaire ?

Pour MM. Bard et Pic, le diabète maigre est exceptionnel dans le cancer primitif du pancréas qui s'accompagne plutôt de glycosurie.

Si l'on en croit M. Lancereaux, on trouverait surtout le diabète maigre dnns la lithiase pancréatique; mais il faudrait qu'à cette affection se joigne une altération dégénératrice du pancréas, et c'est surtout la pancréatite chronique qui s'accompagnerait de glycosurie.

3° *Phénomènes de compression.* — Nous avons vu que, parmi les phénomènes de compression, celui qu'on rencontre le plus souvent c'est l'ictère foncé avec dilatation énorme de la vésicule biliaire, sans augmentation du volume du foie. Ces trois symptômes sont précisément, pour MM. Bard et Pic, les signes pathognomoniques du cancer primitif du pancréas; ces auteurs prétendent même que le diagnostic peut toujours être posé dans ces conditions et de fait ils l'ont posé dans les observations personnelles qu'ils ont publiées dans la *Revue de médecine.*

X

Si nous jetons maintenant un regard en arrière, en résumant rapidement les divers chapitres de cette Revue, nous pouvons conclure que la pathologie du pancréas est encore cliniquement très obscure. Les affections aiguës sont presque impossibles à diagnostiquer et les affections chroniques sont encore difficiles à reconnaître malgré la stéarrhée, le diabète maigre, les phénomènes de compression. Ces difficultés tiennent non seulement à ce que les fonctions du pancréas sont encore mal connues, mais aussi à ce que cet organe est d'une exploration physique presque

(1) Morton Prince. Apoplexie du pancréas, *Boston Surg. and Med. Journ.*, 1882.

impossible; et, malgré les règles posées par Piorry, les cas sont rares où l'on peut, en combinant la palpation et la percussion, arriver à reconnaître l'état de la glande.

Il faut néanmoins retenir que le cancer primitif du pancréas se révèle surtout par les phénomènes de compression et que la lithiase pancréatique et la pancréatite chronique sont reconnues presque sûrement à l'existence du diabète maigre.

SALPINGITE ANCIENNE

SUPPURATION ENKYSTÉE DU PETIT BASSIN. OPÉRATION PAR LA VOIE VAGINALE. GUÉRISON

Par le docteur J.-A. Fort, professeur libre d'anatomie.

Mme de B... nous fait appeler pour une affection utérine dont elle souffre depuis sept ou huit ans. La malade est âgée de trente ans; elle n'a jamais eu d'enfants, mais probablement une fausse couche de deux mois, il y a environ cinq ans.

Santé généralement bonne; un peu d'anémie et de nervosisme.

Rien à noter au point de vue des diathèses chez les ascendants et les collatéraux.

La malade, mariée depuis dix ans environ, n'accuse aucune maladie antérieure, aucun changement, aucune irrégularité de la menstruation, aucune hémorrhagie, aucune perte blanche.

La seule cause, à laquelle il semblerait qu'on pût rapporter la maladie actuelle, consiste en de grands excès d'équitation, en particulier à la chasse à courre, dans les premières années qui ont suivi le mariage.

État actuel. — Depuis quelque temps, la période menstruelle, augmentée, dure de huit à dix jours. Des douleurs spontanées obligent souvent la malade à garder le lit, et elle est sujette à des accès fébriles qui reviennent le soir. De temps en temps, il existe des symptômes de cystite légère, et la malade rend fréquemment, par l'anus, des mucosités glaireuses indiquant une irritation du rectum.

A l'examen direct, on ne perçoit rien par le palper abdominal, la paroi étant très rigide, et la malade ayant un embonpoint assez considérable. Au toucher vaginal, le doigt permet de constater que l'utérus est porté en avant vers le pubis, et qu'il n'est pas très mobile. On sent la présence d'une saillie anomale, demi-dure, occupant le cul-de-sac recto-vaginal, principalement vers le côté droit de la malade. Le doigt, introduit dans le rectum, est arrêté, à 6 ou 7 centimètres, par une tumeur arrondie, grosse comme une orange, et se continuant avec celle que l'on constate par le toucher vaginal.

La consistance de cette tumeur demi-dure, demi-molle, ne nous permet pas de nous prononcer immédiatement sur sa nature; cependant, nous inclinons vers l'idée d'une collection purulente.

En consultation avec Mme Frary-Gross, nous avons procédé à un examen très sérieux le 2 juin.

L'hystéromètre et la sonde utérine de M. Terrillon nous permettent de nous assurer de l'intégrité de la cavité utérine. Il existe seulement un peu de catarrhe du col. Nous examinons de nouveau la tumeur, et il nous paraît qu'elle contourne un peu l'utérus vers son bord droit, et qu'elle fait corps avec cet organe.

La malade exige l'opération. Nous nous rendons à ses exigences, étant persuadé que l'affection dont elle est atteinte ne peut pas guérir, en dehors de l'intervention chirurgicale.

Opération. — L'opération est pratiquée le 7 juin, à neuf heures du matin, chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé.

Le rectum avait été préalablement vidé et nettoyé, au moyen de deux lavements pris la veille au soir et le matin même de l'opération.

En même temps, on avait pratiqué deux injections vaginales avec de la liqueur de van Swieten étendue de moitié d'eau.

Nous avons renouvelé nous-même le lavage au sublimé, avant de commencer l'opération, et nous avons vidé la vessie avec une sonde, précaution toujours utile.

Au moyen d'une forte pince de Museux, à trois dents, nous prenons le col de l'utérus pour l'attirer vers la vulve; mais les adhérences ne nous permettent pas un abaissement de plus de 2 à 3 centimètres. Ce défaut d'abaissement a été une des difficultés de l'opération. Une autre difficulté nous a été fournie par l'étroitesse du vagin, de sorte que nous avons été forcé d'opérer dans le fond du cul-de-sac vaginal, où la lumière arrivait difficilement.

L'opération a été faite en trois temps : dans le premier, nous avons séparé le vagin de l'utérus; dans le second, nous avons pratiqué l'ablation de l'ovaire et de la trompe malades; l'ouverture de la cavité purulente et l'évacuation du pus ont constitué le troisième temps.

Premier temps. — La séparation du vagin et de l'utérus est d'un manuel assez délicat, sur lequel nous désirons insister, parce que nous n'en connaissons pas de bonnes descriptions, et que, à notre avis, la lecture d'une observation perd beaucoup de son intérêt, lorsqu'on ne peut pas suivre pas à pas tous les mouvements du chirurgien.

Le procédé de M. Péan est le plus expéditif et le plus rationnel. Tenant de la main gauche la pince de Museux, qui attire le col, M. Péan fait, avec le bistouri, une incision demi-circulaire sur la muqueuse, au fond des culs-de-sac vaginaux postérieur et latéraux, en tenant constamment la lame de son bistouri contre le tissu utérin. Il décolle ainsi l'insertion vaginale dans une étendue de 2 à 3 centimètres. Après quoi, il ouvre le cul-de-sac péritonéal.

Il s'écoule un peu de sang que le chirurgien étanche facilement au moyen de longues pinces hémostatiques. L'hémorrhagie n'est jamais abondante, parce que, en ayant soin de maintenir le bistouri contre le tissu de l'utérus, on n'a à redouter ni la division du tissu érectile du vagin, ni la lésion des artères utérines fournies par l'hypogastrique.

Pour aller plus vite, et pour éviter l'encombrement produit par la présence des pinces hémostatiques, nous avons recours au galvanocautère, et nous avons eu constamment à nous louer de notre procédé.

Le couteau du galvanocautère étant porté au rouge-cerise, au moyen d'une pile de Chardin, dont les éléments plongent dans un mélange de 5 litres de solution de bi-chromate de potasse au dixième, et de 1000 grammes d'acide sulfurique, nous faisons rapidement l'incision, en nous maintenant toujours, comme M. Péan, contre l'utérus. Puis, nous faisons l'ouverture du cul-de-sac avec le doigt ou avec la pointe d'un bistouri.

Pendant ce temps de l'opération, un aide règle la température du couteau électrique, en faisant baigner, plus ou moins profondément, les éléments de la pile dans le liquide acide.

Deuxième temps. — La séparation du vagin et de l'utérus ayant été faite en arrière et sur les côtés du col, et le cul-de-sac péritonéal ayant été ouvert, les parois vaginales sont écartées vers les parties profondes. Nous avons aperçu, à une certaine hauteur, l'un des ovaires et la trompe correspondante. Nous les avons attirés avec une grande douceur, et il nous a été facile de constater l'inflammation de ces organes. Nous avons formé, par une légère traction, une sorte de pédicule sur lequel nous avons appliqué une pince à forcipressure de Péan, d'une longueur convenable. Nous avons pu constater que le pavillon de la trompe, complètement oblitéré, était adhérent à l'ovaire et distendu en forme de kyste.

L'ovaire du côté opposé ayant été trouvé enflammé et entouré d'une sorte de pellicule rougeâtre, résultat de l'inflammation, nous lui avons fait subir le même sort et nous avons laissé une pince à demeure sur son pédicule.

Nous avons encore placé deux longues pinces hémostatiques sur des vaisseaux donnant du sang, et nous les avons laissées à demeure.

Troisième temps. — La résection de l'ovaire et de la trompe étant opérée, nous avons aperçu, au fond de l'ouverture pratiquée

par le galvanocautère, une saillie rougeâtre, qui n'était autre que la paroi de la poche purulente, ce dont nous nous sommes assuré en la saisissant avec un crochet aigu. Quelques gouttes d'un pus homogène et sans odeur s'étant échappées, nous avons fait une ouverture à cet abcès intra-péritonéal enkysté, et nous l'avons dilatée ensuite au moyen d'une longue pince.

Une quantité considérable de pus a été évacuée. Nous avons ensuite lavé la cavité purulente avec de l'eau phéniquée à 2 p. 100, et nous y avons introduit un gros tube à drainage, que nous avons fixé au moyen d'un point de suture métallique à la lèvre postérieure de l'utérus, afin d'éviter son déplacement à chaque pansement.

Lorsque l'eau du lavage est sortie parfaitement claire, nous avons procédé au pansement.

Pendant toute la durée de l'opération, la malade avait été couchée sur le côté gauche, la cavité vaginale étant maintenue ouverte par un écarteur postérieur, deux latéraux et par la pince de Museux attirant le col utérin en bas et en avant.

Le troisième temps de l'opération étant terminé, nous avons mis la malade sur le dos, dans la position du spéculum. Nous avons procédé alors à un lavage complet et minutieux de la cavité vaginale et de la vulve, avec l'eau phéniquée à 2 p. 100.

Quand la toilette de ces parties a été complète, nous avons pris quatre éponges phéniquées pourvues d'une ficelle solide, et nous les avons fortement saupoudrées d'iodoforme. Nous en avons placé deux entre la paroi postérieure du vagin et les pinces restées en place, et deux entre les pinces et la paroi antérieure du vagin sur lequel appuyait le tube à drainage. Une sonde à demeure a été placée dans la vessie, et la malade a été portée à son lit.

Dans la journée, quelques vomissements chloroformiques, un peu d'agitation. On pratique une piqûre de morphine (1 cent.). Glace sur le ventre. Vin de Champagne frappé. Quelques cuillerées de lait froid. Le soir, température 37 degrés, pouls 84.

Le 8 au matin, température 37°5, pouls 84.

Le 8 au soir, température 38°2, pouls 96. État général satisfaisant, pas de sensibilité du ventre. Glace. Champagne frappé. Lait en boisson.

Le 9 au matin, température 37°4, pouls 90.

Nous avons fait le premier pansement, le 9, à neuf heures du matin. La sonde a été supprimée, les éponges ont été retirées. Les trois pinces restées en place ont été relâchées et laissées dans la cavité vaginale, pendant un lavage de trois à quatre minutes avec l'eau phéniquée. Sous l'influence d'une traction très légère, les pinces ont été retirées. Un lavage phéniqué a été fait également par le tube et, quand le liquide est sorti parfaitement limpide, nous avons introduit de la gaze iodoformée dans la cavité vaginale, de manière à l'oblitérer, et nous avons placé de nouveau la malade dans son lit.

Le 9 au soir, température 38°3, pouls 80. On retire l'urine avec la sonde. Continuation de la glace sur le ventre. Champagne frappé. Un lait de poule. Pas la moindre menace de complication.

Le 10 au matin, température 37°3, pouls 80. Nouveau lavage. Même traitement. Un peu plus d'aliments. Un œuf frais.

Le 10 au soir, température 37°5, pouls 80.

Le 11 au matin, troisième lavage, température 37 degrés, pouls 72. Pas de sensibilité du ventre. Même traitement. Deux œufs, lait froid, bouillon de poule. Le lavage est fait par le tube au moyen d'une seringue.

Les jours suivants, la malade a été absolument sans fièvre et sans douleur. On a continué le lavage avec l'eau phéniquée à 2 p. 100, au moyen du tube de caoutchouc qui avait été fixé au col par un point de suture métallique.

Le 15, le tube à drainage tombe spontanément, et, à partir de ce moment, les lavages se font avec une simple canule. Ce même jour, malgré notre recommandation de garder le repos le plus complet, la malade se lève et s'assied sur un fauteuil.

Le 19, les règles apparaissent un peu plus abondantes que de coutume. Pendant deux jours, on ne fait aucun lavage, mais, à partir du deuxième jour, ayant constaté une légère odeur, nous avons recommencé les lavages phéniqués, tièdes, deux fois par jour. Le jour même où les règles se sont montrées, on a supprimé la glace qui était restée en permanence sur le ventre, depuis le jour de l'opération.

Les règles ont duré sept jours, comme d'habitude. Ce phénomène pourra paraître étrange chez une femme à qui l'on a fait l'ablation des deux ovaires. Il paraît qu'il n'est pas rare de l'observer dans des circonstances analogues.

La malade quitte la maison de santé le 24 juin, en très bonne santé.

Que s'est-il passé en cette occasion? Le péritoine a été ouvert; ce n'est pas douteux puisque nous avons extrait les ovaires par l'ouverture faite dans le cul-de-sac recto-vaginal. Il est donc resté, après l'opération, une portion de la cavité péritonéale en communication avec la cavité vaginale par une ouverture en forme de fer à cheval ayant pour lèvre antérieure le col de l'utérus, et pour lèvre postérieure le bord libre du cul-de-sac vaginal séparé de l'utérus.

Les parois de cette sorte de diverticulum du péritoine étaient formées, en avant par l'utérus, en arrière par le rectum, sur les côtés par les ligaments larges, et en haut, très probablement, par la masse intestinale.

Cette cavité contenait le tube à drainage, les pinces hémostatiques fixées aux ligaments larges, et les débris de la poche purulente.

Les lavages antiseptiques ont empêché la pénétration du pus dans la grande cavité péritonéale, et le repos absolu, la malade étant couchée sur le dos, a déterminé l'adhérence de tous les organes formant paroi de cette petite cavité, et recouverts de péritoine. On sait que vingt-quatre heures suffisent pour qu'il se produise, dans des cas semblables, une inflammation adhésive sur la séreuse dont il est question.

Ces adhérences s'affermissent et se consolident de manière à former une barrière impénétrable, séparant la grande cavité péritonéale du diverticulum, de la petite cavité artificielle qui est résultée de l'opération.

Aujourd'hui, un mois après l'opération, une complication n'est plus possible du côté du péritoine. La cavité rétro-utérine, qui résulte du fait même de l'opération, est comparable à celle d'un abcès qui se serait vidé et dont les parois n'auraient pas eu le temps de se rapprocher complètement. C'est pourquoi cette petite cavité, encore suppurante, et laissant passer un peu de pus dans le vagin par l'orifice fistuleux, est recouverte de bourgeons charnus qui convergeront les uns vers les autres jusqu'à oblitération complète de la cavité et adhérence du bord incisé du vagin avec le col de l'utérus.

Aujourd'hui, six mois après l'opération, la malade, que nous avons revue, est en très bonne santé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1890

(Les Concours seront clos fin février 1890.)

Prix de l'Académie (1000 francs. Annuel). — Question : *Des peludes.*

Prix Alvarenga, de Piauhy [Brésil] (800 francs. Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX AMUSSAT (800 francs. Bisannuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

PRIX BARBIER (2200 francs. Annuel). — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

PRIX HENRI BUIGNET (1500 francs. Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs sera partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

PRIX CAPURON (1000 francs. Annuel). — Question : *De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier.*

PRIX CIVRIEUX (900 francs. Annuel). — Question : *Des névrites.*

PRIX DAUDET (1000 francs. Annuel). — Question : *De la leucémie.*

PRIX DESPORTES (1300 francs. Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

PRIX FALRET (1000 francs. Bisannuel). — Question : *Des folies diathésiques.*

PRIX ERNEST GODARD (1000 francs. Annuel). — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX HERPIN [de Metz] (1200 francs. Quadriennal). — Question : *Traitement abortif de l'anthrax.*

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE (1000 francs. Annuel). — Question : *De l'éducation des organes des sens, de la vue et de l'ouïe dans la première et la deuxième enfance.*

PRIX LABORIE (5000 francs. Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

PRIX LAVAL (1000 francs. Annuel). — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

PRIX LEFÈVRE (1800 francs. Triennal). — Question : *De la mélancolie.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2600 francs. Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1500 francs). — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

PRIX ORFILA (2000 francs. Bisannuel). — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps, de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale ?*

PRIX OULMONT (1000 francs. Annuel). — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (chirurgie).

PRIX PERRON (3800 francs. Quinquennal). — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

PRIX PORTAL (800 francs. Annuel). — Question : *Du mal perforant.*

PRIX POURAT (1200 francs. Annuel). — Question : *Déterminer par des expériences précises s'il existe un ou plusieurs centres respiratoires.*

PRIX SAINT-LAGER (1500 francs). — Extrait de la lettre du fondateur :

« Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goîtreuses. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

PRIX SAINT-PAUL (25000 francs). — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie.*

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

PRIX STANSKI (1800 francs. Bisannuel). — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque, relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX VERNOIS (700 francs). — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1891

(Les concours seront clos fin février 1891.)

PRIX DE L'ACADÉMIE (1000 francs). — Question : *De la part de l'air dans la transmission de la fièvre typhoïde.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy [Brésil] (800 francs). — (Voir plus haut, p. 15.)

PRIX BARBIER (2000 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

PRIX HENRI BUIGNET (1500 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

PRIX CAPURON (1000 francs). — Question : *De l'action des eaux salines sur les fibromes utérins.*

PRIX CIVRIEUX (900 francs). — Question : *Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés.*

PRIX DAUDET (1000 francs). — Question : *Du traitement chirurgical du goître et de ses conséquences immédiates ou éloignées.*

PRIX DESPORTES (1300 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

PRIX ERNEST GODARD (1000 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

PRIX ITARD (2700 francs). — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX LABORIE (5000 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

PRIX LAVAL (1000 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2600 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1500 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

PRIX OULMONT (1000 francs). — Ce prix sera décerné à l'élève en

médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (médecine.)

Prix Portal (800 francs). — Question : *Anatomie pathologique des érysipèles.*

Prix Pourat (1200 francs). — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

Prix Vernois (700 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1892

(Les Concours seront clos fin février 1892.)

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : *Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.*

Prix Alvarenga, de Piauhy [Brésil] (800 francs). — (Voir plus haut, p. 15.)

Prix Amussat (800 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Barbier (2200 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Henri Buignet (1500 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Adrien Buisson (9000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron (1000 francs). — Question : *De la phelgmatia alba dolens au point de vue obstétrical.*

Prix Civrieux (900 francs). — Question : *Établir, par des recherches cliniques et anatomo-pathologiques, la nature des pseudo-paralysies saturnine et alcoolique.*

Prix Daudet (1000 francs). — Question : *Leucoplasie buccale.*

Prix Desportes (1300 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Falret (1000 francs). — Question : *Accidents nerveux de l'urémie.*

Prix Ernest Godard (1000 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Huguier (3000 francs. Triennal). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements).

Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions.

Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Laborie (5000 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Laval (1000 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Louis (5000 francs. Triennal). — Question : *De l'eau froide dans le traitement de la fièvre typhoïde.*

Prix Mège (900 francs. Triennal). — Question : *Des saignées locales.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2600 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Oulmont (1000 francs). — (Voir plus haut, p. 16, 1re col.)

Prix Pourat (1200 francs). — Question : *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques*

Prix Portal (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique du corps thyroïde.*

Prix Vernois (700 francs). — (Voir plus haut, p. 16.)

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis aux concours, à l'exception des prix Buignet et Huguier.

Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Alvarenga, Buisson, Amussat, d'Argenteuil, Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Huguier, Itard, Laborie, Meynot, Monbinne, Perron, Saint-Paul, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés et instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, restent sa propriété.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

44. M. Soutoul. Hystéries toxiques. — 45. M. Vinson. De l'état actuel de nos connaissances sur les causes du tétanos. — 46. M. Thooris. Quelques considérations sur les idées de persécution dans la paralysie générale. — 47. M. Jourda. Des abcès du sein chez le nouveau-né. — 48. M. Dumont. Contribution à l'étude de l'emploi du naphtol camphré dans le traitement de l'otite moyenne suppurée. — 49. M. Azam. Contribution au traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Tableau d'avancement du corps de santé militaire pour l'année 1890.

I. — Médecins principaux de deuxième classe, proposés et classés pour médecins principaux de première classe :

1888. — MM. Talon, Morisson et Breton.

1889. — MM. Sommeillier, Kiener et Laveran.

II. — Médecins-majors de première classe, proposés et classés pour médecins principaux de deuxième classe :

1888. — MM. Schindler et Richard.

1889. — MM. Willigens, Corties, Liénard, Tachard, Berger et Sorel.

III. — Médecins-majors de deuxième classe, proposés et classés pour médecins-majors de première classe :

1888. — MM. Testevin, Martin (M.-A.), Monart, Folie-Desjardins, Calmette, Pitot et Ravenez.

1889. — MM. Demandre, Bruant, Robert (H.-L.), Choux, Renaut, Burlureaux, Bernard (A.-C.-L.), Girardin et Hussenet.

IV. — Médecins aides-majors de première classe, proposés et classés pour médecins-majors de deuxième classe :

1888. — MM. Cornil, Pascaud, Ferraton, Bonnery, Belliard, Collinet, Gaube, Bernardy, Géhin, Faveret, Guérin, Péradon, Rémy, Amiet, d'Audibert Caille du Bourguet et Forgue.

1889. — MM. Bordes-Pagès, Maubrac, Sieur, Nicolas, Lassègue, Kocher, Lapasset, Lanel, Milliot, Mouret, Chêne, Barreau et Fasquelle.

V. — Pharmaciens-majors de première classe, proposés et classés pour pharmaciens principaux de deuxième classe :

1888. — MM. Pons, Burker et Balland.

1889. — M. Dubois.

VI. — Pharmaciens-majors de deuxième classe, proposés et classés pour pharmaciens-majors de première classe :

1888. — MM. Breuil et Jebl.

1889. — MM. Périer, Simair et Gessard.

VII. — Pharmaciens aides-majors de première classe, proposés et classés pour pharmaciens-majors de deuxième classe :

1888. — MM. Rémy, Carabin, Ricard, Pauleau, Jandos, Évesque, Cabarel et Daviron.

1889. — MM. Bisseric et Boutineau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 31 décembre 1889, ont été nommés dans la Légion d'honneur.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Le Janne, médecin de première classe de la marine, en retraite; Rémy, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 décembre 1889, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Déconquans (à Aurillac); Kelsch, professeur au Val-de-Grâce; E. Hardy (à Paris); Leblond (à Paris); Roy (à Melun); Jullien (à Paris); Néïs, médecin de la marine; Dastre et Livois (à Paris); Livon (à Marseille); Testut (à Lyon); Grynfelt (à Montpellier); Charpentier (à Nancy); Malassez, Wignal, La Vieille et Cocquet (à Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Barrabé (à Domfront); Blockberger (à Notre-Dame-de-Franqueville); Boell (à Baugé); Bouhon (à Bayon); Burot (à Rochefort); Danthon (à Montluçon); David (à la Graulière); Delfau (à Villeneuve-d'Aveyron); Deschamps, médecin-major de deuxième classe au 13e d'infanterie; Dubar (à Armentières); Fonteneau (à Oran); Forichon (à Montet); Lasaigne (à Tournon); Lestage (à Aïn-Bessem); Marty (à Narbonne); Moty médecin-major de première classe au Val-de-Grâce; Perrin (à Argentan); Pierron (à Chazay); Piot (à Aiguebelle); Schneider et Stroebel, médecins-majors de deuxième classe; Vagnat (à Briançon); Capitan, Chevalet, Feulard, Goubert, X. Gouraud, Haussmann, Marchant, Masson, Mérijot, Rouillard, Gérard-Marchand, Hanot, Martha, Barthélemy, Serrand, Bérillon, Helme, Beurnier (à Paris); Lassalle (à Lormont); Leroy (à Fransart); Groussin (à Bellevue); Leprevost (au Havre); Maison (au Vésinet); Vincent (à Alger); Rondot (à Bordeaux); Cerné (à Rouen); Bousquet (à Clermont); Levrat, Mayet, Vinay (à Lyon); Soubeiran, Carrieu (à Montpellier); Langlois (à Nancy), Hache (à Brest); Barrandon (à Montpellier); Carton, médecin aide-major de première classe; Chedevergne (à Poitiers); Petit (à Rennes); Jeannel (à Toulouse); Nègre, Rouvier, de Brun (à Beyrouth); Weiss (à Coutances); Ravier (à Savigny).

M. l'officier de santé Jaubert (à Djurdjura).

Mme la sage-femme Demamiel (à Paris).

— *Les médecins députés.* — Il n'est pas sans intérêt de connaître les noms de nos confrères députés, au moment où s'apprête la discussion sur la loi relative à l'exercice de la médecine. Ils sont au nombre de 46, en voici la liste par ordre alphabétique :

MM. Amagat, Bizarelli, Bourgeois (Vendée), Clémenceau, Chassaing, Chautemps, Chevandier, Clech, Cosmao-Dumenez, David (Alpes-Maritimes), Dellestable, Després, Dron, Ducoudray, Ferrol, Froin (Alcée), Gacon, Guillemaut, Grisez, Haynaut, Herbet, Isoard, Labrousse, Lanessan (de), Langlet, Le Borgne, Legludic, Mahy (de), Mandeville, Marmottan, Merlou, Méry (Paulin), Michou, Naquet, Quintaá, Rey (Lot), Reybert, Raspail (Camille), Signard, Theulier, Thomas, Turigny, Vacher, Vachery, Vernhes, Viger.

Il y a en outre :

4 pharmaciens : MM. Bourdeville, Duval (César), Lacôte, Leconte;

2 anciens pharmaciens : MM. Gerbay et Peytral (on sait que ce dernier a été ministre des finances);

1 vétérinaire : M. Payot.

— Deux propositions de loi sur l'exercice de la médecine ont déjà été déposées sur le bureau de la Chambre et renvoyées à l'examen d'une commission spéciale. Elles ont pour auteurs : l'une M. le docteur Chevandier, l'autre M. Lockroy.

La commission est ainsi composée :

Président : M. le docteur Chevandier (Drôme); secrétaire : M. le docteur David (Alpes-Maritimes); MM. les docteurs Dellestable (Corrèze); Gacon (Allier); Signard (Haute-Saône); Langlet (Marne); Isoard (Basses-Alpes); Cosmao-Dumenez (Finistère); Grisez (Haut-Rhin); Bourgeois (Vendée); Vachery (Haute-Vienne).

— Le concours de la médaille d'or (chirurgie) s'est terminé par la nomination de M. Rieffel.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Martin-Durr (Michel-Victor) et de Grandmaison (Marie-Emmanuel-Gabriel), bacheliers ès lettres et ès sciences, sont nommés, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, aides-préparateurs des travaux pratiques d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Legrand et Binot, démissionnaires.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Boinet, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histologie et d'anatomie pathologique, pendant la durée du congé accordé à M. Brousse.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Stroup, aide d'anatomie, est nommé prosecteur à ladite Faculté, en remplacement de M. Prautois, démissionnaire.

— M. le docteur Terras est nommé membre du comité d'inspection et d'achat de livres près la bibliothèque de Saint-Rémy.

— Les mémoires pour le prix de 1200 francs institué par la Société médicale des hôpitaux de Paris, pour le meilleur travail sur l'alimentation artificielle des jeunes enfants, devront être adressés à M. le secrétaire général, avant le 1er juin 1890, au siège de la Société, rue de l'Abbaye, n° 3.

— C'est avec regret que nous annonçons la mort de MM. les docteurs Belot de Regla et Blondeau (de Paris); Cosson, de l'Institut, et A. Masson (de Mirecourt).

— *Faculté de médecine de Paris.* — 1° Les consignations pour les examens, dont désignation suit, seront reçues jusqu'aux dates ci-après désignées :

Pour le deuxième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 18 mars inclusivement; pour le deuxième examen de doctorat (deuxième partie), jusqu'au mardi 15 avril inclusivement; pour le troisième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 15 avril inclusivement; pour le troisième examen de doctorat (deuxième partie), jusqu'au mardi 20 mai inclusivement; pour le quatrième examen de doctorat, jusqu'au mardi 3 juin inclusivement; pour les examens de sage-femme, jusqu'au mardi 24 juin inclusivement; pour les thèses, jusqu'au mardi 8 juillet inclusivement.

Officiat. — Pour le premier examen, jusqu'au mardi 10 juin inclusivement; pour le deuxième examen, jusqu'au mardi 17 juin inclusivement; pour le troisième examen, jusqu'au mardi 24 juin inclusivement.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

2° Les élèves ajournés après le 7 juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

Passé le 10 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses, et ne signeront plus de manuscrits.

— M. le docteur Lavaux, ancien interne des hôpitaux, reprendra ses leçons sur les affections des voies urinaires, à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, le lundi 6 janvier à cinq heures et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

75

MAGNÉSIE ROY

SEL PURGATIF ALCALIN SOLUBLE

Laxatif et *dépuratif chimique* de premier ordre, qui unit aux avantages de la médication alcaline les propriétés purgatives et dépuratives des sels de magnésie. — *Antiacide, Antilithique.*

Doses : 1/2 cuiller à café à 3 cuillers à bouche.
A. Roy, ph^{en} de 1re classe, Paris-Auteuil, et ph^{ies}.

20

PEPTONES PEPSIQUES DE CHAPOTEAUT

A LA VIANDE DE BŒUF PURE

Elles sont neutres, pures, ne contiennent ni glucose, ni chlorure de sodium, ni tartrate de soude.

POUDRE DE PEPTONE DE CHAPOTEAUT

Entièrement soluble, elle représente cinq fois son poids de viande. La seule employée **dans le laboratoire de M. Pasteur, pour la culture des organismes microscopiques.**

VIN DE PEPTONE DE CHAPOTEAUT

D'un goût très agréable, se prescrit après les repas, à la dose de 1 ou 2 verres à bordeaux.

On peut, avec les peptones, nourrir, pendant des mois et des années, les malades les plus gravement affectés, sans aucun autre aliment.

Dépôt à la pharmacie Vial, 1, rue Bourdaloue.

42

PHOSPHATE DE FER

(Pyrophosphate de Fer et de Soude).
de LERAS, docteur ès sciences

Solution ou *sirop* incolores, sans goût de fer, n'ayant aucune action sur les dents, ne provoquant pas de constipation, toujours bien supportés par les estomacs les plus délicats, ils réunissent les principaux éléments des os et du sang, fer et acide phosphorique, et contiennent 20 centigr. de sel de fer par cuillerée à bouche. **Chlorose, anémie, appauvrissement du sang.**

Pharmacie Vial, 1, rue Bourdaloue.

23

SIROP DE QUINQUINA FERRUGINEUX

De GRIMAULT et Cie,
au Pyrophosphate de Fer et de Soude.

Ce sirop est clair, limpide, agréable au goût; il est pris avec plaisir, aussi bien par les enfants que par les grandes personnes, et contient par cuillerée à bouche 20 *centigr. de sel de fer* et 0,10 *extrait de quinquina.* Ph^{ie}, 1, rue Bourdaloue.

46

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux.

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

Ph^{ie} Virenque, 8, place de la Madeleine, et ph^{ies}.

109

PANSEMENTS VAGINAUX

faits par la malade elle-même au moyen des

OVULES CHAUMEL

A la glycérine solidifiée (à tous médicaments)
Boîte : **3 fr. 50.** — 87, r. Lafayette, Paris (env. f^{o} éch.)

49

VACCIN DE GÉNISSE

pour 4 pers., **75 cent.**; pour 20 pers., **1 fr. 50.**
Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

47

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire

Dose: Un petit verre après les principaux repas.
Dépot : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

25

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS.	LIENTÉRIE.
DIGESTIONS DIFFICILES.	GASTRALGIE.
DYSPEPSIE.	GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES :
Pancréatine Defresne : 2 à 4 cuillerettes.
Pilules digestives Defresne : 2 à 4 pilules.
Élixir et Sirop.

Dépôt : 2, rue des Lombards et t^{tes} pharmacies.
Defresne, auteur de la Peptone pancréatique.

44

EAUX MINÉRALES DES SOURCES

SAINT-LOUIS

(VICHY-SAINT-YORRE)

Maux d'estomac, Diabète, Albuminurie, Maladies du foie et des reins.

6 gr. bicarbonate de soude par litre; acide carbonique, 2 gr. 500.

27, boulevard des Italiens. — Vente chez tous les pharmaciens et marchands d'Eaux.

36

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les
Affections aiguës et chroniques de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

Dosage : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes

Ph^{ie} Pelisse, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

32

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot. *Dr. Zed*

60

AVIS A MM. LES MÉDECINS

La maison **Pâtre**, à Orléans, fondée en 1840, s'occupe spécialement de la fourniture des médicaments à MM. les Médecins faisant la pharmacie. Elle les livre en qualité irréprochable, aux prix des drogueries de Paris; les divise au gré du client de manière à lui éviter toute manipulation, les étiquette suivant les indications données, sans autre indication d'origine que sa marque de fabrique (cachet de garantie) et les expédie franco. — Ses laboratoires d'analyse et de fabrication sont à la disposition de MM. les Médecins désirant faire faire des essais.— Prix très modérés. — *Prix courant détaillé sur demande.*

Maison **Pâtre**, à Orléans (Loiret).

91

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* e *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.
EN BAINS : 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

11

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF
PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt gén^{al} ; Ph^{ie} Centrale, f^{g} Montmartre, Paris.

16

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les Pilules du Dr Moussette, à l'Aconitine et au Quinium calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles, ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient :
Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée.
Cinq centigrammes quinium pur.

Dose : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

14

BROMURE DE CAMPHRE DU DR CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre,** sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique* et un « *hypnotique* des plus efficaces. »
(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.* »

Chaque Capsule du Dr Clin renf^{me} 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renf^{me} 0,10 } Camphre pur

Gros : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — Détail : *Dans les bonnes Pharmacies.*

45

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

Dose : Un verre à Madère après les repas.
Mariani, ph^{ien}, 41, Boul. Haussmann, et t^{tes} ph^{ies}.

72

DRAGÉES QUINOIDINE-DURIEZ

Très efficaces contre les récidives des fièvres intermitten^{tes}, Paris, 20, pl. des Vosges.

66

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre.
REYNAUD, 22, r. de la Paix. **Envoi f^{o} du catalogue.**

99

SALICOL DUSAULE SALICYLATE DE MÉTHYLE (WINTER-GREEN)

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant, possède une odeur agréable, n'est ni caustique, ni vénéneux. S'emploie pur en *pulvérisations* ou additionné d'eau en *compresses, clavages*, etc.

Le flacon, 2 fr. **Pulvérisateur Dusaule**, 6 fr.
Dépôt : 105, rue de Rennes, Paris, et les Ph^{ies}.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**
hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

56

VIN DE MILLET CHALYBÉ BALSAMIQUE

Efficacité certaine contre : *Anémie, Affections chroniques, Fièvres, Maladies des pays chauds, Scrofule, Lymphatisme.* — Ech. f^{o} à MM. les Méd^{s}
3 f. le fl^{on}. Ph^{ie} Millet, 41, r. d^{s} Francs-Bourgeois.

47

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

93

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 57, rue d'Hauteville.

34

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

69

PEPTONE DENAEYER

Éléments de la viande digérés et diffusibles, en solution concentrée à 20 p. 100, **limpide et stérilisée;** saveur et arôme de fo bouillon de bœuf.

Analyses de MM. les professeurs Violette, Frésénius, Krukenberg, etc.

Rapport à l'Académie royale de médecine de Belgique.

BROCHURE ENVOYÉE SUR DEMANDE.

PEPTONATE DE FER DENAEYER

ferrugineux neutre, non astringent, complètement assimilable.

Dépôt central: MICHELAT *et* LESUEUR, *9, rue des Guillemites, Paris. — Pour le Nord, Pharmacie* GOBERT, *à Lille.*

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

55

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès,** 9, r. du 4 Septembre, Paris.

94

MIGRAINE NÉVRALGIQUE, VERTIGE STOMACAL
et toutes névralgies se rattachant à un trouble du système nerveux général.
Effets rapides et constants par

LA CÉRÉBRINE (VOIR « PARIS-MÉDICAL » DU 8 JUIN)

La **Cérébrine,** à base d'analgésine, de caféine et de cocaïne, ne se délivre que sous la forme de liqueur, dont la dose est d'*une mesure* ou cuillerée à bouche, au moment et de préférence au début des accès.

Chaque flacon porte la signature *Pausodun* et est accompagné d'une petite mesure en verre. — Flacon de **3** et de **5** francs.

Gros : Eug. FOURNIER, pharmacien, *Issy-Paris;* Détail : 31, rue de Cléry, et dans tes les phies.

79

VIN DE SECRETAN

au quinquina, à l'extrait fluide de malt, et aux écorces d'oranges amères.

Le **Vin de Secretan** présente, réunis sous la même forme pharmaceutique, les principes adoucissants, rafraîchissants et digestifs de l'Extrait fluide de malt combinés à ceux du quinquina. C'est grâce à cette association rationnelle que le quinquina perd complètement ses propriétés irritantes pour ne garder que son action tonique et fortifiante.

Le **Vin de Secretan** est donc naturellement indiqué dans tous les cas où il importe d'éviter l'intolérance organique, l'irritation intestinale, la constipation, qui sont si souvent consécutives à l'usage un peu prolongé de tous les vins de quinquina généralement usités.

Dépôt central : SECRETAN, 52, r. Decamps, Paris.

Même dépôt : **Globules tænifuges de Secretan** *à l'extrait vert éthéré de fougère mâle.*

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, Place Vendôme, PARIS. *J. Mannet*

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge et phies.

67

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

53

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

41

PEPTONATE DE FER ROBIN

Véritable ferrugineux assimilable

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Seul présenté à l'Académie par BERTHELOT en 1885.

Chloro-anémie, dyspepsie, lymphatisme, affections utérines, Diabète. — 10 à 20 **gouttes** pr repas.

VIN ROBIN, 1 cuillerée par repas.

DRAGÉES ROBIN, 2 à 3 par repas.

GROS : Paris, 7, r. de Jouy. — DÉTAIL : Tes phies.

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

38

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes,* on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir** de **Boldo-Verne.**

VERNE, Grenoble, et phies, France et étranger.

N° 3. — MARDI 7 JANVIER 1890. 63e ANNÉE. MARDI 7 JANVIER 1890. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

Des rétrécissements de l'artère pulmonaire.

J'ai eu l'occasion d'examiner une jeune fille de vingt et un ans, et je veux vous entretenir de la lésion qu'elle présente. L'observation est brève : cette jeune personne ne peut nous donner aucun renseignement utile, son intelligence est trop obtuse pour cela. Mais la mère m'a dit que son mari — le père de la malade — était alcoolique. Nous avons su que, dès son bas âge, cette jeune personne avait déjà des palpitations, de la gêne respiratoire, en montant les escaliers.

Quand j'ai examiné la malade pour la première fois, j'ai été immédiatement frappé par son facies inerte, sans expression, et par l'inintelligence de ses réponses. Cette fille est idiote. Ses lèvres, ses oreilles, ses mains sont violacées. Le pouls est petit, faible, difficilement perceptible, et le tracé sphygmographique est à peine marqué. Au repos, l'oppression n'existe pas, mais si la malade monte un escalier, elle est haletante.

L'impulsion du cœur est exagérée; la matité cardiaque est augmentée et la pointe du cœur bat dans le cinquième espace. L'auscultation fait percevoir un souffle bitonal. Ce souffle systolique peut être décomposé en deux parties distinctes : un bruit rude, grave, et un autre sibilant, de tonalité plus élevée. Le souffle sourd, grave, s'entend dans le deuxième espace intercostal gauche, dans le troisième aussi, mais le maximum se trouve au niveau de la troisième côte, près du bord sternal. La propagation se fait du côté de la clavicule gauche. On perçoit ce souffle faiblement dans la fosse sus-épineuse. On constate encore son existence en descendant vers la pointe, mais il disparaît plus bas et ne se propage nullement dans l'aisselle.

Le deuxième bruit est aigu, sonore, sibilant, vous ai-je dit, et son maximum existe au niveau de la quatrième côte, tout près du bord gauche du sternum.

L'appétit de cette femme est bon, ses fonctions digestives s'accomplissent bien, elle n'a pas d'œdème, mais ses extrémité sont refroidies et ses doigts présentent une déformation sur laquelle je reviendrai.

Cette malade est atteinte, j'ai hâte de vous le dire, d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire.

D'habitude, quand le souffle est fort, il y a un frémissement assez marqué au niveau du deuxième espace. Dans le cas actuel, cette sensation tactile est restreinte. Or, il est important de constater ce frémissement quand vous cherchez le rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Le frottement péricardique peut en imposer, mais ses caractères sont parfois assez nets pour ne pas donner le change. Dans tous les cas, il ne faut pas oublier que le frottement péricardique naît et meurt sur place. Ce n'est pas le cas chez notre malade.

Il s'agit maintenant de séparer le souffle qu'on trouve dans le rétrécissement pulmonaire des bruits dits anémiques, bruits anémo-spasmodiques de M. Constantin Paul. Ces bruits dits anémiques siègent rarement à droite, le long de l'aorte; quand ils siègent à la base du cœur, c'est dans le deuxième espace gauche, près du bord sternal, qu'on les entend. M. Constantin Paul pense que ces bruits anémo-spasmodiques se passent dans l'artère pulmonaire. Je ne le crois pas. Pour moi, ces bruits se passent hors du cœur, ce sont des bruits extra-cardiaques, dont j'ai décrit ailleurs le mécanisme. Ces souffles dits anémiques, ces bruits anémo-spasmodiques, ces souffles extra-cardiaques n'existent pas seulement chez les anémiques.

Mais, pour en revenir à ma malade, je vous dirai que le souffle dont il s'agit n'est pas un souffle dit anémique, ou souffle extra-cardiaque. En effet, le souffle, que l'on entend à la base du cœur de cette femme, se propage énormément et avec intensité; en second lieu, il est accompagné d'un frémissement. Cette double raison me fait rejeter l'hypothèse d'un souffle extra-cardiaque. J'ajoute que l'hypertrophie cardiaque me démontre qu'il s'agit bien là d'une lésion matérielle portant sur les orifices ou tout près des orifices du cœur.

Les rétrécissements de l'artère pulmonaire sont de trois sortes : d'habitude, le rétrécissement est constitué par la coalescence des bords des valvules pulmonaires, d'où diminution de l'ouverture. C'est le cas le plus fréquent. En second lieu, on a signalé l'existence de rétrécissements de l'artère pulmonaire à une très petite distance de l'orifice. M. Constantin Paul et Oppolzer ont publié des observations qui établissent la réalité de cette lésion absolument rare.

Enfin, le rétrécissement peut surgir dans l'infundibulum et se produit sous l'influence d'une endocardite ou d'une myocardite. On trouve alors des plaques qui rétrécissent le calibre de l'artère et se présentent sous forme de cercles, de valvules, etc.

Comment reconnaît-on le siège du rétrécissement pulmonaire? On a dit que cela était possible en constatant avec soin le moment précis où le souffle se produisait. On a donc décrit un rétrécissement donnant lieu à un souffle présystolique, un autre qui fournit un souffle systolique et un troisième qui détermine la production d'un souffle post-systolique. Tout cela est théorique et l'un des malades de M. Grancher avait un souffle tantôt systolique, tantôt post-systolique. Mais, lorsque le maximum du bruit siège au niveau de la troisième côte ou du troisième espace, on a quelques raisons de penser qu'il s'agit d'un rétrécissement de l'infundibulum. Cependant, on n'a pas d'observations précises à ce sujet.

Ici, c'est au niveau de la troisième côte que le souffle a son maximum. De plus, les claquements de valvules sigmoïdes sont nets. On a donc quelques motifs de penser que le rétrécissement siège dans l'infundibulum.

Le degré du rétrécissement est fort variable. Dans notre cas, le calibre de l'artère pulmonaire est-il très étroit? Non. La tonalité du souffle que l'on entend et la faible intensité du frémissement sont des preuves de mon assertion.

A quelle espèce appartient le rétrécissement que j'ai observé. Est-il acquis ou congénital? On a voulu faire une grande différence entre le rétrécissement acquis, qui a débuté après la naissance, et le rétrécissement congénital. Or, le plus souvent les lésions anatomo-pathologiques sont absolument semblables dans les deux cas.

Les circonstances qui accompagnent les lésions sont autres dans le rétrécissement acquis que dans le rétrécissement congénital.

Et d'abord, chez notre malade, on n'entend aucun autre bruit du côté du cœur que ceux dont je vous ai parlé. Mais l'insuffisance tricuspidienne existe parfois sans souffle. Ici, il n'y a pas d'insuffisance pulmonaire, car le souffle de l'insuffisance ne s'entend plus; de plus, il n'y a pas de stase veineuse du cou et le foie ne présente aucun battement.

L'orifice mitral est-il indemne? C'est plus discutable. Au premier abord, on entend un souffle systolique de la pointe, et, comme il a une tonalité différente de celui qui existe plus haut, l'on peut se demander si l'insuffisance mitrale n'existe pas. Mais le premier bruit mitral est très net, et le souffle de la pointe ne se propage pas à l'aisselle. Donc, il n'y a pas de lésions mitrales.

En même temps que le rétrécissement congénital se trouvent fréquemment d'autres malformations (persistance du trou de Botal, du canal artériel ou perforation de la cloison interventriculaire).

Le trou de Botal donne-t-il passage à du sang? Peu de signes peuvent nous renseigner sur ce point et même le souffle signalé par M. Bucquoy, dans une observation, peut donner lieu à des interprétations diverses. Dans tous les cas, il est extrêmement difficile, pour ne pas dire: impossible, d'affirmer l'inocclusion du trou de Botal. Chez notre malade, aucun souffle ne peut nous permettre de faire ce diagnostic.

L'inocclusion de la cloison intra-ventriculaire n'est pas très rare, même chez l'adulte. On sait que la cloison apparaît d'abord à la partie inférieure du cœur et s'élève de bas en haut, de sorte que la communication entre les ventricules existe à la partie supérieure, quand il y a arrêt de développement. Tantôt le sang passe du ventricule gauche dans le droit, tantôt c'est le contraire, parfois même le sang ne passe pas du tout, quoiqu'il y ait perforation. De là des différences assez sensibles dans les signes. Quand la communication entre les ventricules n'est pas due à un obstacle, l'équilibre peut se faire dans la circulation; les accidents sont réduits alors au minimum. Il n'en est pas toujours ainsi. Quand le sang passe largement, il donne lieu à un souffle très aigu qui siège au niveau de la quatrième côte, ce qui nous indique qu'il y a inocclusion de la cloison interventriculaire.

Cette inocclusion peut être due soit à une perforation acquise après la naissance, sous l'influence de l'endocardite ulcéreuse, soit à un arrêt de développement. Ici, elle est congénitale.

Y a-t-il aussi persistance du canal artériel? Le diagnostic est délicat. M. Franck a dit que cette persistance du canal artériel donnait naissance à un souffle systolique, qui se propageait avec une augmentation d'intensité entre l'omoplate et le rachis, particulièrement au niveau de la fosse sous-épineuse. Le souffle a une intensité plus grande dans cette dernière région. Le pouls subit des modifications sous l'influence de l'inspiration et de l'expiration. Or, chez notre malade, le souffle rude se propage en arrière, mais il est plus faible qu'en avant. De plus, les mouvements respiratoires n'ont aucune action sur le pouls, qui est petit et faible.

Je vous ai déjà dit que les symptômes qui avaient débuté dès l'enfance de la malade, que le souffle dû à l'inocclusion ventriculaire me faisaient diagnostiquer un rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. De plus, la cyanose n'atteint pas le degré constaté chez notre malade dans les rétrécissements qui ne sont pas congénitaux. La cyanose donnant lieu à cette coloration violacée, livide, de la face, du nez, des lèvres, des oreilles, des conjonctives, de la muqueuse linguale, n'existe en réalité que dans le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire.

Dans ces cas, le pouls est petit, dépressible, les veines sont gonflées, les extrémités sont froides, et, d'une façon générale, on constate une différence très notable, exagérée, entre la température périphérique et la température centrale.

Ordinairement ces malades ont de l'apathie, leur intelligence est engourdie. Notre malade est idiote, ce qui est exceptionnel. Les individus atteints de cette lésion de l'artère pulmonaire ont une grande faiblesse musculaire, ils se fatiguent aisément, ils sont facilement essoufflés. Souvent, ils ont des céphalalgies gravatives, des tintements d'oreilles, des lipothymies, des vertiges parfois mortels. Chez les enfants, il existe parfois de l'éclampsie qui les emporte. Les malades sont imparfaitement développés. Les membres sont grêles, la dentition est incomplète, tardive, anomale.

Les doigts sont froids et effilés, mais leurs extrémités sont enflées comme des baguettes de tambour. Il existe une coloration bleuâtre au niveau des ongles.

Trois causes ont été incriminées pour expliquer cette cyanose :

1° Le mélange de deux sangs;

2° L'insuffisance de l'acte respiratoire, l'asphyxie en un mot;

3° La stase périphérique comme dans l'asystolie.

Dans le rétrécissement congénital, je crois que la cyanose est due à la réunion de ces trois causes, c'est pourquoi elle est plus marquée.

J'admets la communication entre les deux ventricules; j'ajoute que les deux oreillettes ne doivent pas être séparées. L'indépendance des deux oreillettes se manifeste après le développement complet de la cloison inter-ventriculaire.

Le pronostic est grave.

L'individu atteint d'un rétrécissement congénital n'arrive que très exceptionnellement à l'âge de ma malade. Celle-ci est restée bien portante jusqu'à ce jour; mais la moindre bronchite ou une complication pulmonaire quelconque, peut entraîner facilement la mort. L'association de diverses lésions congénitales rend le pronostic particulièrement sombre.

Que devons-nous faire? La thérapeutique proprement dite est impuissante. Aucun médicament ne peut modifier des lésions congénitales. S'il survenait des accidents, peut-être l'intervention pourrait être plus efficace. Mais le diagnostic de rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire et le pronostic qui en découlent, mettent dans l'obligation d'établir une hygiène sévère, de régler la vie des malades, de leur conseiller d'éviter toute fatigue et de réduire le fonctionnement du cœur au minimum. C'est tout ce que je puis faire d'utile pour ma malade.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. Laget.

Hystérie et impaludisme.

Par M. le docteur Regnault.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, major de l'Hôtel-Dieu.

Le 17 juin est entré au n° 27 du service de M. le professeur Laget, le nommé X..., âgé de quarante-deux ans, terrassier.

Comme antécédents héréditaires, ses père et mère sont morts, il ignore de quoi, ils n'auraient pas eu de maladies de nerfs. Mais un de ses cousins est mort fou. Ses frère et sœur sont morts en bas âge de convulsions.

Lui-même aurait eu des convulsions jusqu'à l'âge de douze ans. Dans sa jeunesse, il a eu la variole, le croup et la fièvre typhoïde. Il nie toute syphilis.

En 1873, il eut des fièvres intermittentes : les accès ne disparurent qu'au bout de trente-quatre jours et, à la même époque, il éprouvait des tremblements, à droite.

En 1886, il eut de nouveau des fièvres intermittentes quotidiennes qui revinrent à plusieurs reprises.

Dans l'intervalle de ces accès, le 20 août 1888, il fut frappé d'une attaque d'apoplexie : il demeura pendant vingt minutes sans connaissance et, quand il se réveilla, il était atteint d'hémiparésie droite. Trois heures après son attaque, survint un tremblement analogue à l'actuel, et qui revenait aussi par accès tous les matins, tremblement et parésie durèrent jusqu'en octobre.

A cette époque, le malade se rétablit et travaillait, quand, il y a une quinzaine, repris par les fièvres intermittentes, il revint en France.

Dès le 14 juin, il fut repris des mêmes tremblements pour lesquels il entre aujourd'hui à l'hôpital. Il avait alors une fièvre intermittente caractéristique ; le foie débordait de quatre travers de doigt, la rate avait 14 centimètres. Les accès disparurent bientôt par le sulfate de quinine. Mais les phénomènes nerveux persistèrent, c'étaient :

Un tremblement dans toute la partie droite du corps, plus accentué à la jambe. Il avait lieu par accès tous les matins, vers le moment de la visite, et durant quelques heures. Il se produisait dans le repos et disparaissait par le mouvement et cependant revenait lorsque les mouvements étaient longtemps prolongés. Ce tremblement est à grandes oscillations, rythmique, continu. régulier;

Des plaques d'anesthésie multiples, petites et irrégulières aux jambes droite et gauche ;

De la parésie de la jambe droite, il est forcé de s'appuyer sur une canne pour marcher et traîne la jambe d'arrière en avant;

Des sueurs profuses surviennent, après le tremblement, à la partie droite du corps;

De l'aphasie intermittente, pendant quelques instants le malade s'arrête de parler et ne peut trouver ses mots, mais la mémoire revient bien vite ;

De l'anesthésie des globes oculaires et du pharynx, la sensation de boule complètent le tableau. Mais deux symptômes capitaux qui prouvent qu'il ne s'agit pas ici de simulation si, par hasard, on était tenté d'y croire, sont : un hémispasme droit de la face et, quand on fait tirer la langue, elle est déviée à droite ; un rétrécissement concentrique du champ visuel : entre 20 et 30.

Cependant les couleurs sont conservées, mais l'acuité visuelle est plus forte à gauche qu'à droite.

Il y a donc eu ici des accidents d'hystérie réveillés par l'impaludisme.

Le malade a guéri de ses fièvres, mais des symptômes nerveux ont persisté (décembre); l'aimant, les douches ont été essayés, mais en vain.

J'ai endormi le malade, ce qui est facile. Il est également suggestionnable, et quand, dans le sommeil, on lui ordonne de cesser le tremblement, il s'arrête ; mais il reprend à son réveil ou plus tard.

Du reste, si on le fatigue trop, le sommeil se termine par une attaque de nerfs très caractérisée. Aussi la suggestion est-elle restée impuissante en tant que moyen curatif.

Comme conclusion, il ressort que, si la fièvre intermittente peut causer des tremblements et des paralysies, ainsi en témoignent les derniers travaux de Boinet dans la *Revue de médecine*, en quelques cas elle n'en est que la cause provocatrice.

La cause efficiente est alors l'hystérie et on en recherchera les divers symptômes, toutes les fois qu'on sera en présence d'une paralysie et d'un tremblement même paraissant sous la dépendance d'une maladie aiguë infectieuse.

LA FIÈVRE DENGUE

ET L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE A MADRID

Par M. le docteur L. Parody (de Madrid).

Après avoir lu les derniers débats académiques, je crois encore que l'épidémie actuelle de Madrid est la véritable dengue.

J'ai eu occasion de voir dans la région plus méridionale de l'Espagne, pendant plus de vingt ans consécutifs, beaucoup de malades atteints de la dengue.

Depuis l'année 1863, jusqu'à ce jour, ces contrées ont souffert huit épidémies de cette fièvre qui ont fait un grand nombre de victimes. Chacune a fait son apparition dans une saison différente et avec des symptômes bien variables : la fièvre, intense chez quelques-uns, était chez les autres presque imperceptible : tantôt c'étaient les douleurs lombaires, tantôt les céphaliques qui dominaient; quelques malades avaient l'éruption caractéristique, d'autres ne l'avaient pas.

Cette diversité de symptômes fait trouver, dans ces épidémies de fièvre dengue, une certaine ressemblance avec ce qui se passe dans ces contrées pour les épidémies de la rougeole, de la scarlatine, de la variole et de la typhoïde.

Les symptômes plus importants, qui n'ont jamais fait défaut dans les épidémies dont je m'occupe, sont ceux-ci : froid initial, céphalalgie oculaire et supra-orbitaire. Fièvre de 39 à 40 degrés, de douze à quarante heures de durée avec rémission intermédiaire, langue saburrale, inappétence complète et une grande faiblesse, les jours suivants.

Le tableau symptomatique est celui-ci :

1° Froid intense plus prolongé et avec moins d'intervalle que dans l'invasion des autres fièvres ;

2° Douleurs oculaires et supra-orbitaires, douleurs aux genoux, aux tibias, dans la région lombaire et sous les côtes ;

3° Fièvre de 39 à 40 degrés et même plus, qui dure pendant douze ou vingt-quatre heures avec rémission intermédiaire ;

4° Il se présente quelquefois une éruption de petites papules, qui siège à la face et au niveau des jointures et qui disparaît dans les trois à douze heures sans desquamation ;

5° Langue blanchâtre du second au troisième jour ;

6° Constipation et inappétence complète ;

7° Sueurs profuses après la rémission, qui déterminent quelquefois des *sudamina* avec desquamation dans les jours suivants ;

8° Convalescence de quatre à dix jours, pendant laquelle persistent généralement les douleurs et l'inappétence ;

9° Dans les cas où l'éruption ne se présente pas, et où les sueurs ne sont pas abondantes, on voit, dans la partie postérieure de la bouche, quelques plaques rouges : ces plaques sont suivies d'un catarrhe pharyngien, qui s'étend quelquefois aux bronches et aux poumons, produisant des bronchites d'une très longue et pénible convalescence ;

10° L'adynamie de la convalescence dure de six à quinze jours.

Finalement, dans beaucoup de cas, la fièvre dengue est si peu grave que le malade n'est pas obligé de garder le lit, pendant la période aiguë qui, alors, est très courte. Mais la convalescence se charge de lui rappeler, pendant huit ou dix jours, les quelques heures qu'il a eues de maladie.

L'épidémie, qui règne actuellement à Madrid, a les mêmes caractères que celles que j'ai eu occasion d'observer en Andalousie.

Pendant les premières heures de la fièvre, la peau s'hyperhémie par zones irrégulières, mais avec moins d'intensité que dans les villes du Sud, en pareil cas ; et le catarrhe, qui commence ordinairement pendant la convalescence (ou pendant la période apyrétique de la maladie), est plus intense dans cette localité, où l'on observe fréquemment des cas de broncho-pneumonie grave.

NOUVELLE MODIFICATION DU PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Par J. Lister.

Pour traiter d'une façon antiseptique une plaie quelconque, il faut enlever tout ce qu'il y a de septique et mettre, sur la solution de continuité, un pansement composé de telle façon que la substance microbicide qui l'imprègne conserve toute son action jusqu'au jour du renouvellement du pansement.

« Le corps qui me paraît devoir répondre le mieux à cette indication est une sorte de sel double, insoluble dans l'eau, composé de mercure et de cyanure de zinc. Ce n'est pas, à vrai dire, un véritable cyanure double, car la proportion du mercure est plus faible que dans un véritable cyanure double. »

Le cyanure de mercure et de zinc est coloré avec des couleurs d'aniline. Grâce à cette matière colorante, la gaze imprégnée de cyanure conserve plus longtemps son pouvoir antiseptique.

Lister emploie le violet de gentiane à la dose de 1 p. 50000.

Voici comment il faut faire le pansement :

On prend 1 gramme de cyanure de mercure et de zinc, qu'on fait dissoudre dans 15 onces d'une solution de sublimé à 1 p. 4000; on trempe dans cette solution, jusqu'à ce qu'elle en soit bien imprégnée, la gaze qu'on colore ensuite avec du violet de gentiane (1 p. 50000).

Pour que la gaze ne soit pas irritante, il faut avoir soin de la laver avec l'excédent de sel de mercure et de zinc. Le meilleur liquide à employer pour cela est une solution d'acide phénique à 1 p. 20. (*Bulletin médical.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES VOIES COLLATÉRALES DE LA CIRCULATION VEINEUSE DU MEMBRE INFÉRIEUR,

Par MM. Jaboulay et Condamin.

Il existe trois grandes voies collatérales principales, par lesquelles peut se faire le retour du sang veineux dans les cas d'oblitération de la veine fémorale :

1° Une voie postérieure, la plus large, empruntant les veines ischiatiques et fessières ;

2° Une voie antéro-interne, par l'intermédiaire des veines honteuses externes, obturatrices, et quelques veinules du côté opposé ;

3° Une voie postérieure, profonde, empruntant les veines rachidiennes sacrées, lombaires et azygos.

Ces deux dernières voies sont bien moins importantes que la première. (*Lyon médical.*)

EXTRACTION DES CALCULS DE L'URÈTHRE.

Par M. le docteur Créquy,
Médecin en chef des Chemins de fer de l'Est.

Nous avons publié, dans la *Gazette des hôpitaux* (1), un procédé très simple d'extraction des corps étrangers de l'œsophage, par M. Créquy.

Nous publions aujourd'hui un nouveau mode d'extraction des calculs de l'urèthre que le même praticien a employé dans les circonstances suivantes :

« Un ouvrier de la Compagnie du gaz se présente à ma consultation, me disant qu'il ne peut uriner par suite de l'arrêt d'un calcul dans le canal de la verge. Je pris une bougie olivaire n° 8, je fixai sur l'olive un fil assez résistant et fis pénétrer sans trop de difficulté l'olive armée de son fil au delà du calcul. J'introduisis alors un mandrin assez résistant jusqu'au point où la bougie commence à se rétrécir, ce que j'avais eu soin de déterminer d'avance par un point de repaire qui était simplement un peu de coton enroulé autour du mandrin.

Ceci fait, je tirai sur le fil en maintenant solidement la bougie et le mandrin ; l'olive se replia en formant une anse dans laquelle se trouva le calcul, j'attirai doucement au dehors ce petit appareil et je ne vous dissimule pas que ma joie fut grande, lorsque j'aperçus le calcul.

Les douleurs éprouvées par le patient furent très modérées et c'est à peine s'il perdit quelques gouttes de sang ; le lendemain il reprenait son service. »

---

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1184.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique (1), publiée sous la direction du docteur J. Rochard.

Nous avons entre les mains le premier volume de l'« Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique », publiée sous la direction de M. J. Rochard.

Les progrès considérables, réalisés dans la connaissance des maladies et l'art de les guérir, résultent surtout de la notion plus parfaite des causes de ces maladies.

L'étiologie et la pathogénie sont devenues la grande préoccupation de notre époque. La conséquence immédiate et nécessaire a été de donner à la prophylaxie une importance primordiale. Grâce à des précautions opératoires, à une minutie de pansement qui ne sont, à bien prendre les choses, que des mesures prophylactiques, la thérapeutique chirurgicale a obtenu des résultats merveilleux. La thérapeutique médicale a marché d'un pas plus lent, il faut bien le reconnaître. Mais la science qui a surtout gagné, qui a subi une rénovation véritable : c'est l'hygiène, — l'hygiène, qui est surtout la science de la prophylaxie, basée sur la connaissance des conditions étiologiques et pathogéniques.

Elle s'occupe non seulement de la protection des individus, mais encore, et avant tout, de la sauvegarde des nations. C'est elle qui trace les règles pour la bonne ordonnance des habitations, l'assainissement des villes ; c'est elle qui indique quelles précautions doivent être prises contre l'envahissement des épidémies nées à l'étranger, contre la naissance des épidémies autochtones. Rien d'étonnant dès lors à ce qu'elle ait pris un des premiers rangs dans les sciences médicales, à ce qu'elle ait appelé l'attention des médecins les plus éminents, des ingénieurs et des législateurs. La question de l'hygiène est une question sociale.

Cependant les multiples données scientifiques relatives à l'hygiène sont éparses de divers côtés. Il importe de les réunir, de les grouper, de là l'Encyclopédie dont M. J. Rochard entreprend la publication. Il s'est assuré la collaboration de savants éminents connus par leurs études spéciales : MM. Proust, Brouardel, Grancher, Armand Gautier, Nocard, Straus, Gariel, A.-J. Martin, etc. Il faudrait les citer tous.

L'ouvrage comprendra huit volumes qui paraîtront par fascicules de mois en mois ; il sera complet en trois ans.

Le premier volume renferme une introduction anthropologique, par M. A. de Quatrefages ; un chapitre de démographie, par M. J. Bertillon ; un chapitre de climatologie, par MM. Le Roy de Méricourt et Eugène Rochard ; un chapitre de pathogénie, par M. J. Rochard, et enfin un chapitre d'épidémiologie, par M. Léon Collin. On voit que le cadre du traité a été largement tracé et que l'on y verra figurer toutes les branches de la science, et elles sont nombreuses, qui fournissent à l'hygiène des données importantes. L'hygiène est, par nature, destinée à emprunter ses éléments un peu de tous côtés.

Disons, du reste, pour terminer, que « l'Encyclopédie » sera divisée en dix livres : l'hygiène générale (c'est la partie publiée) ; l'hygiène alimentaire ; l'hygiène urbaine ; l'hygiène rurale ; l'hygiène hospitalière et l'assistance publique ; l'hygiène industrielle ; l'hygiène militaire ; l'hygiène navale ; l'hygiène infantile ; l'hygiène internationale et administrative.

Nous souhaitons à cette publication, si opportune, le beau succès qu'elle mérite.

Syphilis et paralysie générale (2), par A. Morel-Lavallée et L. Bélières.

M. Morel-Lavallée ayant bien voulu écrire pour la *Gazette des hôpitaux* une revue d'ensemble sur la syphilis et la paralysie générale, nous nous abstiendrons de donner, ici, le résumé de cet ouvrage intéressant, destiné à faire quelque bruit. C'est une très grosse question que celle des rapports de la paralysie générale et de la syphilis, question tout aussi grosse et tout aussi importante que celle des rapports du tabes dorsal et de la vérole. Faisons remarquer, à ce point de vue, qu'on a de plus en plus tendance à rapprocher le tabes de la paralysie générale : il semble qu'il s'agisse de processus anatomiques très voisins, localisés dans la moelle ou dans le cerveau. On a même prétendu que, dans le tabes, il y avait toujours des lésions cérébrales tout à fait analogues à celles de la péri-encéphalite diffuse.

Ceux que la question intéresse se reporteront à l'original, au livre même de MM. Morel-Lavallée et Bélières ; ils y trouveront rassemblés et clairement exposés les arguments que l'on peut faire valoir, dès maintenant, pour faire dériver de la syphilis divers types cliniques de la paralysie générale vraie ou de la pseudo-paralysie générale.

Des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier (1), étude clinique et anatomo-pathologique, par Mme Dejerine-Klumpke.

La thèse de Mme Dejerine-Klumpke, ancien interne des hôpitaux de Paris, représente un travail considérable consacré à l'étude des polynévrites et plus particulièrement de la névrite saturnine. L'auteur a pensé que, pour bien connaître les névrites saturnines, et les estimer à leur juste valeur, il fallait les rapprocher des autres névrites, et les considérer à la place qu'elles doivent naturellement occuper en physiologie pathologique et en clinique. C'est le moyen d'en faire ressortir la signification séméiologique.

Ce qui caractérise surtout et différencie les névrites, c'est leur étiologie. De là la classification proposée par Mme Dejerine. Les névrites sont *infectieuses* ou *toxiques*.

a. Les premières peuvent survenir au cours ou dans la convalescence de maladies infectieuses :

1° *Aiguës*, telles que la diphthérie, la fièvre typhoïde, la variole, la fièvre rhumatismale, etc.

2° *Chroniques*, telles que la tuberculose, la syphilis, la lèpre, etc.

b. Elles peuvent survenir d'emblée comme dans le béribéri ; comme dans certaines névrites aiguës, de cause indéterminée ; dans ces dernières rentreraient peut-être certaines des névrites dites spontanées de Leyden.

Les secondes, les *névrites toxiques*, reconnaissent pour cause l'action d'agents nombreux : le plomb, l'alcool, l'arsenic, l'oxyde de carbone, le sulfure de carbone, le mercure, etc.

Les polynévrites aiguës fébriles sont des plus intéressantes. Les divers processus morbides qu'elles déterminent ont été, pendant longtemps, rapportés à une lésion de la moelle ; l'atrophie musculaire, si fréquente dans ces conditions, était bien faite pour amener à supposer une lésion des cornes antérieures de la moelle et plus particulièrement de leurs grandes cellules. Ces lésions toutefois échappaient aux recherches des observateurs les plus compétents, les plus consciencieux, malgré les procédés de technique les plus perfectionnés. Ce fut donc un grand progrès que de démontrer que de prétendus cas de paralysie générale spinale antérieure subaiguë, que des paralysies progressives ascendantes, du type de Landry, n'étaient que des cas de polynévrite généralisée. L'intérêt n'est pas seulement théorique, anatomo-pathologique, mais aussi clinique et pronostique, puisque la plupart de ces cas de polynévrite aboutissent à la guérison.

Mme Dejerine, après cette revue rapide des polynévrites en général, entre dans la partie principale de son sujet : l'étude des paralysies et des atrophies saturnines. Elle les considère dans leurs diverses modalités. On trouvera dans son exposé un grand luxe de détails et de documents. Elle passe successivement en revue les formes localisées, les plus habituelles de beaucoup, qui

(1) Prix de chaque fascicule 3 fr. 50. L'ouvrage complet, à forfait, 120 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

(2) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

comprennent : le type antibrachial, paralysie des extenseurs, type vulgaire ; le type supérieur ou scapulo-huméral ; le type inférieur, péronien ; et, enfin, les paralysies laryngées.

Les *formes généralisées*, plus rares, à généralisation lente ou rapide, sont des plus importantes au point de vue de la pathologie générale ; malheureusement, elles sont moins bien déterminées, à cause de leur rareté même.

Un chapitre est consacré à l'étude de la valeur séméiologique des localisations musculaires saturnines. Ce qui en ressort nettement, c'est qu'il n'y a pas de localisation paralytique ou atrophique qui soit pathognomonique du saturnisme. Le type antibrachial lui-même, la paralysie des extenseurs avec conservation du long supinateur, n'est pas exclusivement le résultat de l'intoxication par le plomb. Il peut être réalisé par d'autres processus. On lira avec intérêt et profit cette étude sur la valeur symptomatique de la paralysie des extenseurs ; de la paralysie ou de l'atrophie du groupe scapulo-huméral de Duchenne-Erb ; de l'atrophie musculaire du type Aran-Duchenne ; et des divers types paralytiques susceptibles d'être rencontrés aux membres inférieurs.

La troisième partie du travail que nous analysons est consacrée à l'anatomie pathologique. La lésion dans ces diverses névrites est tout à fait banale : segmentation de la myéline ; multiplication des noyaux ; à un degré plus avancé, disparition du cylindre-axe, ce sont là des éléments communs à la dégénérescence wallérienne et à la plupart des névrites. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant, c'est le groupement, la répartition topographique de ces lésions.

Mme Dejerine rapporte, à ce point de vue, une observation précieuse. Elle a, chez un saturnin, atteint de paralysie des extenseurs, disséqué le plexus brachial de ses racines à ses ramuscules de terminaison, et elle en a pratiqué l'examen histologique sur toute la hauteur, de centimètre en centimètre. Les filets nerveux dégénérés, assez rares sur le cubital, le médian et le musculo-cutané, étaient, au contraire, très nombreux sur le radial.

Les filets terminaux étaient de beaucoup les plus malades. A la partie supérieure, il n'a pas été possible de retrouver de filets lésés au niveau des racines. La lésion est donc bien périphérique dans son origine, et est restée périphérique dans son évolution. Du reste, la moelle cervicale était normale sur toute sa hauteur. La paralysie saturnine n'est donc pas le résultat d'une lésion médullaire.

Les observations, par lesquelles on a cherché à démontrer le contraire, n'ont qu'une valeur très relative : dans une seule d'entre elles, la réalité des lésions de la moelle peut être admise.

Nous citons spécialement cette observation, parce qu'elle a demandé un travail considérable et une inépuisable patience ; enfin, et surtout, parce qu'elle est la seule dans la science dans laquelle les recherches aient été aussi complètes et qu'elle met en plein jour la nature névritique de la paralysie saturnine.

Le mémoire de Mme Dejerine est, du reste, très riche en documents, personnels ou bibliographiques, et l'on ne peut trop admirer le soin consciencieux avec lequel ont été recueillis ces matériaux. Nous possédons maintenant une monographie complète des paralysies et atrophies saturnines ; monographie dans laquelle, chose plus précieuse encore, ces atrophies et paralysies sont mises à leur juste place, et rigoureusement interprétées au point de vue de leur signification séméiologique.

Albert Mathieu.

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales (1), par MM. F. Gross, Rohmer et Vautrin.

Ce n'est pas un simple manuel que le professeur de Nancy livre aujourd'hui au public médical. C'est presque un traité de pathologie chirurgicale. Son livre s'adresse à la fois à l'étudiant et au praticien qui désire savoir où en sont arrivées les connaissances scientifiques sur tel ou tel point de la chirurgie. Les opérations les plus récentes, l'état actuel de la thérapeutique ont été résumés d'une façon aussi complète que possible, et, en parcourant l'ouvrage des professeurs de Nancy, on reconnaît qu'ils ont puisé aux sources les plus récentes, et que leurs indications bibliographiques, soigneusement vérifiées, peuvent servir de guide à ceux qui désireront approfondir les questions qui les intéressent.

Le premier volume, qui paraît actuellement, comprend les affections chirurgicales de la tête ; c'est-à-dire les maladies du crâne, du cerveau, de la face, de l'appareil de la vision, de l'audition, de l'olfaction, des maladies de la bouche et de ses dépendances.

On est étonné de voir ainsi les auteurs aborder d'emblée la *pathologie chirurgicale spéciale*, sans avoir fait précéder leur publication d'un livre de *Pathologie générale*. Ce plan leur a paru imposé par l'évolution continue et rapide de la science, qui se trouve dans un état de rénovation incessante ; il en résulterait que « les chapitres écrits aujourd'hui, au début de leur entreprise, ne répondraient plus à l'état de la science lorsqu'ils auraient terminé leur tâche ».

La raison nous semble un peu spécieuse. La pathologie spéciale n'est-elle pas l'application constante des principes de la pathologie générale, et, quoi qu'en puissent dire les auteurs, leur livre actuel n'est que le reflet des idées et des doctrines qu'ils ont puisées dans les connaissances générales actuelles, et si la pathologie générale subit une évolution incessante, pensent-ils que la pathologie spéciale n'en subira aucune atteinte? Évidemment non. Il existe, d'ailleurs, quelque inconvénient à cette manière de faire. Ainsi, nous lisons au chapitre des tumeurs vasculaires et des angiomes du cuir chevelu : « Le traitement est celui des angiomes en général. » Cela est vrai. Mais le lecteur ne serait pas fâché de savoir quel est ce traitement des angiomes en général, pour l'appliquer aux angiomes de la région cranienne. Nous pourrions multiplier les exemples. Il s'ensuit fatalement que le lecteur se voit obligé de chercher ailleurs les renseignements qu'il ne saurait trouver dans ce livre. Aussi c'est à l'étudiant déjà préparé par d'autres lectures, et non au débutant, que nous recommandons le nouveau livre de pathologie chirurgicale. Mais cette réserve faite, il serait injuste de ne pas reconnaître la haute valeur de cette œuvre nouvelle, qui tient certainement une des meilleures places parmi nos livres de chirurgie française.

Maladies de la langue (1), par Henry Butlin.

L'ouvrage du professeur de St-Bartholomew's Hospital, dont nous rendons compte actuellement, a été traduit en français par le docteur Douglas Aigre, qui s'est borné à être l'interprète fidèle et clair de l'auteur.

Le livre du professeur Butlin traite de toutes les affections de la langue, et constitue un véritable livre de séméiologie où toutes les affections similaires sont groupées par chapitre, analysées étudiées et comparées entre elles. On prendra une idée fort nette de l'ouvrage par l'énoncé de quelques-uns de ces chapitres, qui feront bien voir dans quel esprit le livre a été conçu. C'est ainsi que nous relevons les titres suivants : des changements de coloration de la langue, des taches et plaques, des ulcères, des nodosités de la langue ; de telle sorte qu'un médecin en face d'un cas difficile, peut, à la lecture d'un de ces chapitres, puiser tous les renseignements dont il a besoin pour parfaire un diagnostic qui l'embarrasse.

Une telle méthode n'est pas toujours facile à suivre dans un traité de pathologie externe. Mais, pour la langue, dont les affections sont restreintes et peuvent facilement se grouper, il nous semble que Butlin a eu raison d'adopter l'ordre qu'il a suivi, et cela malgré des redites inévitables, et bien que, dans une telle façon de procéder, la description de maladies univoques, mais à

(1) In-8°, t. Ier. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) In-8°, 422 pages. Prix : 8 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

manifestations diverses, se trouve ainsi scindée en chapitres différents et sans lien apparent avec les chapitres voisins.

Ajoutons que la valeur scientifique de l'ouvrage va de pair avec son importance pratique.

A. RICARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er janvier 1890, M. le docteur Gariel a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Hainaut, médecin de la Roquette; Meleux, directeur de l'École de médecine d'Angers; Ribell, chirurgien en chef honoraire des hôpitaux de Toulouse.

— M. le docteur Jules Simon reprendra ses leçons cliniques à l'hôpital des Enfants-Malades, le mercredi 15 janvier, et les continuera les mercredis suivants. — Consultations le samedi matin à neuf heures.

— M. le professeur Ball reprendra son cours à l'asile Sainte-Anne, le jeudi 9 janvier, et le continuera les dimanches et jeudis suivants. — Le dimanche 12, il traitera de la folie menstruelle.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie avait, dans ses dernières séances, ouvert la discussion sur la prophylaxie de la tuberculose. Cette discussion n'avance pas et le vide se fait sur les bancs. On vient se buter, comme il était présumable, contre le danger de jeter les inquiétudes les plus vives dans les familles. Les crachats doivent être détruits, voilà ce qui ressort surtout des débats. Prescrire le régime gras, l'huile de foie de morue et ses succédanés. Telles sont les conclusions de M. Germain Sée.

M. Widal demande qu'on n'envoie en Algérie que les tuberculeux n'ayant pas encore atteint la période cavitaire.

Enfin, M. Trélat demande le vote des conclusions de la Commission. Elles n'ont, à ses yeux, rien d'effrayant pour le malade et rien qui puisse inquiéter son entourage.

Et nous voici revenus ainsi au point de départ de la discussion. Attendons le vote académique.

Avant cette discussion, M. Commenge avait fait une intéressante communication sur la prostitution étudiée à Paris de 1878 à 1887.

Nous attirons enfin l'attention de nos lecteurs sur la remarquable étude consacrée par M. Brouardel à l'hygiène scolaire, et sur les curieuses observations de projectiles de guerre, rapportées par M. Bonnafont ; étude et observations académiques dont nous avions réservé la publication.

HYGIÈNE SCOLAIRE

Sur les améliorations introduites par le Conseil supérieur de l'instruction publique dans le régime des établissements d'enseignement secondaire.

Par M. P. BROUARDEL.

Dans sa séance du 9 août 1887, après une longue discussion sur le surmenage intellectuel dans les écoles et les lycées, l'Académie de médecine votait des conclusions que je vous demande la permission de rappeler; elles étaient ainsi conçues :

« L'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de modifier, conformément aux lois de l'hygiène et aux exigences du développement physique des enfants et des adolescents, le régime actuel de nos établissements scolaires.

Elle pense :

1° Que les collèges et lycées pour les élèves internes doivent être installés à la campagne ;

2° Que de larges espaces bien exposés doivent être réservés pour les récréations ;

3° Que les salles de classe doivent être améliorées au point de vue de l'éclairage et de l'aération.

Sans s'occuper des programmes d'études, dont elle désire d'ailleurs la simplification, l'Académie insiste particulièrement sur les points suivants :

1° Accroissement de la durée du sommeil pour les enfants ;

2° Pour tous les élèves, diminution du temps consacré aux études et aux classes, c'est-à-dire à la vie sédentaire, et augmentation proportionnelle du temps des récréations et exercices ;

3° Nécessité impérieuse de soumettre tous les élèves à des exercices quotidiens d'entraînement physique proportionnés à leur âge (marches, courses, sauts, formations, développements, mouvements réglés et prescrits, gymnastique avec appareils, escrimes en tous genres, jeux de force, etc.). »

Les vœux, votés par l'Académie à une forte majorité, ont vivement ému l'opinion et n'ont pas trouvé l'Université indifférente.

Dans la session du Conseil académique de juillet 1887, M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris, rappelait avec raison que des réformes visant le même but avaient déjà été faites par l'Université ; les lycées de Vanves, de Lakanal, avaient été construits à la campagne; Jeanson-de-Sailly touche au Bois de Boulogne. Des courses, des jeux en plein air étaient, autant que possible, substitués aux récréations monotones dont chacun de nous a gardé le souvenir. M. Gréard ne se plaignait pas, il s'applaudissait de voir ces questions portées devant l'opinion publique par une Compagnie dont l'autorité en nature d'hygiène ne peut être contestée.

Peu de temps après, et pour répondre à vos vœux, une Commission, nommée par M. le ministre de l'Instruction publique, préparait des réformes dans les programmes et la règle des écoles primaires et des écoles normales primaires supérieures. Le Conseil supérieur de l'instruction

publique les accueillait avec faveur et elles étaient votées, dès 1888.

Je ne veux pas les relater en détail, elles étaient inspirées par vos travaux, mais je passe sur ce point parce que je tiens à vous indiquer avec quelque précision les résultats de votre intervention dans les programmes et la règle des lycées et des collèges; ceux-ci vous sont plus familiers.

Le travail a été préparé par une grande Commission dont faisaient partie, à titre de membres de l'Académie de médecine, MM. Bouchard, Proust, Dujardin-Beaumetz, Lagneau, Perrin, Rochard et Brouardel. Avec quelques autres collègues de l'Université, les membres de l'Académie constituèrent une sous-commission dite d'hygiène. Celle-ci trouva dans M. Maneuvrier, ancien élève de l'École normale, un homme convaincu, connaissant bien les difficultés auxquelles nous allions nous heurter et décidé à les faire disparaître.

Les conclusions furent successivement revisées par la Commission tout entière, par la section permanente du Conseil supérieur, enfin par le Conseil supérieur de l'instruction publique. Chargé, dans ces derniers conseils, de soutenir seul avec M. Gavarret les conclusions de la Commission d'hygiène, je n'ai peut-être pas obtenu tout ce qu'espéraient mes collègues; mais je dois déclarer, parce que c'est la vérité, que j'ai trouvé les membres de l'Université pénétrés de l'importance de la question que vous aviez soulevée, très désireux de chercher les solutions qui permettaient de donner satisfaction aux vœux que vous avez émis, sans nuire cependant à la culture intellectuelle qu'ils considèrent, ainsi que les pères de famille qui leur confient leurs enfants, comme indispensable pour la préparation des carrières libérales. Je suis persuadé que je suis l'interprète des sentiments de mes collègues de l'Académie en leur exprimant nos remerciements. Sans eux, nous ne pouvions tenter aucune réforme; sans leur concours, celle qui est obtenue resterait stérile et l'échec retomberait sur ceux qui en ont été les promoteurs ou les défenseurs.

Pour la durée du travail sédentaire, voici le tableau qui vous permettra d'apprécier l'importance de la réforme :

HEURES CONSACRÉES CHAQUE JOUR AU TRAVAIL SÉDENTAIRE

INDICATION des CLASSES.	AGE MOYEN.	SITUATION actuelle.	PROPOSITION du recteur.	PROPOSITION de la Commission.	DÉCISION du Conseil supérieur de l'instr. publ.
Classes primaires . . .	7 et 8 ans.	10 h.	6 h.	5 h.	6 h.
Classes élémentaires. .	9 et 10 ans.	10 h.	6 h.	6 h.	6 h.
Classes de grammaire.	11, 12, 13 ans.	10 h.	7 h.	7 h.	8 h.
3e, 2e, Mathématiques préparatoires.	14, 15 ans.	12 h.	8 h.	8 h.	10h hiver 10h½ été
Rhétorique, philosophie, mathématiques élémentaires	16, 17 ans.	12 h. 13 avec la veillée.	9 h.	8 h.	*Id.*
Mathématiques spéciales	18, 19 ans.	*Id.*	10 h.	9 h.	*Id.*

Le maximum des heures de travail sédentaire (classes et études, y compris le dessin) est fixé de telle sorte que nous avons obtenu une réduction de quatre heures pour les élèves de sept à dix ans, et une réduction de deux heures pour ceux de onze à dix-sept ans. La veillée est supprimée.

Vous pouvez voir que, malheureusement, nous n'avons pu rien diminuer à la durée des études dans les divisions où se préparent les jeunes gens qui se destinent aux grandes écoles du gouvernement; c'est que la cause principale du mal échappe au ministre de l'Instruction publique. Elle réside, surtout pour les élèves des classes supérieures, dans la préparation aux grandes écoles de l'État. Les programmes et les conditions de ces concours ne dépendent pas de l'Université, et régentent pourtant tout le régime de l'Université, depuis les classes élémentaires jusqu'aux mathématiques spéciales. Quoi que fasse l'Université, quels que soient les réglements nouveaux qu'elle élabore, on n'empêchera pas certains parents de « surmener » leurs enfants dès la septième année, en vue de l'École polytechnique. On n'empêchera pas certains candidats de se condamner d'eux-mêmes, pendant des semaines et des mois, à des réclusions rigoureuses, s'ils se figurent que ces réclusions augmentent leurs chances de succès.

Le Conseil supérieur, ne pouvant opérer aucune suppression dans ces programmes trop chargés, de l'avis de tous, a émis à l'unanimité le vœu suivant : « Il y aurait de sérieux avantages à ce que ces programmes fussent élaborés par une Commission mixte où siégeraient les représentants du ministère de l'Instruction publique et ceux des ministères auxquels ressortissent les Écoles en question. »

D'importantes coupures ont été faites en même temps dans les programmes dont l'Université est maîtresse.

La durée de la récréation dans les lycées, est actuellement, par jour, de deux heures et demie pour les grands élèves et de trois heures et demie pour tous les autres.

La règle sera maintenant : pour les enfants des classes primaires et élémentaires, six heures et demie; — pour les classes de grammaire et pour ceux des classes de troisième et de seconde, cinq heures et demie; — pour les élèves des classes de rhétorique, philosophie, mathématiques, quatre heures et demie.

Dans l'esprit des diverses Commissions qui ont réglé ces heures de récréation, il ne s'agit nullement de perdre tout ce temps, mais de le consacrer à l'éducation physique et, du même coup, à l'éducation morale.

Il sera organisé un enseignement gymnastique donnant lieu à des exercices quotidiens, d'une durée minimum de trente à quarante-cinq minutes.

Nature des exercices. — Cet enseignement sera gradué et exactement proportionné à l'âge, ou plutôt à la force physique des élèves.

1° *Pour les petits et les moyens* : Pour les élèves des divisions primaires et élémentaires, on s'attachera tout d'abord aux mouvements simples, aux exercices d'assouplissement, de marche, de course, de saut, de danse, etc.

On rompra ensuite les enfants aux mouvements *préparatoires* de toutes les escrimes de défense et d'attaque, boxe, canne, bâton, précédant le maniement du fleuret et du sabre.

Partout où les circonstances le permettront, on leur apprendra à se servir des armes de tir, à nager, à ramer et à monter à cheval.

2° *Pour les grands :* Ce n'est que par voie de gradation continue et après des préparations longues et prudentes que les élèves des divisions supérieures seront amenés à la gymnastique athlétique proprement dite (travail aux agrès, trapèze, barres parallèles, etc.) et aux exercices de lutte et d'assaut.

Les séances fatigantes, exigeant une grande dépense de force musculaire et nerveuse, seront réservées aux dimanches et aux jours pendant lesquels le travail intellectuel est suspendu.

Élèves qui devront prendre part aux exercices. — Les classes d'éducation physique, à moins de dispenses du médecin, seront obligatoires pour tous les élèves internes.

Les élèves externes pourront y prendre part, sur la demande expresse des parents.

Dépenses. — Pour procurer, à moins de frais et d'une façon plus complète, ces divers enseignements gymnastiques à tous les élèves, on s'efforcera d'organiser dans les lycées, comme cela se fait dans les régiments, l'instruction mutuelle, et on fera appel au concours des autorités militaires.

Sanction des exercices physiques. — Les sanctions attachées aux exercices physiques seront de même nature et de même valeur que celles établies pour l'enseignement classique : mêmes récompenses, mêmes notes prises en égale considération pour le prix d'excellence. On s'efforcera d'obtenir que, pour entrer aux écoles de l'État, de sérieux coefficients relèvent l'importance des épreuves physiques.

Organisation des récréations proprement dites. — Il sera réservé chaque jour aux enfants, sans préjudice des repos moins prolongés qui suivront les classes et les études, une grande récréation d'au moins une heure et demie. Cette récréation sera prise au grand air et aux heures de la journée les plus convenables, suivant les saisons et les circonstances.

REMARQUE. — *Les administrations s'efforceront d'obtenir que les élèves* jouent *pendant la récréation. Elles autoriseront la formation de petites sociétés de sport et de jeux autonomes et responsables ; elles faciliteront de leur mieux l'organisation des parties, soit pendant les récréations dans les cours du lycée, soit pendant les promenades et excursions au dehors. Ces exercices ne seront hygiéniques que si on sait les rendre attrayants.*

Exercices militaires. — L'instruction militaire des élèves devra surtout comprendre les exercices de tir et d'équitation. Quant à l'organisation en bataillons scolaires et au maniement technique des armes, la Commission n'y ajoute qu'une importance secondaire ; elle les verrait même disparaître sans regret.

Éducation artistique et morale. — Une part des loisirs quotidiens ou hebdomadaires sera réservée à des récréations d'un ordre artistique et moral qui, en occupant l'imagination des enfants et en les défendant de l'ennui, sont les plus précieux auxiliaires de la moralité et de l'hygiène.

Je sais, et les membres de l'administration ne l'ont pas caché, que cette organisation ne pourra pas se faire partout et sans délai. Quelques établissements, anciennement construits, ne se prêtent pas à cette nouvelle façon de joindre l'éducation physique à l'instruction anciennement donnée par l'Université. Mais il est entendu que, dès maintenant, on va chercher à améliorer ou à reconstruire ceux des lycées et collèges qui laissent le plus à désirer. Il est admis que la règle ne pourra pas être la même partout ; que certains lycées, dont les cours sont trop étroites, profiteront du voisinage de la campagne pour que les exercices se passent en plein air, plutôt que dans les espaces où la promenade circulaire et monotome était imposée par les surfaces restreintes dont on disposait.

Il est admis que les heures de récréation pourront être appropriées au climat et aux circonstances ; qu'à Montauban, on pourra, pendant l'été, ne pas faire les exercices en plein air à la même heure qu'à Paris.

On nous a demandé de préparer un règlement modèle destiné à indiquer quelles sont les exigences de l'hygiène au point de vue des dortoirs, des classes, des études, des water-closets, de l'éclairage, de la ventilation.

Ce règlement est fait, il servira à l'amélioration des anciens lycées, autant qu'il sera possible, et sera utilisé et appliqué lors de la construction des nouveaux.

L'alimentation a été l'objet d'indications nouvelles.

Enfin, pour répondre au vœu de l'Académie, la durée du sommeil a été allongée. Un minimum de sommeil effectif de dix heures sera assuré aux élèves jusqu'à l'âge de quinze ans, et un minimum de neuf heures au delà de quinze ans.

Telles sont les réformes principales ayant plus particulièrement en vue l'hygiène des élèves, que vient d'adopter le Conseil supérieur de l'instruction publique. Elles en entraîneront d'autres dans les programmes des baccalauréats, et peut-être même dans leur organisation. Le Conseil est prévenu qu'il en sera saisi à la session du mois de juillet.

Si quelques-uns des membres de l'Académie, qui faisaient partie de la Commission préparatoire, trouvent que toutes les réformes demandées n'ont pas été obtenues, je les prie de pardonner à celui qui a eu l'honneur de parler en leur nom au Conseil supérieur.

Il plaide non coupable. Alors même qu'il aurait pu obtenir plus, ce qui ne lui est pas démontré, il n'aurait pas osé le demander. Il ne faut pas se dissimuler, en effet, que nous avons devant nous deux obstacles. Les membres de l'Université ont une qualité dominante : ils croient à la valeur de leur enseignement spécial. Comment pourraient-ils entraîner leurs élèves qui, tous, ne se surmènent pas volontiers, s'ils n'avaient cette conviction que leur intervention est utile, indispensable à une bonne éducation ? Porter sur les matières des programmes une main lourde, serait créer des résistances auxquelles leur ténacité journalière assurerait le succès.

L'autre obstacle est plus sérieux encore. Les pères et les mères de famille désirent, en thèse générale, que les lycées soient en plein air, à la campagne ; ils désirent que la vie du lycée soit moins claustrale et assure, par des exercices journaliers, la vigueur, la résistance physique de leurs enfants ; mais, dès qu'on veut appliquer cette thèse générale au cas particulier, on voit que les parents ne mettent pas volontiers leurs enfants dans les lycées un peu éloignés du centre des villes, et les médecins savent que, même avec la minime dose d'exercices physiques imposés actuellement aux enfants, les mères de famille viennent les assiéger pour obtenir des dispenses de gymnastique, de promenade, etc.

Décréter par règlement administratif une réforme radicale aurait, si cela avait été possible, assuré à l'hygiène un échec lamentable, et l'insuccès aurait été exploité pendant des années, au grand détriment de nos jeunes collégiens.

J'estime, pour ma part, que l'Académie de médecine a fait son devoir, que l'Université a fait le sien. Il nous reste à tous à ne pas nous décourager, et surtout à soutenir le bon combat pendant que cette réforme sera à l'essai. Nous ne pouvons réussir que si nous persuadons les mères de famille. Elles sont plus puissantes que l'Université et que nous-mêmes.

C'est la conclusion de cette longue campagne que je soumets aux membres de l'Académie, à tous les médecins de France.

BLESSURES PAR ARMES A FEU

Par M. Bonnafont,
Membre correspondant de l'Académie.

Tout le monde sait qu'on a observé l'enkystement des projectiles ronds, que ces balles peuvent rester dans les tissus sans donner lieu au moindre accident. M. Larrey possède un nombre considérable de ces faits, entre autres celui du maréchal Oudinot, qui, quoique très bien portant, porta, jusqu'à la fin de sa vie, trois ou quatre de ces projectiles dans diverses parties du corps.

M. Bonnafont rapporte, à son tour, les trois curieuses observations suivantes :

1° Le général Trezel reçut, à la bataille de Waterloo, deux blessures : l'une, légère, à la poitrine; l'autre, au nez. La balle avait pénétré au fond de la fosse nasale droite. Aussitôt que possible, le chirurgien fit tous ses efforts pour en opérer l'extraction. Ce fut impossible.

Arrivé à Paris, le général alla consulter Dupuytren et d'autres habiles chirurgiens de l'époque, et aucun ne fut assez heureux pour l'en débarrasser.

Comme il n'éprouvait aucune douleur, il s'habitua à vivre avec cette compagne, qui, de son côté, ne faisait aucun effort pour le quitter.

Ce ne fut qu'au bout de plusieurs années que la balle, plus persistante et plus habile que les hommes de l'art, fit si bien pour sortir qu'un beau matin, pendant que le général faisait sa toilette, elle brisa l'obstacle et tomba d'elle-même dans la cuvette avec un choc qui fit craindre son bris.

2° En 1839, au combat de l'Affrum qui précéda la si glorieuse bataille de la prise du col de Tenia-Mouzaïa, le colonel Ulrich reçut une balle au nez qui pénétra très profondément dans la fosse nasale. Porté immédiatement à l'ambulance, accompagné du chirurgien-major de son régiment, nous essayâmes d'en faire l'extraction; nous pûmes constater la présence du projectile, mais sans pouvoir le saisir.

Pressé par les nombreux blessés qui réclamaient mes soins, je fis porter le colonel à Alger, où je le revis au bout de cinq jours à l'hôpital, se promenant sans éprouver presque de douleur. Il désira que je fisse un nouvel essai d'extraction de la balle; mais ce fut avec le même insuccès. Enfin, dans la crainte que mes tentatives fussent plus nuisibles qu'utiles, j'engageai le colonel à rentrer en France, à Paris qu'il habitait, et à consulter les deux praticiens les plus éminents d'alors, Dupuytren ou Roux.

Deux ans après, quand je revins à Paris, je vis le colonel avec l'écrasement du nez. « Et la balle, où est-elle?

— Encore au nez, me répondit-il, insaisissable, même pour les mains les plus expérimentées. »

Quelque temps après, le colonel vint me voir et m'apporta une petite boîte où se trouvait la balle magique, qui était tombée elle-même dans la cuvette pendant qu'il faisait sa toilette, absolument comme pour le général Trezel.

3° Je citerai un troisième exemple : le général Schramm reçut, à l'une des batailles du premier Empire, à Wagram, une balle dans la région fessière du côté gauche, tandis qu'il était à cheval. L'extraction n'en ayant pas été faite, l'ouverture se cicatrisa et la balle, par sa pesanteur, descendit jusqu'à la cuisse.

Lorsque le général vint en Afrique, en 1839, il me montra le projectile qui était arrivé au genou et, un an après, étant à Paris, elle était au gras du mollet. Une année encore se passa, il me la montra un peu plus bas, ayant l'air de vouloir déchirer la peau.

Je proposai au général de lui faire une petite incision pour l'aider à sortir. « Non, non, me répondit-il, nous faisons si bon ménage depuis tant d'années; je veux qu'elle m'accompagne jusqu'à la fin », et il m'assura que la balle avait exécuté ce long parcours et ses arrêts, faisant parfois sentir son changement de gîte par quelques picotements, mais sans provoquer de douleur intense.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 janvier 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de candidature de M. Horteloup, pour la place déclarée vacante dans la section de pathologie chirurgicale;

2° Une lettre de candidature de M. Michon, pour la place déclarée vacante parmi les associés libres;

3° Diverses notes de M. Grosclaude (d'Elbeuf); Me Lafitte (de Salies-de-Béarn); Pioger (d'Asnières); Dupuy (de Paris); Moncorvo (de Rio-de-Janeiro) et G. Martin (de Bordeaux).

M. le Président annonce qu'à l'avenir, toutes les fois qu'une personne inscrite pour faire des communications ne répondrait pas à deux appels successifs, la lecture de sa communication serait renvoyée à une époque indéterminée.

COMMUNICATION

La prostitution à Paris. — M. Commenge. Depuis la dernière discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine sur la prophylaxie de la syphilis et la réglementation de la prostitution, certains auteurs ont critiqué les conclusions qui ont été votées. Ils ont donné des statistiques qui sont absolument erronées.

M. Commenge a cherché dans une période de dix ans, de 1878 à 1887, le nombre des malades trouvées : 1° parmi les femmes inscrites, qu'elles soient en maison ou en carte ; 2° parmi celles qui, quoique inscrites, sont l'objet d'arrestations plus ou moins nombreuses et constituent une catégorie spéciale sous le nom de femmes du Dépôt; 3° enfin, parmi les insoumises ou femmes qui se livrent à la prostitution clandestine.

Il a examiné les maladies constatées : 1° en les comparant au nombre des visites; 2° en les comparant au nombre des femmes examinées.

Les résultats obtenus paraissent très intéressants. On a pu constater qu'il y avait pour :

Les filles en carte, sur 305,799 visites, 3,12 p. 1000 de maladies syphilitiques; 3,06 p. 1000 de maladies non syphilitiques; 0,36 p. 1000 de gale.

Les filles en maisons, sur 503,712 visites, 2,70 p. 1000 de maladies syphilitiques; 2,52 p. 1000 de maladies non syphilitiques; 0,30 p. 1000 de gale.

Les filles en dépôt, sur 76,740 visites, 23,96 p. 1000 de maladies syphilitiques; 14,46 p. 1000 de maladies non syphilitiques; 4,06 p. 1000 de gale.

Les insoumises, sur 27,041 visites, 166 p. 1000 de maladies syphilitiques; 134 p. 1000 de maladies non syphilitiques; 19 p. 1000 de gale.

Ces chiffres montrent que la proportion des affections syphilitiques est surtout forte chez les insoumises. Le danger de la propagation de la syphilis tient donc surtout à elles. Les filles pauvres, en effet, sont soignées dès qu'elles sont malades et ne sont remises en circulation que guéries. Les insoumises, au contraire, continuent à répandre la vérole sans que rien ne puisse les en empêcher.

Ces chiffres montrent l'intérêt qu'il y aurait à augmenter la surveillance de la prostitution et à la réglementer.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE

M. SÉE. Juste cent ans avant la découverte du bacille, le roi de Naples proclamait le décret suivant :

« 1° Tout médecin traitant est tenu rigoureusement de fournir un état à la Régence, aussitôt qu'il a constaté la phthisie, c'est-à-dire l'ulcère pulmonaire, chez un de ses clients. S'il néglige cette dénonciation, il est passible d'une amende de 100 ducats, et, en cas de récidive, il est condamné sans appel à un bannissement de dix ans.

2° Les malades pauvres sont, après la constatation de la maladie pulmonaire, amenés aussitôt, et sans plus ample informé, à l'hôpital.

3° Les directeurs des hôpitaux doivent conserver à part les vêtements et le linge destinés aux phthisiques.

Il sera fait un inventaire des vêtements qui avaient été portés par tout individu reconnu tuberculeux, et après sa mort, le directeur doit vérifier si toutes les parties de l'habillement sont encore présentes.

Toute contravention à cette partie du décret sera punie de l'emprisonnement ou même des galères.

4° L'autorité a le devoir de renouveler la chambre du malade, c'est-à-dire le parquet, les couvertures et les tentures, de brûler les fenêtres et les portes et de les remplacer par d'autres.

5° Des peines sévères seront appliquées à tous ceux qui achètent ou vendent des effets ayant appartenu à des phthisiques.

6° Toute maison dans laquelle succombe un phthisique sera mise à l'index. »

Ces prescriptions n'étaient que la copie de celles qui existaient déjà contre la peste. La même loi fut proclamée en Portugal. Dans le royaume de Naples, le décret fut appliqué avec toute sa rigueur et avec la même pénalité jusqu'en 1848.

« Incalculable fut le mal produit par cette misérable ordonnance, » dit M. de Renzi. Qu'en résulta-t-il pour la tuberculose ? Rien ; l'application rigoureuse de ce décret, à deux ou trois générations qui en furent les victimes, prouva qu'il fut sans le moindre effet. Aucun médecin napolitain ou portugais ne put constater la moindre diminution de la phthisie pendant tout ce temps.

Aujourd'hui, l'ignorance des lois de la transmission du bacille tuberculeux peut seule permettre encore une discussion sur ce problème de l'isolement du malade au milieu de sa famille, ce qui fait du phthisique un objet de dégoût ou de terreur ; et cela pendant de longues années, souvent pendant un quart de siècle.

M. Hérard dit que M. Cornet (de Berlin), qui a le mieux étudié la question et qui l'a manifestement résolue, admet la contagion atmosphérique, parce que, dans quinze salles sur vingt-deux, il a trouvé des bacilles ; or, c'est précisément cette expérience qui prouve que, si les autres salles ont été indemnes, c'est qu'elles étaient tenues avec propreté, relativement aux crachats.

En dehors des poussières sputo-bacillaires, jamais l'air expiré par un phthisique n'a contenu de bacilles. Il est aussi sain que l'air expiré par un sujet bien portant. Les expériences faites par M. Straus, notamment, sont particulièrement démonstratives à cet égard.

Notre collègue, M. Ollivier, s'est fait, au Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, le champion ardent de la contagiosité de la phthisie. Mais, M. Ollivier n'a jamais observé des contaminations tuberculeuses dans ses salles de l'hôpital des Enfants, tout simplement parce que les crachats seuls sont dangereux à ce point de vue et que les enfants ne crachent pas.

M. PETER. Ils crachent dans leur estomac.

M. G. SÉE. M. Hérard a été un des promoteurs de l'œuvre de Villepinte. Si la contagiosité par l'air existait, cet asile de Villepinte ne pourrait pas, ne devrait pas exister, car on ne devrait jamais, dans ce cas, concentrer des tuberculeux dans un même lieu.

Au sujet de cette prétendue contagiosité de l'air expiré par les phthisiques, M. Hérard a cité, dans la dernière séance, l'opinion de M. Cornet (de Berlin). Avait-il lu les travaux publiés par cet hygiéniste ? M. Sée a reçu la lettre suivante de M. Cornet :

« Je partage entièrement vos idées sur la prophylaxie de la tuberculose, telles que vous les avez exposées dans votre résumé général.

Autrefois l'exagération de la contagiosité et sa fausse interprétation ont jeté l'effroi chez les uns, chez les autres, au contraire, provoqué le doute.

Il faut donc ramener la contagiosité de la tuberculose à ses justes limites, ce que l'on peut formuler ainsi : le phthisique par lui-même n'est pas contagieux, mais le danger est dans son manque de précautions de cracher dans les crachoirs.

Il faudrait que ces mesures prophylactiques fussent introduites dans la population :

Ne pas cracher dans le mouchoir ou sur le sol, mais seulement dans le crachoir, lequel doit toujours être humide, et éviter de jamais le laisser dessécher.

Quant à la question de l'hérédité et de la prédisposition, on peut, selon moi, en penser ce que l'on veut ; au point de vue pratique, ces agents supposés ne peuvent être pris en considération, d'autant plus que la nature de la prédisposition est un point discuté. Comment peut-on combattre avec succès un agent que nous ne connaissons pas ? Bon air, bonne nourriture, gymnastique, ce que l'on prescrit ordinairement pour combattre cette soi-disant prédisposition sont des mesures d'hygiène générale et non une prophylaxie spéciale de la tuberculose.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'y a pas de tuberculose sans bacille et nous savons, d'autre part, que le bacille de la tuberculose ne se développe pas en dehors du corps, dans les conditions naturelles ; nous savons de plus, qu'il est protégé par les crachats, qu'il ne peut pas sortir des crachats humides et que l'air expiré des phthisiques ne contient pas de bacilles, c'est là le point où doit porter notre activité, si nous voulons restreindre cette terrible maladie.

En regard de ces faits certains, les hypothèses de l'hérédité et de la prédisposition ne jouent qu'un rôle tout à fait secondaire.

Que l'on soit prédisposé, héréditaire ou non, c'est-à-dire sain et robuste, on peut être atteint par la contagion.

Quant à l'usage du lait bouilli, il est préférable pour les enfants ou les gens affaiblis dont la digestion est difficile, chez qui les aliments ingérés restent longtemps dans l'intestin.

L'usage de la viande, provenant des animaux dont la tuberculose est généralisée, serait seul interdit.

Enfin, pour terminer, je ne suis pas de l'avis de Bœllinger, mais, selon moi, l'organe le plus atteint témoigne la porte d'entrée, ce que je me propose de prouver dans un prochain travail. »

C'est donc du côté des crachats que doit se porter l'attention, et puisque nous sommes tous d'accord sur les dangers qu'ils font courir à l'entourage du malade et au malade lui-même, qui peut se réinfecter par eux, pourquoi, dans toutes les grandes agglomérations de malades, n'imposerait-on pas leur destruction ? Pourquoi, dans ces milieux, ne remplacerait-on pas la sciure de bois des crachoirs par de l'eau ?

Pour les particuliers, l'exécution de ces prescriptions rencontrerait, évidemment, plus de difficultés ; mais enfin, on peut bien les amener à garnir d'eau leurs crachoirs, et s'ils crachent dans leurs mouchoirs, à détruire ou à faire laver les mouchoirs avant que l'expectoration se soit desséchée.

Ces conseils relatifs aux crachats peuvent parfaitement être inculqués aux phthisiques sans qu'il soit nécessaire de leur faire connaître la nature exacte de leur maladie, comme le veut la Commission. Quand vous aurez dit à un malade qu'il est tuberculeux, à quoi cela servira-t-il ? Allez-vous lui imposer une hygiène spéciale ? Il n'y en a pas.

L'empêcherez-vous de sortir, de prendre l'air ? Mais c'est la pratique contraire qui est à la mode.

Voulez-vous le médicamenter ? M. Valin nous a dit qu'il valait

beaucoup mieux être phthisique en 1889 qu'en 1840. Si c'est au point de vue des actions médicamenteuses, la question est jugée.

On a essayé tous les médicaments possibles et imaginables. Le résultat a été nul, au point de vue de la curabilité, tout au moins. Les substances anti-bacillaires n'ont pas été plus heureuses que les autres, et si elles n'ont pas fait de mal au bacille, on n'en saurait dire autant du malade.

Rappellera-t-on la créosote, l'acide fluorhydrique? La première modifie l'expectoration; le second, très apprécié de M. Hérard, procure, paraît-il, du soulagement aux malades, mais ni l'une ni l'autre n'ont jamais guéri un phthisique.

Certes, les phthisiques guérissent, comme l'a si bien démontré M. Jaccoud, et plus souvent qu'on ne le croit, mais alors ils guérissent tout seuls et sans que nous sachions comment.

Il nous faut donc provoquer la destruction des crachats, et au lieu de prescrire un régime banal, dit fortifiant, reconstituant, prescrire le régime gras, dont l'utilité, dans la phthisie, a été reconnue par les grands cliniciens, à commencer par Trousseau. C'est dans ce but que les succédanés de l'huile de foie de morue doivent être conseillés, car ils rendent de grands services.

M. WIDAL. La tuberculose pulmonaire, à peu près inconnue en Algérie avant l'occupation française, est aujourd'hui de plus en plus fréquente. En 1882, on avait admis dans les hôpitaux civils des trois provinces réunies 448 tuberculeux; en 1886, il en est entré 668.

La population militaire a été également de plus en plus atteinte. Le chiffre des tuberculeux, qui était dans les hôpitaux militaires de 53, est monté successivement à 72, 134, 113, 122, 132, 146 et enfin à 206 en 1887; pendant ces différentes années, l'effectif des troupes est resté à peu près le même.

La mortalité de la tuberculose est restée cependant moins élevée qu'en France; elle n'a été, en effet, en Algérie, que de 0,61 p. 1000, tandis qu'en France elle a été de 0,63 à 1,29 p. 1000. On peut en déduire que les climats chauds retardent manifestement l'évolution de la tuberculose; cela tient, comme l'a dit avec raison Laveran, « à la température printanière, quoique assez variable, qui caractérise les hivers d'Alger et par suite, pour les valétudinaires, à la possibilité de substituer, aux influences de l'atmosphère confinée de nos appartements, une existence passée presque tout entière à l'air libre ».

Cependant, en face des progrès incessants que la phthisie fait en Algérie et des résultats peu rassurants fournis par la statistique militaire, on peut craindre de voir, à un moment donné, la tuberculose devenir aussi fréquente et peut-être aussi meurtrière qu'en France.

La tuberculose pulmonaire s'est implantée en Algérie comme s'y est implantée la fièvre typhoïde, autrefois à peu près inconnue dans le pays. Et si elle s'y est accrue, ce n'est certainement pas que la population y soit devenue plus considérable, puisque le chiffre des effectifs militaires est resté constamment le même.

La progression du mal n'est-elle pas due au nombre toujours croissant de phthisiques qui, depuis vingt ans, viennent hiverner en Algérie et particulièrement à Alger, où ils répandent la contagion? C'est dans cette ville, en effet, et dans la province du même nom, que le chiffre des poitrinaires s'est montré de beaucoup le plus élevé.

Maintenant que le mal est fait, est-il possible de l'arrêter dans sa marche envahissante et progressive? Cela paraît difficile. Il est cependant permis d'espérer qu'on pourra, jusqu'à un certain point, en atténuer les effets et en limiter la propagation, en se montrant plus scrupuleux dans le choix des phthisiques à envoyer en Algérie. Les malades qui profitent du climat algérien sont ceux dont les lésions ne sont pas trop avancées. Ceux qui sont arrivés à la période des cavernes meurent tout aussi rapidement et même plus vite quelquefois qu'en France. Par contre, ils sont très dangereux par les crachats abondants qu'ils expectorent.

Il importe donc, dans l'intérêt des malades et dans celui de la colonie, de n'envoyer en Algérie que les tuberculeux n'ayant pas encore atteint la période cavitaire.

M. TRÉLAT. En se prolongeant, cette discussion sur la prophylaxie de la tuberculose semble faire un peu le vide sur les bancs de l'Académie. M. Trélat sera donc bref et se bornera à quelques points.

La question de l'hérédité de la tuberculose en est un et cette hérédité paraît être passablement exagérée.

Elle ne peut évidemment se faire que de trois façons:

Ou bien le nouveau-né a reçu directement le bacille infectant; ou bien il a reçu de ses auteurs une aptitude à engendrer ce bacille; ou bien, enfin, il a reçu d'eux une prédisposition à devenir une sorte de bouillon de culture pour ce bacille.

Or, le premier mode d'hérédité, ou hérédité directe, est excessivement rare; le second ne se discute même pas, car il ramène aux générations spontanées; quant au troisième, sans le contester, on peut dire: « N'est pas bouillon de culture qui veut. »

Ce qu'on sait de l'hérédité conduit donc forcément à admettre la contagion comme cause presque unique de la tuberculose. L'étude des tuberculoses locales, le temps souvent très long que met la tuberculose à se généraliser, amènent à la même conclusion.

C'est donc contre cette contagion que doivent se diriger tous nos efforts. Il est impossible, en effet, d'attacher une valeur réelle aux règles d'hygiène générale qu'on a vantées comme capables d'armer l'organisme contre l'action du bacille tuberculeux.

Aussi est-ce, contre la cause de l'affection, contre l'agent contagieux qu'il faut s'armer.

Sous ce rapport, les conclusions de la Commission semblent devoir être admises par tous. Elles n'ont rien d'effrayant pour le malade. Elles n'ont rien, non plus, qui doive inquiéter son entourage et l'amener à refuser au phthisique, par crainte de la contagion, les soins dont il a besoin. C'est méconnaître le cœur humain, qu'avoir cette crainte-là. L'expérience de tous les jours le prouve.

Un dernier mot. A ne pas voter les conclusions de notre Commission, on commettrait une double faute. D'une part, l'Académie semblerait nier le fait scientifique de la contagiosité de la tuberculose. D'autre part, on inculquerait, sans le vouloir, aux malades et aux familles, la croyance que les précautions sont inutiles, et ce serait les amener à s'en abstenir.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 6 janvier 1890, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur:

MM. les docteurs Hanot, médecin de Saint-Antoine; Vollant, médecin du Bureau de bienfaisance du XIIIe arrondissement de Paris; Troisier, médecin de la Pitié; Raymond, médecin de Saint-Antoine; Basley, chirurgien en chef des hospices de Bayeux; Ribemond-Dessaignes, accoucheur à l'hôpital Beaujon; Sergent, médecin à Paris; Caubet, directeur de l'École de médecine de Toulouse; Josias (Albert), médecin des hôpitaux de Paris; Bertrand, médecin à Chalon-sur-Saône; Cousturier, membre du Conseil général de la Sarthe; Dehenne et Royer, médecins à Paris; Roux, maire d'Hyères.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 décembre 1889, M. le docteur Mendousse, conseiller d'arrondissement à Sos, est nommé officier d'Académie.

— La question d'externat donnée le samedi 7 janvier a été « Furoncle ».

— Au moment de mettre sous presse, on nous annonce la mort de M. le docteur Gendrin, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, décédé dans sa quatre-vingt-quatorzième année.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée

de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 5. — SAMEDI 11 JANVIER 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 11 JANVIER 1890. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. D. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des angines de poitrine.

Par M. le docteur E. LEPLAIVE, ancien interne des hôpitaux.

I

Sous le nom d'angine de poitrine, *angor pectoris*, on désigne, depuis plus d'un siècle, une affection caractérisée par des attaques de douleurs violentes et oppressives à la région moyenne du sternum, s'accompagnant d'une angoisse extrême; il semble au malade que la vie va cesser, que la mort est imminente. Presque toujours à ces symptômes essentiels se joignent d'autres phénomènes, dont les plus importants sont des irradiations douloureuses vers l'épaule et le bras gauches. L'accès, dans beaucoup de cas, peut entraîner la mort.

Voilà ce qui est indiscuté. Pour les uns, il s'agit d'une névrose, sans lésion fixe; pour les autres, c'est une maladie presque toujours vasculaire, intéressant les vaisseaux de nutrition du cœur lui-même, les artères coronaires.

Cette maladie fut décrite pour la première fois par Rougnon, en 1768, puis étudiée et nommée peu après par Heberden; c'est pourquoi on l'appelle souvent maladie de Rougnon-Heberden. Depuis qu'elle a sa place marquée dans la pathologie, on en a retrouvé divers exemples dans des auteurs plus anciens, tels que Hoffmann (1734), Morgagni, etc.; Sénèque lui-même en parlerait en termes suffisamment clairs pour pouvoir être considéré comme en ayant subi les atteintes. On a cité des personnages illustres, Schomberg, Louvois et d'autres encore, comme ayant été probablement ses victimes.

Nous ne voulons pas citer ici tous les auteurs qui se sont occupés de cette terrible affection, ni énumérer toutes les opinions qu'ils se sont faites à son sujet. Nous nous bornerons à rappeler les principaux progrès de son étude dans le cours de ces dernières années. Depuis une vingtaine d'années, et surtout depuis dix ans, l'angine de poitrine a été le sujet de vives controverses, et, aujourd'hui encore, la lumière n'est pas faite sur sa pathogénie.

M. le docteur Lancereaux (1), puis, sous son inspiration, son élève M. Loupias (2), ont décrit des lésions du plexus cardiaque chez des sujets morts d'angine de poitrine. Cette étiologie nerveuse a eu de chauds partisans en la personne de M. le professeur Peter (3) et de son élève M. Martinet (4). La théorie vasculaire, bien plus ancienne, a été reprise et développée par M. le professeur G. Sée (5); elle a eu son principal champion en la personne de M. Huchard (6), qui l'a complétée, modifiée, renouvelée, qui l'a véritablement faite sienne. Nous ne pouvons passer sous silence, dans ce rapide historique, le remarquable *Traité de l'angine de poitrine* de M. Gélineau (1887), dans lequel cet auteur rapporte très complètement et très fidèlement tout ce qui a été écrit avant lui sur ce sujet, y compris plusieurs mémoires inédits (Liégeois, 1885). Nous avons fait à cet important ouvrage de larges emprunts.

La conception d'une angine de poitrine une et toujours semblable est aujourd'hui unanimement abandonnée. « Il n'y a pas une angine de poitrine, dit M. Huchard, à la première ligne de son mémoire; il y a des angines de poitrine. » C'est un syndrome d'importance très variable. « L'angine de poitrine, dit M. Landouzy (7), n'est pas plus une personnalité morbide qu'un accès épileptique ne saurait être considéré comme une maladie autonome toujours semblable à elle-même. » — « La crise d'angor n'est qu'un cortège symptomatique, tantôt occupant à lui seul toute la scène pathologique, tantôt n'occupant la scène que pour un moment et comme comparse. »

Puisque l'angine de poitrine présente des variétés, puisqu'elle n'est pas toujours semblable à elle-même, où se limite-t-elle? Que doit-on décrire sous ce nom? Parmi les douleurs qui occupent la région précordiale, quelles sont celles qui doivent être regardées comme angines de poitrine? Là les auteurs cessent de s'entendre, et, suivant leur opinion pathogénique personnelle, ils étendent plus ou moins les limites du domaine de l'affection.

En parcourant le livre de M. Gélineau, on voit qu'il est fort large sur ce point, et on peut presque dire que, pour lui, toute douleur vers le cœur, ne siégeant pas dans la paroi,

(1) LANCEREAUX. Société de biologie, 1864.
(2) LOUPIAS. Thèse de Paris, 1865.
(3) PETER. *Leçons de clinique médicale*, 1873.
(4) MARTINET. Thèse de Paris, 1884.
(5) G. SÉE. *France médicale*, 1876.
(6) HUCHARD. *Revue de médecine*, 1883.
(7) LANDOUZY. *Progrès médical*, 1883.

s'accompagnant plus ou moins d'angoisse et d'irradiations douloureuses, appartient à l'angine de poitrine. L'intensité de la douleur n'est même pas chose nécessaire, puisqu'il admet des angines de poitrine frustes.

Se basant surtout sur des considérations anatomo-pathologiques, M. Huchard a groupé, sous le nom d'angines vraies (*angina major*), celles qui dépendent d'une lésion organique, presque toujours des artères coronaires; ces angines-là sont mortelles; c'est la variété décrite par les auteurs anciens. A côté de cela, il a réuni, sous le nom de pseudo-angines de poitrine (*angina minor*), d'autres faits analogues comme symptomatologie, mais différents comme étiologie et pronostic : ces fausses angines ne sont presque jamais mortelles; elles sont l'apanage surtout des névropathes. Cette distinction, bien difficile souvent à établir pendant la vie, n'est pas aussi absolue qu'on l'a dit; comme nous le verrons plus loin, il est certaines formes qu'on ne pourrait ranger ni dans les angines vraies avec lésion artérielle, ni dans les fausses angines, dont un des caractères principaux est la bénignité. Néanmoins, cette division a été admise par beaucoup d'auteurs, et elle est aujourd'hui classique. M. Landouzy l'a pittoresquement caractérisée en disant : « Les angineux névropathes sont plus à plaindre qu'ils n'ont à craindre, contrairement aux angineux artério-cardiopathes qui ont, eux, tout à craindre. »

Tout récemment, M. le professeur G. Sée (1) a entrepris de supprimer la classe des fausses angines et de réduire, aux accidents graves dus à l'artério-sclérose des coronaires, ce que l'on doit entendre sous le nom d'angine de poitrine; tout le reste, il l'englobe sous le nom de *cardiacalgies*. Il a peut-être raison quand il dit que « la distinction reposant sur la léthalité de l'angine vraie et la bénignité de l'angine de poitrine dite fausse, ne saurait être établie sérieusement, attendu que la pseudo-angine peut faire mourir, et que l'angine vraie ou scléro-coronaire peut guérir, au moins pendant un certain temps ». Mais voici les caractères qu'il donne aux cardiacalgies : « Douleurs perçues à la région précordiale, principalement à la base, plus rarement à la pointe du cœur, qui, le plus souvent, irradient de là au plexus cervico-brachial gauche et s'accompagnent habituellement de l'angoisse, de l'anxiété et du resserrement de la poitrine. » Comme il nous est difficile, pendant la vie, de reconnaître toutes les lésions existantes et d'apprécier la pathogénie des accidents de ce genre quand nous les observons; comme le plus souvent, au sujet de leur étiologie, nous sommes réduits à des hypothèses et, par suite, exposés à des erreurs, ainsi que les autopsies nous le démontrent journellement; comme les individus artério-scléreux peuvent, aussi bien que les autres individus, présenter des phénomènes pathologiques, indépendants de leurs lésions, nous sommes obligé de ne voir dans la cardiacalgie qu'une synonymie s'appliquant de préférence à certaines angines de poitrine. Si l'anatomo-pathologiste peut, après la mort, dire souvent à quoi l'on avait affaire, le clinicien est plus embarrassé; et il est légitime de décrire encore, comme angine de poitrine, les symptômes énoncés plus haut, quitte à incliner, suivant leurs particularités, et avec réserves, son pronostic soit dans un sens favorable, soit, au contraire, dans un sens fâcheux.

Nous pensons donc que, provisoirement au moins, tant que la pathogénie des accès d'angor ne sera pas indiscutable, tant que leurs différentes formes ne pourront pas être différenciées avec facilité, il faudra décrire, sous un même nom, les diverses angines de poitrine, comme l'a fait M. Gélineau, et comme le font aussi le plus grand nombre des médecins qui ont écrit sur ce sujet. L'analogie des symptômes : douleur, angoisse, irradiations, prime toute autre considération pour le clinicien.

(1) G. Sée. *Bulletin médical*, 1889.

II

Ne peut-on pas, cependant, dans ces faits analogues, mais non identiques, établir une classification ? Ne peut-on pas former quelques groupes ? Il n'est pas toujours aisé de le faire avec une netteté parfaite; mais en tenant compte de leur origine, on peut reconnaître un certain nombre de types qui serviront à mettre de l'ordre dans cette étude. C'est donc sur l'étiologie que nous nous baserons principalement pour la classification. En effet, l'anatomie pathologique et la pathogénie restent souvent un problème même après la mort, et il est fréquent de ne pas pouvoir reconnaître les lésions pendant la vie. Les différences des tableaux morbides sont beaucoup trop légères pour servir de base à une séparation nette.

Nous ne dirons qu'un mot des conditions d'âge et de sexe favorisant l'angor pectoris et des causes provoquant les accès : ce sont là des points secondaires et sur lesquels les auteurs sont presque tous d'accord. Nous parlerons ensuite des causes dites prédisposantes, qui, en réalité, jouent le rôle principal.

L'angine de poitrine est une maladie fréquente : il n'est point de médecin qui n'en ait observé plusieurs cas. D'après M. Gélineau, elle le deviendrait de plus en plus, et, depuis une dizaine d'années, elle se rencontrerait deux fois plus souvent. Cette assertion est difficile à démontrer. Les névroses passent aussi pour se multiplier. Ne doit-on pas voir là seulement les résultats d'une observation plus attentive et surtout plus éclairée ?

Cette affection est rare avant vingt-cinq ans; on l'a, cependant, signalée chez un enfant de onze ans. C'est vers cinquante ans, que, de l'avis de tous, elle devient le plus fréquente. Relativement au sexe, Forbes, sur 88 cas, relève 80 hommes et Lartigue 60 sur 67. Par contre, Papillaud, sur 14 observations, compte 11 femmes et Gauthier (de Charolles), 7 femmes sur 12 cas. Ces deux ordres de statistiques sont peut-être plus contradictoires en apparence qu'en réalité : ainsi, la plupart des cas mortels signalés ont trait à des hommes, ce qui s'explique par leur disposition plus grande aux lésions cardiaques, à la goutte, à l'artério-sclérose. En revanche, les femmes ont une disposition plus marquée à la névropathie, et, par conséquent, aux angines de poitrine sans lésions, généralement bénignes, aux fausses angines de M. Huchard. Le milieu dans lequel se sont placés les observateurs, les sources auxquelles ils ont puisé, la facilité plus ou moins grande avec laquelle ils ont posé le diagnostic d'angine de poitrine, suffisent à rendre compte de cette contradiction apparente.

La diathèse goutteuse prépare évidemment le terrain à l'angine de poitrine, qui, par suite, semble plus fréquente en Angleterre que dans les climats méridionaux, la race anglo-saxonne étant très exposée aux manifestations de l'arthritisme. Mais la diathèse nerveuse doit être aussi considérée comme une cause importante, si l'on veut tenir compte des angines de poitrine sans lésions.

Au point de vue professionnel, comme pour la goutte et les affections qui ont avec elle un lien de parenté, il faut mettre en première ligne les professions libérales : l'angine de poitrine frappe le clergé, le barreau, le corps médical (récemment encore Chauffard, Broca, Delpech, M. Raynaud, Hillairet, etc.), les gens de lettres, les artistes. Elle est rare à la campagne, dans la classe pauvre ; comme la goutte, elle se voit moins à l'hôpital que dans la clientèle urbaine.

Est-elle héréditaire ? Probablement à cause de l'influence des diathèses. Est-elle épidémique ? Peut-être quelquefois. On a donné comme exemple l'épidémie observée par Kleefeld, à Dantzig, au commencement de ce siècle ; M. Gélineau en a observé lui-même une autre en 1858 : 14 hommes furent frappés sur les 250 qui composaient l'équipage de l'*Embuscade*, équipage surmené, rendu débile, peut-être très influencé par le tabac.

Les causes qui déterminent l'éclosion des accès sont nombreuses et variées ; tout ce qui modifie rapidement l'état de la circulation peut provoquer un accès. M. Liégeois, cité par M. Gélineau, donne de ces causes le tableau suivant :

1° Physico-dynamiques : *efforts* (montée d'un escalier, marche contre le vent, fatigues, mouvements du bras gauche, coït, miction, toux, parole, etc.) ;

2° Psychiques : *émotions* (colère, crainte, influence des calamités publiques, des luttes politiques, etc.) ;

3° *Réflexes* (douleurs périphériques, ingestion des aliments, troubles digestifs, refroidissements, croissance).

Passons maintenant à l'étude des causes dites prédisposantes, qui sont, en réalité, les vraies causes, celles qui président efficacement à la naissance de la maladie. La première, la moins contestée, est l'arthritisme et ses manifestations. Sa manière d'agir est discutée, mais son influence est certaine : pour Eulenburg, il agit par l'intermédiaire des lésions cardiaques ; pour M. Huchard et les partisans de la théorie artérielle, il amène l'artério-sclérose, cause directe de l'angine de poitrine ; M. le professeur Grasset (1) pense, au contraire, que « l'angine de poitrine et les lésions cardiaques ne sont pas solidaires ; celles-ci ne sont nullement un intermédiaire nécessaire pour le développement de celle-là. La goutte peut directement se manifester par l'angine de poitrine, comme elle peut se traduire par la migraine. » Pour MM. Peter et Martinet, l'angine de poitrine peut être une détermination du rhumatisme, au même titre que l'arthrite.

La seconde cause, celle qui est la plus importante, au moins pour les angines de poitrine, dites fausses, est le nervosisme dans toutes ses manifestations : neurasthénie, hystérie, épilepsie, goître exophthalmique. Tout à côté, on pourrait placer les traumatismes et maladies des nerfs d'une part, et les intoxications d'autre part (tabac, oxyde de carbone, etc.), qui ont plus d'un lien de parenté avec les névroses.

M. Gélineau, qui a longuement étudié l'étiologie de l'angine de poitrine, a divisé ces causes en cinq classes principales, subdivisées à leur tour en sous-classes, et finissant par former plus de cinquante variétés étiologiques. Nous ne reproduirons pas dans tous ses détails cette classification trop minutieuse, d'autant plus que certaines variétés semblent rentrer les unes dans les autres, et qu'il en est aussi qui ne se fondent que sur une ou deux observations douteuses : telles sont entre autres les variétés par ergotisme, impaludisme, albuminurie, etc., dont la possibilité théorique est la seule raison de figurer dans ce tableau.

(1) GRASSET. *Traité des maladies du système nerveux*, 1886.

Voici, réduites aux plus importantes, ces variétés étiologiques ; elles correspondent à peu près, par leur groupement, aux classes admises par M. Huchard :

A. *Angines de poitrine névralgiques* comprenant :

1° Les essentielles, de moins en moins nombreuses, à mesure que les autres sont mieux connues ;

2° Celles qui succèdent à un traumatisme des nerfs, surtout du bras gauche, et analogues à certaines épilepsies ou à d'autres névralgies ;

3° Celles des nouvelles accouchées ; M. Armaingaud en a rapporté deux exemples, dont un mortel.

B. *Angines de poitrine névrosiques*, regardées aujourd'hui comme très fréquentes. Les plus connues sont :

1° La variété hystérique, la plus anciennement signalée (Millot, 1812), observée depuis par Bouchut (1839), Marie (1), MM. Huchard, Landouzy, Bernheim, Liégeois ;

2° La variété vaso-motrice qui a été étudiée tout d'abord en Allemagne (Nothnagel, Eulenburg) ;

3° La variété épileptique, qui, pour Trousseau, est une modalité de l'épilepsie hyperesthésique ou sensitive ; d'autres auteurs la regardent comme née sous l'influence de l'épilepsie, mais non comme une manifestation directe de la névrose ;

4° La variété dyspeptique, dont les accès sont liés aux phénomènes de la digestion (Potain, Rendu, Huchard, Barié) ;

5° Celle du goître exophthalmique (Trousseau, Marie, Liégeois).

C. *Angines de poitrine diathésiques* dont les principales sont :

1° Celle du rhumatisme, localisation de la maladie sur le plexus cardiaque pour MM. Peter, Viguier, Martinet ;

2° Celle de la goutte ; nous avons déjà indiqué l'opinion de M. le professeur Grasset sur ce point ; on a signalé son alternance avec les accès de goutte (Lecorché) ;

3° Celle du diabète, soit qu'elle relève de l'arthritisme, soit qu'elle doive être rangée parmi les complications nerveuses du diabète.

D. *Angines de poitrine toxiques*. — La plus importante, la seule bien démontrée, est l'angine tabagique. Signalée par Graves, elle a été décrite par Beau. Elle atteindrait particulièrement les fumeurs de cigarettes, mais non toujours ceux qui fument le plus. « Sans doute, dit M. Gélineau, il y a des individus réfractaires à cette influence, l'immense quantité des fumeurs qu'elle n'incommode pas le prouve bien ; d'autres n'y deviennent sensibles qu'à la longue ; mais que ces personnes prédisposées éprouvent un profond chagrin, une grande déception, une émotion très vive, et l'accès d'angor éclatera, les surprenant brusquement. » D'après M. Huchard, le tabac peut amener la sclérose artérielle, comme nous le verrons plus loin, et cette variété devrait alors rentrer dans la classe suivante.

Signalons seulement les angines de poitrine oxy-carbonique, théique et caféique.

(1) MARIE. *Revue de médecine*, 1882.

E. *Angines de poitrine organiques*, classe la plus nombreuse, la plus importante, la seule réelle pour M. le professeur Sée, la seule grave et vraie, d'après M. Huchard. La première place doit être donnée aux lésions des vaisseaux propres du cœur, qu'elles fassent partie de l'artério-sclérose généralisée, qu'elles existent seules ou qu'elles soient sous la dépendance d'une lésion aortique locale. M. Léger (1) a montré l'influence que pouvait avoir l'aortite aiguë ; en effet, souvent l'angine de poitrine choisit pour faire son apparition les moments où surviennent des poussées aiguës ayant, pour point de départ, l'athérome agissant comme corps étranger ou toute autre cause occasionnelle.

Nous signalerons l'angine de poitrine due à la névrite du plexus cardiaque, non admise par les partisans exclusifs de la théorie artérielle, et qui, pour leurs contradicteurs, prend, au contraire, la première place; quelques observations (Lancereaux, Gardner, Peter, Bazy, etc.) ont cependant démontré la réalité de cette névrite.

Les altérations du myocarde, la dilatation du cœur (cœur forcé, Liégeois) devraient aussi être rangées dans les causes productrices de l'angine de poitrine.

Pour terminer ce qui a trait aux angines de poitrine de cause organique, nous dirons que parfois on en a rattaché les accès à une tumeur thoracique ou abdominale, par exemple à la compression des filets du plexus cardiaque par un ganglion mélanique (Heine). Ce sont des faits rares et qui demanderaient de nouvelles preuves.

III

La symptomatologie, toujours saisissante, est peu discutée. Le tableau suivant est, en majeure partie, emprunté à M. le professeur Grasset. « L'attaque survient toujours tout d'un coup, sans prodromes, souvent après un effort ou un mouvement quelconque ; le sujet est subitement immobilisé dans la situation que son occupation lui imposait, par une terrible douleur angoissante qu'il éprouve dans la région cardiaque, le long du bord gauche du sternum. Il est comme serré dans un étau, et sent un poids immense sur sa poitrine. En même temps (c'est là un trait capital), il éprouve une sorte de sensation de mort imminente ; tout manque autour de lui, et il a conscience que la vie va s'éteindre tout à fait si cet état dure... Insensible à ce qu'on dit autour de lui, il semble écouter ses souffrances ; la terreur est peinte sur son visage baigné souvent de sueurs froides. » Des irradiations douloureuses se font sentir principalement vers l'épaule et le membre supérieur gauches.

Le mal cesse brusquement, presque sans laisser de traces, et cette fin s'accompagne souvent de phénomènes variés tels que éructations, expectoration glaireuse ou vomituritions, miction abondante, tremblement, etc. La durée de l'accès varie généralement de quelques secondes à quelques minutes, mais, dans certaines formes appartenant au groupe dit des fausses angines, l'accès peut durer plusieurs heures.

La douleur est le phénomène capital. « Sans douleur sternale, dit Jurine, point d'angine de poitrine. » Cependant beaucoup d'auteurs décrivent maintenant des formes atténuées ou frustes (angine de poitrine fruste sans angine : Bernheim ; angine de poitrine à forme syncopale, syncopa angens ou anginosa : Parry), dans lesquelles le phénomène douleur est réduit au strict minimum, et où l'angoisse devient le symptôme prédominant. Cette douleur siège derrière le sternum et à gauche de cet os, en plein cœur, plus rarement à sa pointe ou à sa base. Laënnec l'aurait vue siéger à droite, mais accompagnée d'élancements à gauche. Elle a été comparée à des ongles de fer ou à des griffes d'animal déchirant la poitrine (Laënnec), à une lance traversant la poitrine (Gélineau), à une épée enfoncée du sternum à la gorge, à un bouillonnement (Gintrac), à un fer chaud (Méry), à un étau rapprochant les parois antérieure et postérieure du thorax, à un cercle de fer, etc.

De la douleur centrale partent les irradiations classiques vers l'épaule et le bras gauches. On a signalé aussi des douleurs sur les côtés du cou, vers les mâchoires ou les oreilles, puis, plus rarement, une douleur avec élancements descendant jusqu'au testicule, sans gonflement (Gélineau), dans le cordon avec tuméfaction du testicule (Laënnec) ; on a signalé chez les névropathes du pharyngisme, la sensation de boule hystérique (pneumogastrique), du hoquet (phrénique), des douleurs intercostales, de l'hyperesthésie cutanée de la région thoracique antérieure (Liégeois, Rendu).

Il peut arriver que la douleur centrale n'ouvre pas la scène : Marchandon a vu deux fois les phénomènes douloureux commencer dans le dos à hauteur des premières vertèbres dorsales, et de là se diriger vers la région précordiale. On voit aussi la douleur débuter par le bras gauche, surtout dans les angines consécutives à un traumatisme du membre. Gélineau donne encore d'autres exemples de début périphérique : attaches du muscle droit, hypogastre, etc. La douleur devient alors de plus en plus intense, à mesure qu'elle s'approche du cœur. Ces douleurs périphériques primordiales ont été comparées par Trousseau au phénomène de l'aura épileptique. Quelquefois, comme dans l'épilepsie, des sensations spéciales, un sentiment tout particulier et absolument personnel, annoncent au malade qu'il va avoir un accès.

Du côté des grands appareils, les symptômes sont assez variables, mais d'importance secondaire. La respiration est plus rapide et moins profonde, peut-être à cause de la seule douleur ; il y a plutôt tendance à l'apnée que dyspnée vraie. On a signalé l'hémoptysie comme complication ; M. Rendu l'a récemment observée chez un malade qui en présentait les phénomènes à chaque accès.

La circulation est souvent, mais non toujours, plus rapide ; des irrégularités du pouls peuvent être sous la dépendance d'une lésion organique. Quand le pouls devient lent et faible, « on aurait à redouter une syncope ou une défaillance prochaine ». Rosenheim a récemment signalé des embolies (radiale gauche, sylvienne) en l'absence de lésions vasculaires (2).

Du côté des organes génito-urinaires, il y a à noter les mictions abondantes terminales ; la rétention d'urine a été observée (Lartigue, Gélineau). Gintrac a vu le gonflement du testicule coïncider avec la disparition de la souffrance.

Les accès se reproduisent à intervalles plus ou moins rapprochés, mais ce n'est que dans les angines de poitrine des névropathes qu'on les a vus se reproduire quotidiennement ; l'irrégularité la plus complète préside à leurs retours. On a vu des malades mourir au premier accès ; d'autres ont

(1) Léger. Thèse de Paris, 1877.

(1) Rosenheim. *Bulletin médical*, 1889.

survécu vingt ou vingt-cinq ans. On pourrait peut-être indiquer comme moyenne de la survie une durée de deux à six ans. On a divisé la maladie en plusieurs périodes, deux ou trois, en se basant sur l'intensité des accès, sur la nécessité plus ou moins grande des causes occasionnelles : ces divisions n'ont aucune importance et ne correspondent à rien de clinique.

La statistique de Forbes lui donne 49 décès sur 64 cas; celle de Lartigue, 13 morts sur 18. Mais pour les motifs énoncés plus haut, ces chiffres n'ont que très peu de valeur, les cas étant loin d'être comparables. Il nous suffit de savoir que les angines de poitrine, avec lésion de l'appareil circulatoire, aboutissent le plus souvent à une mort plus ou moins prompte, tandis que les autres échappent, en général, à la terminaison fatale.

IV

La symptomatologie que nous venons de rappeler peut s'appliquer à toutes les variétés d'angine de poitrine; cependant elle appartient d'une manière plus particulière à l'angine de poitrine organique, celle des artério-scléreux. Nous allons maintenant passer en revue les principales variétés, en indiquant ce qu'elles peuvent avoir de spécial dans leurs symptômes ou leurs allures.

Nous ne dirons rien des angines de poitrine *névralgiques*, sinon qu'elles n'offrent aucun symptôme de lésion cardiaque concomitant, et qu'elles sont assez souvent précédées d'une sorte d'aura quand elles sont la conséquence d'un traumatisme.

Les angines *névrosiques*, classe qui correspond presque à ce que M. Huchard a appelé angines fausses ou bénignes, ont pour principaux caractères, d'après M. Rendu (1) : 1° de survenir souvent la nuit dans le sommeil, c'est-à-dire en dehors des causes ordinaires (effort, émotion); 2° d'être souvent précédées d'une aura tantôt rapide, tantôt plus durable (quelques heures); 3° de donner lieu à une douleur plus diffuse qui s'accompagne d'une hyperesthésie cutanée extrême, comme une grande zone hystérogène occupant la région précordiale; 4° de présenter des battements cardiaques désordonnés et non lents, avec respiration singultueuse et quelquefois perte de connaissance; 5° de se répéter bien plus souvent que la vraie angine et d'être influencées par la menstruation. Ajoutons que ces faits se voient surtout chez les femmes d'environ trente ans, névropathes plus ou moins avérées.

Parmi ces variétés névrosiques, l'une des plus importantes est la variété *vaso-motrice*. Voici, d'après M. le professeur Grasset, la description qu'en a donnée Rosenthal : « L'attaque s'annonce par des symptômes subjectifs : lourdeur, fourmillements, engourdissement, sensation de froid dans les membres, auxquels succèdent une anxiété précordiale et des battements de cœur allant jusqu'à la syncope; quelquefois on note aussi des douleurs sourdes dans la région du cœur, de la dyspepsie et des vertiges. Comme symptômes objectifs il y a pâleur extrême de la face, des oreilles et des extrémités, cyanose des ongles aux doigts et aux orteils, diminution notable de la sensibilité, abaissement de la température, sueur froide, visqueuse sur la peau. Les battements cardiaques sont souvent plus nombreux, d'autres fois irréguliers, rarement diminués; les bruits du cœur normaux; le pouls radial, tendu mais rarement ralenti; dans un cas il y eut émission d'urine claire, abondante (urines nerveuses). Pour Nothnagel et Eichwald, les battements de cœur seraient causés par le surcroît de résistance que le cœur rencontre de toutes parts dans les vaisseaux contractés; l'angoisse et les douleurs précordiales, par les efforts exagérés auxquels se livre le cœur. » Les auteurs français semblent indiquer une douleur plus vive; ils donnent peu de détails sur ce symptôme et insistent surtout sur la sensation de « froid affreux » et sur la pâleur des téguments dont le sang semble s'être retiré.

Voici ce que Trousseau dit de la variété *épileptique* : « C'est une manière d'être de la forme vertigineuse de l'épilepsie; c'est, en deux mots, une névralgie épileptiforme. » — « Elle a, dit-il, l'invasion brusque du mal comitial, sa marche rapide, sa cessation soudaine, et il n'est pas rare que des malades qui ont autrefois éprouvé des accès d'angor pectoris prennent plus tard de véritables attaques de mal comitial, de même que chez d'autres l'angine de poitrine a pu être précédée d'accidents épileptiformes bien nettement caractérisés. »

La variété *dyspeptique* a de particulier son lien aux fonctions de l'estomac. Les accès seraient moins violents et plus prolongés; ils surviennent surtout après les repas et s'accompagnent des signes de dilatation du cœur droit (Huchard).

Des variétés diathésiques nous ne parlerons ici que de la *rhumatismale*, sujet de la remarquable thèse de M. Martinet. M. le professeur Peter la compare aux accidents nerveux du rhumatisme : « Le malade, dit-il, a comme un rhumatisme cérébral de son plexus cardiaque. » D'après M. Martinet, les irradiations excentriques sont moins prononcées que dans l'angine grave symptomatique de névrite chronique, et elles consistent surtout en douleurs cervicales; il y a des troubles cardiaques précoces, quelquefois prodromiques (intermittences, lenteur, palpitations), faisant pressentir la localisation que va prendre le rhumatisme. Cet accident apparaît après le quatrième jour de la maladie, dans le cours d'un rhumatisme dont les phénomènes articulaires ont été bénins et très mobiles; les premiers accès sont les plus longs et les plus forts. Jamais on n'observe le passage à l'état chronique; la guérison est complète avec le rhumatisme.

La variété *tabagique* aurait été volontiers regardée comme bénigne, si elle n'avait pas été à plusieurs reprises cause indiscutable de mort. Pour la faire cadrer avec sa division des angines graves et des angines bénignes, M. Huchard l'a subdivisée en plusieurs sous-variétés qui paraissent un peu théoriques. Voici ce qu'il en dit dans une récente clinique (1) : « L'angine de poitrine tabagique appartient à la classe des angines vraies, dont on meurt; mais comme souvent elle guérit par suppression de la cause, elle sert de transition entre la vraie ou grave et les fausses ou bénignes. Les caractères cliniques sont les suivants : 1° elle prend souvent la forme vaso-motrice; 2° elle est souvent associée à d'autres accidents d'empoisonnement nicotique qui peuvent exister seuls ou tenir la première place; 3° presque toujours en dehors des accès, il y a des troubles de fonctionnement du cœur (arythmie, palpitations, ralentissement ou accélération, etc.); 4° les attaques angineuses sont souvent complètes, mais aussi assez souvent ébau-

(1) Rendu. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 3.

(1) Huchard. *Bulletin médical*, 1889.

chées ou frustes; 5° les accès, souvent spontanés, peuvent aussi être provoqués par un effort; 6° quand il n'existe pas de lésion, les accidents disparaissent par suppression du tabac; 7° l'angine tabagique organique (par artério-sclérose nicotique) est plus tenace, et ne disparaît que lentement par la médication iodurée; 8° une autre forme tient à l'état dyspeptique dû au tabac; elle est plus bénigne.

Les accès nocturnes paraissent spontanés et ne le sont souvent pas (atmosphère saturée de tabac). L'intoxication tabagique peut produire la sclérose artérielle et par conséquent la mort. Très rarement la mort survient sans lésion aortique ou coronaire (ischémie du myocarde). La mort s'observe donc : 1° quelquefois quand les accidents sont liés à la sclérose coronaire (angine *scléro-tabagique*); 2° très rarement quand il s'agit d'un spasme (angine *spasmo-tabagique*); 3° jamais ou presque jamais quand les accidents sont d'origine gastrique (angine *gastro-tabagique*). Les deux premières variétés sont des angines vraies, la première toutefois bien plus grave; la troisième est une pseudo-angine.

Les variétés de *cause organique* n'ont rien de spécial au point de vue symptomatique, si ce n'est celle qui accompagne la *myocardite scléreuse;* les débuts en sont insidieux et méritent souvent le nom de forme *ébauchée;* dans ce cas le cœur semble hypertrophié; mais ses contractions sont faibles, régulières, fréquentes et les pulsations sont petites (Juhel-Rénoy). Celle produite par la *rupture du cœur* (A. Robin) a une marche ultra-rapide que sa pathogénie fait aisément comprendre.

Disons enfin que M. Huchard (1) a décrit, sous le nom de *forme pseudo-gastralgique*, des faits dans lesquels la douleur de l'angine simulerait à s'y méprendre la gastralgie.

V

Le diagnostic de l'existence de l'angine de poitrine s'impose en général. Il se base sur la douleur, l'angoisse et l'irradiation douloureuse dans le bras gauche, que quelques cliniciens regardent comme caractéristique; il se confirme par la répétition des accès. L'asthme se reconnaît à la gêne de la respiration; les névralgies brachio-thoracique, diaphragmatique, intercostale, la péricardite, etc., ont leurs signes spéciaux qui ne permettront guère l'erreur. Le début brusque de l'accès, sa cessation rapide seront des caractères utiles en cas de doute.

« En réalité, dit excellemment M. Gélineau, l'angor est le rideau, souvent peu transparent, derrière lequel se dissimulent une foule d'affections, et cela est surtout vrai quand il s'agit d'angor de causes organiques. Nous devons nous préoccuper de lui arracher son masque pour savoir au juste à qui nous avons affaire. Étant donné la rareté relative de l'angine essentielle, l'accès n'est pour ainsi dire rien; la cause qui l'a occasionné est tout. »

Mais cette cause n'est pas facile à reconnaître toujours, surtout aux premières manifestations de la maladie. Voici, d'après M. Huchard, un parallèle des deux classes d'angines de poitrine qu'il admet : les accès d'angine vraie frappent généralement des hommes d'âge avancé, dont le cœur fatigué porte une lésion organique; les accès sont courts, reviennent irrégulièrement sous l'influence d'une cause légère; la douleur est plutôt gravative que lancinante, et le malade reste immobile, silencieux, en proie à la crainte de la mort; les troubles vaso-moteurs, s'ils se montrent, sont consécutifs; l'amélioration se produit sous l'influence des médicaments dits artériels (nitrite d'amyle, trinitrine, iodure de potassium). Les accès d'angine fausse frappent plutôt des femmes de trente à quarante ans; ils reviennent la nuit sans cause, durant plusieurs heures, et sont souvent précédés de troubles vaso-moteurs; la douleur est plus aiguë, plus lancinante (épée, griffes); le malade peut plus aisément marcher; l'amélioration est obtenue à l'aide des antispasmodiques.

Ce que nous avons dit plus haut nous autorise à trouver ce parallèle un peu schématique, et il ne suffira pas toujous aux besoins de la clinique. Comme l'a dit M. Rendu (1) « il est des cas hybrides où il est difficile de reconnaître à quelle variété on a affaire, lorsque, par exemple, à un fonds de névropathie viennent s'ajouter des lésions aortiques ».

Si l'on doit appeler vraies et graves toutes les angines qui peuvent être mortelles, on peut presque dire qu'il n'en est pas de fausses, puisqu'on a vu des cas de mort sans la moindre lésion vasculaire. Mais, sauf exception, il est vrai de dire, avec Parrot, que, si la lésion ne fait pas l'angine, elle fait du moins la gravité. On peut légitimement opposer la bénignité habituelle des angines de poitrine dépendant des névroses, à la haute gravité de celles liées aux lésions cardiaques. « En matière d'angine de poitrine, a dit M. Landouzy, l'étiologie a plus de valeur au point de vue du pronostic que la symptomatologie. »

La mort peut se voir dès le premier accès; cette terminaison est cependant rare, et le plus souvent la mort ne survient qu'après une série plus ou moins longue d'accès. Parmi les symptômes qui annoncent une gravité croissante et une fin prochaine, on signale la nécessité d'une cause occasionnelle moindre ou même inappréciable, et l'extension des irradiations douloureuses jusqu'à l'avant-bras ou jusqu'au petit doigt.

La guérison, fréquente et même de règle chez les névropathes, peut être obtenue même chez ceux qui paraissent le plus indubitablement porteurs de lésions organiques. D'après M. Guyot (2), même chez ces derniers, elle peut survenir spontanément.

VI

Quelles sont les lésions auxquelles on peut attribuer un rôle direct dans la pathogénie de l'angine de poitrine?

Étant donné la grande fréquence de cette affection, il y a lieu de s'étonner de l'obscurité de cette question et du petit nombre de faits sur lesquels s'appuient les statistiques, ce qui, soit dit en passant, doit leur ôter beaucoup de leur valeur. Ainsi sur 172 observations qu'il a rassemblées, M. Gauthier (de Charolles) a réuni 70 autopsies, et il a obtenu les résultats suivants : altérations des coronaires 38, de l'aorte 17, dégénérescence du cœur 4, hypertrophie, dilatation 4, péricardite 3, suppuration du médiastin 1, altération du foie 1, observations négatives 2. La statistique donnée par M. Huchard ressemble tellement à celle-ci, qu'elle a dû être dressée presque totalement à l'aide des mêmes faits.

Bien d'autres cas ont été publiés, qui ne figurent pas

(1) Huchard. Société médicale des hôpitaux, 1887.

(1) Rendu. Loc. cit.

(2) Guyot. Société médicale des hôpitaux, 1887.

dans ces tableaux : entre autres les autopsies où l'on a signalé la névrite du plexus cardiaque, intéressant ou non le phrénique (cas de Heine, de Lancereaux 1864, de Peter 1872, de Rendu 1874, de Boncour 1876, etc.). Il est très facile d'objecter que la névrite souvent n'est pas seule, que, d'autre part, elle est souvent difficile à constater, et qu'on ne peut, à l'œil nu, l'affirmer. Par contre, on peut supposer aussi que souvent elle n'a pas été sérieusement recherchée et qu'elle a pu passer inaperçue dans bien des cas où elle existait.

La lésion type, selon la théorie artérielle, est l'athérome des coronaires, qu'il soit isolé ou qu'il soit sous la dépendance d'un athérome aortique. C'est surtout au voisinage de l'orifice de ces artères que doit siéger la lésion, laquelle parfois n'est constituée que par une simple plaque appartenant à l'aorte mais intéressant l'orifice, grâce à sa situation. Le calibre de l'embouchure des artères coronaires est rétréci au point de ne laisser passer qu'un fin stylet ou même complètement oblitéré; on a signalé des cas où il était au contraire élargi ; le rétrécissement siégerait alors un peu plus loin sur le trajet du vaisseau lui-même. On a vu également la circulation interrompue par une thrombose dont la lésion athéromateuse avait favorisé la production.

Voici maintenant, d'après M. Lancereaux, la description de la névrite qu'il a constatée. « L'inflammation des tuniques de l'aorte s'est propagée au plexus cardiaque, dont quelques-uns des filets sont compris dans une sorte de gangue appliquée à la partie externe du vaisseau. » Au microscope on voit que « de nombreux noyaux ronds se trouvaient interposés sous forme d'amas entre les éléments tubuleux qu'ils semblaient comprimer plus ou moins. La portion médullaire de ces éléments était d'ailleurs légèrement grisâtre et grenue. » La description qu'en donne M. le professeur Peter est exactement la même.

Parlant du rôle des altérations vasculaires (athérome aortique, ossification et rétrécissement des coronaires), M. le professeur Grasset ne veut y voir « que des accidents concomitants ». C'est peu probable. L'opinion la plus généralement admise est que les altérations décrites plus haut amènent un trouble circulatoire, une ischémie des parois du cœur. Vienne la nécessité d'une circulation plus active, pour un effort, par exemple, le diamètre des vaisseaux ne suffit plus, le sang fait défaut, l'angine de poitrine commence. On a dit qu'il y avait alors une sorte de claudication intermittente du cœur. Dans les cas où il n'y a pas de lésions vasculaires des coronaires, on invoque l'ischémie par spasme ; à ce processus appartiendraient les angines de poitrine névrosiques et tabagiques (pas toutes celles-ci pour M. Huchard). C'est encore le spasme réflexe qui expliquerait l'angine de poitrine et la mort dans les cas où l'on ne trouve comme lésion qu'une plaque d'aortite, loin de l'orifice des artères coronaires (1). Ce sont là presque de simples hypothèses, ces spasmes étant bien difficiles à constater ou à démontrer.

A cette théorie artérielle, on a fait diverses objections, dont la première est que l'angine de poitrine est bien plus rare que l'aortite et la coronarite qui doivent lui donner naissance. On pourrait répondre qu'il existe parfois des artères coronaires supplémentaires qui peuvent remplacer celles qui sont malades ; mais ces anomalies, étudiées par M. Budor (1), sont l'exception et sont généralement fort peu développées. M. Liégeois, de son côté, pense que l'ischémie ne suffit pas, qu'elle joue seulement un rôle de cause prédisposante, et que, pour que la douleur de l'angor se produise, il faut que l'ischémie se transforme en anémie brusque. Hommer rapporte un fait où, malgré l'occlusion totale des coronaires, les troubles fonctionnels graves du cœur ne furent accompagnés d'aucune douleur de la région cardiaque : le cœur se ralentit graduellement jusqu'au relâchement complet du ventricule. D'autres exemples ont encore été cités, entre autres à la Société médicale des hôpitaux (1887). M. Liégeois suppose que, dans certains cas, « dégénérescence graisseuse du cœur, dégénérescence graisseuse des filets nerveux, constitution définitive de l'athérome total avec obstruction complète des coronaires, ont marché de front sans manifestation, sans bruit, sans douleur, parce qu'un nerf graisseux n'est plus un nerf sensitif ».

Les partisans de la théorie nerveuse appuient leur opinion sur des observations anatomiques bien moins nombreuses, ce qu'ils expliquent par la difficulté de contater les lésions des nerfs. Du reste, dans bien des cas, il s'agirait selon eux d'une simple névralgie, laquelle évidemment ne peut laisser de traces matérielles. Cette théorie ne nie pas l'importance des lésions cardio-aortiques ; au contraire, elle leur fait jouer un rôle, mais indirect et variable : ce serait le point de départ habituel de la névrite, et celle-ci serait souvent due à la propagation, à la tunique externe du vaisseau, de l'inflammation qui a débuté par la tunique interne.

Les deux théories peuvent être défendues l'une et l'autre par de bons arguments, et elles sont même jusqu'à un certain point conciliables. Il est peu d'auteurs qui, aujourd'hui, partisans de l'une, ne fassent quelques concessions à l'autre. Ainsi, M. Huchard, dans ses leçons, a admis, comme MM. Liégeois et Gélineau, la possibilité de l'existence d'un angor névritique, fait très rare selon lui. M. le professeur Potain, partisan de l'ischémie cardiaque, ne se refuse pas à admettre la forme rhumatismale par hyperhémie du plexus cardiaque (2). M. Lecorché (3), qui a attribué l'angine de poitrine des goutteux à l'incrustation ossiforme de l'aorte et à l'artérite goutteuse, admet aussi que, par métastase, l'angine de poitrine peut, comme une sciatique, remplacer la douleur de l'orteil et aider à sa disparition ; il croit alors à une décharge de l'acide urique en excès dans le sang sur le plexus cardiaque.

On voit donc que, si l'étiologie de l'angine de poitrine commence à être connue, la pathogénie est encore fort obscure, et qu'on peut se demander s'il n'y a pas des différences fort tranchées à ce point de vue entre les diverses variétés. Si le rôle des lésions vasculaires est certain dans bien des cas, on peut se demander s'il est constant, et si cette action est directe ou si elle ne se fait pas plutôt par l'intermédiaire du système nerveux, dont l'excitation, due à une irrigation défectueuse, se traduirait par de la douleur.

Quant à la pathogénie spéciale de la douleur, de l'angoisse, des différents symptômes, elle est encore plus obscure. La douleur est localisée dans le plexus cardiaque ; on ne le conteste guère. On a tenté de faire dans cet ensemble la part du pneumogastrique, du sympathique et

(1) Huchard. Loc. cit.

(1) Budor. Thèse de Paris, 1888.
(2) Martinet. Loc. cit.
(3) Lecorché. *Traité théorique et pratique de la goutte*, 1884.

même du phrénique. Mais les auteurs ne sont arrivés à aucune conclusion démontrée ; après avoir résumé leurs avis et montré que ce qu'on a attribué au pneumogastrique pouvait l'être aussi bien au sympathique, M. le professeur Grasset conclut : « Une hypothèse qu'on peut ainsi retourner bout à bout, en lui laissant toute sa vraisemblance, me paraît singulièrement gratuite. »

VII

Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade en proie à un accès d'angine de poitrine, la première indication est de calmer ses douleurs et de conjurer le danger en coupant court à cet accès. Le moyen qui vient le premier à l'esprit est de faire une injection de *morphine*, et, de fait, ce moyen réussit presque toujours, que la morphine agisse simplement contre l'élément douleur, ou à titre de médicament vasculaire. Depuis longtemps Heberden, puis Jurine, avaient constaté les bons effets de l'opium en pareil cas. Il ne faut pas craindre de faire une injection un peu forte, de 1 à 2 centigrammes, la douleur étant le meilleur contrepoison de l'opium. Il est cependant des personnes réfractaires à ce médicament ; chez d'autres, l'accoutumance est telle qu'il faudrait en employer des doses bien plus considérables, qui pourraient devenir dangereuses. Il faut alors se servir de la *cocaïne*. M. Guéneau de Mussy conseillait de lui associer l'atropine et d'injecter, par exemple, 4 ou 5 gouttes de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine.	50 centigr.
Sulfate neutre d'atropine . .	1 —
Eau distillée.	10 grammes.

Depuis quelques années on emploie beaucoup, et avec de bons résultats, les inhalations de *nitrite d'amyle*. Ce médicament produit une dilatation vasculaire générale ; il diminue la pression sanguine et augmente la force et la fréquence des contractions cardiaques. D'après M. Huchard, dans le cas particulier, il agirait en dilatant les vaisseaux cardiaques et il rendrait le travail du cœur plus facile en diminuant les résistances périphériques ; par conséquent, il supprimerait la douleur, l'angoisse, et éloignerait le danger de syncope. Le même auteur conseille d'en respirer de 3 à 6 gouttes ; par suite de l'accoutumance, on peut être obligé d'en employer des doses de 10, 15 et même 20 gouttes. Le nitrite d'amyle a une action rapide (quelques secondes), mais fugace. Il doit être récemment préparé pour être efficace ; cependant on le conserve aisément dans de petites ampoules, un peu plus grosses que celles de vaccin, et le malade, sujet aux accès d'angine de poitrine, peut en porter toujours sur lui.

La *trinitrine* ou *nitroglycérine* a une action analogue ; elle paralyse les vaso-moteurs ; par suite, elle dilate les vaisseaux et abaisse la pression artérielle. Mais elle agit plus lentement (quatre à cinq minutes) ; en revanche, son action est plus durable (deux à trois heures). Elle doit donc être employée de préférence entre les accès, qu'elle éloigne et peut même parfois faire disparaître. On l'emploie habituellement à la dose de trois cuillerées à dessert, ou même à bouche, de la solution suivante dans la journée :

Solution alcoolique de trinitrine au 100e.	XXX gouttes.
Eau distillée	300 grammes.

(Huchard.)

Elle est encore plus efficace en injections hypodermiques : un quart de seringue de Pravaz de

Solution alcoolique de trinitrine au 100e	XL gouttes.
Eau distillée.	10 grammes.

On a employé également le *nitrite de sodium* à la dose de une à deux cuillerées à café de la solution suivante dans la journée :

Nitrite de sodium	14 grammes.
Eau de rivière	350 —

(Matthew Hay.)

De Fleury (de Bordeaux) a expérimenté et employé aussi le *tribromure d'allyle* à la dose de 2 à 4 gouttes en solution dans l'éther.

Ces deux derniers médicaments ne sont guère usités, au moins en France.

Le chloroforme est peu pratique et peut être dangereux ; quant aux saignées générales, elles sont déconseillées, sauf par M. le professeur Peter, qui en recommande l'emploi en cas de névrite.

Entre les accès, le traitement se basera surtout sur l'éloignement de la cause. Ainsi chez les tabagiques, il faudra supprimer absolument l'usage du tabac ; il n'est pas nécessaire d'insister sur ce point.

Dans la variété traumatique, surtout quand les accès sont précédés d'une aura, il serait bon de pratiquer au besoin la section sous-cutanée du nerf conducteur (Tillaux) ou tout au moins d'essayer d'empêcher l'aura de cheminer par une forte constriction, comme on a parfois réussi à le faire dans l'épilepsie.

On a conseillé l'emploi des courants continus dans les angines névralgiques, les courants interrompus employés par Duchenne (de Boulogne) étant regardés comme dangereux.

Les angines de poitrine, qui relèvent d'une névrose, disparaîtront avec son amélioration sous l'influence des sédatifs, tels que le chloral, le bromure de potassium et même l'hydrothérapie ; les douches devront toujours être maniées avec prudence ; elles ne seront employées que dans l'intervalle des accès, et seulement si on est sûr de l'absence d'une lésion cardiaque.

M. Martinet conseille, pour l'angine de poitrine rhumatismale, de suspendre l'emploi du salicylate de soude, de faire des émissions sanguines locales (quatre ou cinq ventouses scarifiées, ou mieux six à huit sangsues), de donner à l'intérieur des stimulants diffusibles (éther, acétate d'ammoniaque), et, quand le danger pressant est éloigné, d'appliquer un vésicatoire à la région présternale.

Dans les formes qui sont liées à l'artério-sclérose ou à l'aortite, M. Huchard conseille les révulsifs locaux : sangsues, vésicatoires, pointes de feu répétées, séton à la région présternale. Il recommande l'emploi des eaux alcalines et chlorurées. Enfin, l'usage continu, pendant des mois et des années, de l'iodure de potassium lui a donné de très beaux succès ; il engage à commencer par de faibles doses, 50 centigrammes en deux fois, pour arriver progressivement à 4 grammes par jour. De temps en temps, il est bon de suspendre pendant quelques jours l'emploi du médicament, que l'on peut avantageusement remplacer par l'iodure de sodium.

Il va sans dire que l'on éloignera ou combattra les causes

de la dyscrasie (alcoolisme, saturnisme, arthritisme, etc.), et que l'on évitera avec soin toutes les causes occasionnelles, telles qu'efforts, émotions, fatigue, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 janvier 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

PRÉSENTATIONS

Prolapsus du rectum. — **M. Verneuil** dépose sur le bureau de la Société de chirurgie un travail de MM. Duret et Vallin sur le prolapsus du rectum.

M. Berger présente : 1° de la part de M. le docteur Levis, l'observation d'un malade auquel on a pratiqué une désarticulation inter-scapulo-humérale; 2° de la part de M. Février, médecin-major, deux observations de fistules branchiales.

COMMUNICATION

Gros fibrome inclus dans les ligaments larges. — **M. Terrillon.** A propos de la présentation faite par M. Pozzi, dans la dernière séance, je désire résumer devant vous l'observation d'une femme âgée de trente-sept ans et mère de sept enfants. Trois ans avant de se soumettre à mon examen, cette femme avait ressenti les premiers symptômes qui indiquaient le début de sa tumeur, qui fit des progrès rapides. En octobre 1888, le ventre de cette dame avait acquis 1m60 de circonférence et il existait des phénomènes graves, réclamant une intervention urgente : signes d'obstruction intestinale; signes de compression de la vessie et des uretères.

Le toucher et le palper combinés permettaient de constater que le col était très remonté. On trouvait facilement une tumeur non mobile et remplissant le bassin. Je fis l'opération le 10 octobre 1888. Mon incision très longue dépassa l'ombilic. Je tombai sur une tumeur bosselée, divisée en plusieurs loges, occupant une grande partie du bassin et incluse dans les deux ligaments larges.

Je dus la décortiquer avec lenteur sur toute sa surface, séparer et ménager les uretères, enfin la détacher de la vessie qui était très adhérente. Cette décortication fut pénible. Je réussis néanmoins à faire un pédicule qui était formé par le col et un petit bout du corps utérin. Après avoir sectionné la matrice et cautérisé la cavité utérine, je fis des sutures pour fermer celle-ci et créer une collerette péritonéale suivant la méthode de Schrœder. Le lavage du péritoine fut pratiqué comme de coutume, et je terminai l'opération, qui avait duré deux heures et demie, en suturant la plaie de la paroi abdominale avec du crin de Florence. Un gros drain fut placé à côté du moignon.

Il s'agissait d'un fibrome pesant 19 kilogrammes et développé sur les faces postérieure et latérales de l'utérus. La guérison a eu lieu sans incident. L'opérée quittait l'hôpital le vingt-huitième jour. Depuis cette époque, j'ai eu d'excellentes nouvelles de cette femme.

M. Reclus. J'ai eu l'occasion d'opérer, avec le concours de M. Segond, une jeune femme qui avait un énorme fibrome des ligaments larges. L'opération fut très difficile. Cette tumeur présentait des adhérences, très nombreuses et surtout très vasculaires, avec les ligaments larges et l'épiploon. La rupture de ces adhérences entraîna une hémorrhagie assez abondante pour nous donner des inquiétudes.

M. Segond et moi, nous prîmes le parti de rompre d'un seul coup ces adhérences, chacun de notre côté, et de terminer rapidement l'opération. Fait curieux, l'hémorrhagie s'arrêta presque immédiatement, sans qu'il fût nécessaire de se servir de pinces hémostatiques. La tumeur fibreuse était contenue dans le ligament large et indépendante de l'utérus.

La malade supporta très bien l'opération et la guérison ne tarda pas à survenir.

M. Tillaux a présenté, il y a deux ans, à la Société de chirurgie, une véritable tumeur du ligament large. Il ne faut pas confondre les tumeurs qui naissent sur l'utérus et qui se développent secondairement entre les feuillets du ligament large et les tumeurs qui prennent naissance primitivement dans l'intérieur de ces ligaments. Il y a donc : 1° des fibromes utérins qui se logent dans le ligament large; 2° des fibromes sans adhérence avec l'utérus, qui ont leur point d'origine dans le ligament large.

M. Terrillon a dit que le fibrome était inclus dans le ligament large, et n'a pas dit autre chose. Les tumeurs qui pénètrent entre les feuillets du ligament large ont une réelle importance au point de vue opératoire. C'est la raison qui l'a invité à publier son observation.

RAPPORTS

Abcès du foie. — **M. Chauvel** donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Barthélemy : « Nouveau cas d'abcès du foie. Traitement par la méthode de Little. »

M. le docteur Barthélemy rapporte trois observations :

Dans le premier cas il s'agit d'un malade qui a subi inutilement plusieurs ponctions dans le foie. Le pus n'a pu être trouvé. Le diagnostic d'hépatite suppurée, quoique probable, n'est pas établi sur des bases solides.

La deuxième observation a trait à un homme qui a reçu un coup sur la région hépatique. Ce traumatisme fut la cause d'une hépatite. Bientôt survinrent les signes d'un abcès du foie. Une première ponction permit de constater la présence du pus dans le foie. Mais trois ponctions successives furent inutilement pratiquées; enfin, le pus fut de nouveau retrouvé. Immédiatement on fit l'incision des parties molles et de la substance hépatique. Lavages phéniqués; drain; lavage avec une solution de sublimé à 1/2000e; guérison rapide.

Troisième cas : Un homme présenta les symptômes classiques d'un abcès du foie après une attaque de dysentérie. Le pus fut rencontré une fois, mais on dut pratiquer infructueusement trois ponctions. Enfin le trocart finit par laisser passer une certaine quantité du pus. Incision au bistouri des téguments et du foie. Le pus renfermait des grumeaux et une certaine quantité de gaz. Il n'existait pas cependant une communication avec le tube digestif. Lavages antiseptiques; drain; guérison.

Les faits signalés par M. Barthélemy sont intéressants. D'abord il faut faire remarquer la possibilité de rencontrer, dans un court espace de temps, trois malades ayant présenté des symptômes d'abcès du foie.

Grâce aux ponctions exploratrices, on peut agir vite. Dès que la présence du pus est décelée, on fait une large incision, sans trop se préoccuper s'il existe ou pas des adhérences péritonéales.

M. Barthélemy a réussi à trouver le pus de bonne heure. Il a ouvert immédiatement l'abcès hépatique.

Fistule urinaire; extirpation du trajet fistuleux et fixation du rein. — **M. Brun** fait un rapport sur un travail de M. Tuffier sur ce sujet (1).

Dans le cas rapporté par M. Tuffier, l'incision rénale, qui avait été pratiquée, avait fait constater la présence de calculs dans le bassinet. Mais il n'existait pas de pyélo-néphrite. Il s'établit plus tard une fistule rénale. Mais l'urine qui sortait par la région rénale ne contenait pas de pus. On put, par une injection de teinture d'iode, prouver la perméabilité de l'uretère correspondant.

Donc, asepsie rénale et perméabilité de l'uretère. Ces deux conditions permirent à M. Tuffier de penser qu'on pouvait débarrasser le malade de sa fistule, par un procédé qui consistait essentiellement dans l'extirpation du trajet fistuleux, dans le décollement du rein et dans la fixation de cet organe à la paroi.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1225.

Ce procédé est-il souvent applicable? Non, car les fistules rénales s'accompagnent, dans la majorité des cas, de suppuration rénale et de lésions uretérales. Le défaut de perméabilité de l'uretère est la règle. Assez souvent la perméabilité du conduit uretérique est intermittente. De temps à autre il y a des décharges de pus par les voies inférieures de l'urine.

Quand il y a du pus dans le rein ou le bassinet, quand l'uretère est plus ou moins oblitéré, on ne peut penser à faire l'opération recommandée par M. Tuffier. Pour rétablir la libre circulation de l'urine, on a préconisé le cathétérisme de l'uretère, mais cette opération n'a donné que des résultats précaires.

En somme, si l'on veut suivre l'exemple de M. Tuffier, il faudra attendre la guérison de l'uretérite, constater la perméabilité du conduit uretérique et l'absence de pus dans l'urine. Dans ces conditions, l'opération préconisée par M. Tuffier est bonne. Elle a rendu un incontestable service à son malade. Celui-ci se présentait dans des conditions exceptionnelles. L'urine ne contenait pas de pus et l'uretère était perméable. Comme l'autre rein du patient était altéré, la néphrectomie était contre-indiquée.

Les fistules rénales, accompagnées de suppuration rénale et d'occlusion du conduit uretérique, doivent être traitées par l'extirpation du rein, si celui du côté opposé n'est pas altéré. Dans quelques cas rares, la fistule existe et il y a perméabilité de l'uretère et asepsie rénale.

L'opération de M. Tuffier trouve alors ses indications.

M. BOUILLY. L'opération dont il s'agit est une ressource nouvelle contre une lésion difficile à guérir. Mais la fistule rénale, consécutive à une suppuration, ne peut pas être traitée comme l'indique M. Tuffier. La suppuration rénale amène un épaississement des tissus situés autour du rein. Or, isoler le rein, dans ces cas, n'est pas chose aisée. Il y a fistule rénale et fistule péri-rénale en même temps. Les adhérences au péritoine sont solides, et il n'est guère possible de libérer la glande.

Dans un cas, qu'il observe depuis deux ans, il n'a pas osé pratiquer une opération semblable à celle que M. Tuffier a préconisée. Il a gratté, curé la cavité et touché le trajet fistuleux au thermocautère. Il a été impossible, lors de l'opération qu'il a pratiquée, de reconnaître ce qui appartenait au rein proprement dit.

M. MARCHAND a ouvert un abcès néphrétique; le malade a été guéri, mais il existe une fistule. Il a essayé de faire disparaître celle-ci, mais l'opération n'a pas permis de trouver la source d'où provenait le pus qui entretenait la fistule. Il aurait été impossible d'isoler le rein.

M. LE DENTU. La conception de l'opération pratiquée par M. Tuffier revient à M. Guyon, qui en a décrit les différents temps dans une leçon clinique. M. Guyon a insisté sur les dangers de cette intervention quand l'uretère n'est pas perméable, et quand il existe de la suppuration rénale.

Les fistules rénales, non accompagnées de suppuration du rein ou du bassinet, sont très rares. Quand il existe des adhérences du rein, il est extrêmement difficile de mobiliser cet organe. On sait que la présence des adhérences constitue une des grandes difficultés de la néphrectomie.

L'opération conçue par M. Guyon est rationnelle, mais elle ne trouve que de rares applications.

Ovariotomie. — M. PEYROT lit un court rapport sur trois observations d'ovariotomie envoyées par M. Ledru.

PRÉSENTATION DE MALADES

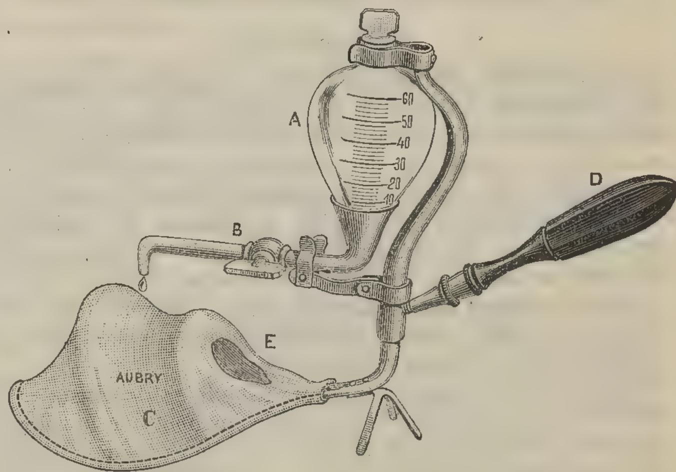
M. MOTY présente deux opérés : 1° Trépanation pour abcès développé sous le crâne, à la suite d'une plaie par arme à feu. Guérison; 2° Laparotomie pour blessure de l'intestin grêle, par coup de pied de cheval. Guérison.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Nouvel appareil à chloroforme de M. le docteur Créquy.

Il est admis aujourd'hui par le plus grand nombre des chirurgiens, que le mode le plus simple d'administrer le chloroforme consiste à se servir d'une simple compresse; ce n'est pas mon avis : que l'élève qui le donne soit un peu distrait, la compresse peut s'appliquer presque hermétiquement sur le visage, l'agent anesthésique arrive presque pur dans les voies respiratoires et les accidents surviennent, aussi n'étais-je pas étonné d'entendre un éminent professeur dire qu'il redoutait l'emploi du chloroforme au commencement de l'année, parce que ses élèves n'étaient pas familiarisés avec son emploi. Mon nouvel appareil (fabriqué par MM. Aubry et Leplanquais) me paraît remédier à ce grave inconvénient. Il se compose d'un flacon gradué, permettant d'évaluer exactement la quantité de chloroforme employée,



il est muni d'un robinet qui laisse tomber le liquide goutte à goutte sur un morceau de flanelle tendu sur une grille hémisphérique percée d'un trou, obligeant l'air à se mêler toujours aux vapeurs du chloroforme et empêcher ainsi les accidents asphyxiques; un manche permet de tenir l'appareil d'une main, tandis que l'autre explore le pouls et laisse le regard suivre les mouvements de la respiration.

La présence d'un aide pour verser le liquide est inutile, puisque le flacon fait partie de l'appareil. Veut-on interrompre la chloroformisation, il suffit d'une légère inclinaison; veut-on augmenter la dose pour gagner du temps, il n'y a qu'à tourner le robinet. Ainsi, cet appareil permet : 1° d'user une moins grande quantité de chloroforme; 2° de doser exactement la quantité employée; 3° de se passer d'aide pour tenir le pouls et verser le chloroforme, mais surtout de rendre l'usage de ce précieux médicament, moins dangereux en assurant le mélange d'une grande quantité d'air aux vapeurs chloroformiques; depuis une douzaine d'années que j'en fais usage, soit pour des opérations, soit dans les accouchements, je n'ai jamais eu à redouter le moindre accident, je serais heureux d'apprendre qu'il a donné les mêmes résultats entre les mains d'autres praticiens.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 janvier 1890, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Schindler, en remplacement de M. Dufour, décédé; désigné pour les fonctions de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Dijon.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Ga dit Gentil, en remplacement de M. Fonsart, décédé; maintenu au 71e d'infanterie. — Testevin, en remplacement de M. Schindler, promu; désigné pour le 42e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Landouzy, en remplacement de M. Ga dit Gentil, promu, maintenu provisoirement au 8e d'infanterie; Cornille, en remplacement de M. Testevin, promu, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— Par décision ministérielle, en date du 8 janvier 1890, les médecins-majors de première classe dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. Cordier, pour le 87e d'infanterie; Catteau, pour les fonctions de membre de la section technique de santé, au ministère de la Guerre; Aubry, pour le 47e d'infanterie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Camille Bancel (de Toul), fils et petit-fils de médecins; de MM. Paquet, professeur à la Faculté de médecine de Lille, et Willemin, ancien inspecteur-adjoint des eaux de Vichy, qui viennent de succomber aux complications de l'influenza.

— M. le professeur Mathias-Duval commencera, à l'École d'anthropologie, le cours d'anthropogénie et d'embryologie comparée, le lundi 13 janvier, à cinq heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Ostéomyélite des adultes.

J'ai examiné devant vous un homme de quarante-cinq ans, commis voyageur de profession, d'un tempérament robuste. Sa face rouge fait penser qu'il se livre à des excès de boisson et, en effet, cet homme est un alcoolique. Dans ses antécédents, on ne trouve rien de notable. Il n'a jamais eu d'engorgements ganglionnaires. Étant enfant, il a eu la rougeole et, plus tard, un accident a déterminé la perte de son médius.

Il y a dix ans, sans aucune cause, il éprouva une douleur violente au niveau du talon droit. Un abcès se forma, s'ouvrit et se termina par la guérison, sans laisser de fistule. Depuis cette époque, cet homme jouit d'une excellente santé. Il avait oublié complètement son ancienne maladie, quand, il y a trois mois, sans nouvelle cause, il ressentit de la douleur au talon droit, un abcès apparut et s'ouvrit au niveau de l'ancienne cicatrice. Cette poussée aiguë ne tarda pas à se calmer et cet homme put reprendre ses occupations. Mais le pus continuait à s'écouler par plusieurs fistules. C'est dans ces conditions qu'il se décida à entrer à l'hôpital.

A l'heure actuelle, notre malade n'a ni sucre, ni albumine dans l'urine. Les poumons sont en bon état. Les viscères ne présentent aucune altération. La santé générale est fort satisfaisante.

L'examen local nous permet d'apprécier les modifications suivantes : au niveau de la face externe et antérieure de la région talonière droite, la peau est épaissie, dure, rougeâtre, sur une certaine étendue. Les téguments, altérés par une inflammation chronique, présentent quelques plis au fond desquels se trouvent quatre fistules imperceptibles, non recouvertes de fongosités rougeâtres. Les deux antérieures conduisent dans la direction de la grande apophyse du calcanéum ; les deux postérieures répondent au corps même de cet os. Le stylet permet de pénétrer dans un canal étroit et s'enfonce de 2 centimètres dans le tissu osseux. Pendant ce trajet, l'instrument rencontre des trabécules, des aspérités osseuses, et tombe enfin sur un os dur. On peut même constater qu'en un point, il existe une dénudation osseuse de 15 millimètres environ.

L'articulation tibio-tarsienne n'est pas atteinte : ses mouvements sont à peu près normaux. Les mouvements qui se passent dans les articulations du pied se font aisément. Cependant, la rotation du pied en dehors est un peu douloureuse.

Quel diagnostic devons-nous porter ?

Il ne s'agit pas d'un cancer, c'est évident. La maladie a débuté il y a dix ans. La production des abcès et des fistules, l'épaississement inflammatoire de la peau, l'absence de ganglions, les caractères des fistules suffisent pour faire rejeter cette hypothèse.

S'agit-il d'une tuberculose osseuse ? C'est ce qu'il faut discuter.

Cet homme est vigoureux ; sa santé générale est excellente. Il n'a pas d'antécédents tuberculeux. Il n'a jamais eu aucun accident pouvant être rapporté au bacille de Koch. Ses poumons sont sains. Bref, cet homme n'a aucun signe de tuberculose. Reste la lésion. Mais les fistules tuberculeuses ont un aspect baveux, elles sont recouvertes d'une sorte de vernis grisâtre que l'on reconnaît aisément avec un peu d'habitude. Rien de semblable n'existe chez cet homme.

Je reviens sur le début et la marche de l'affection actuelle de ce malade. Jusqu'à trente-cinq ans, il n'aurait jamais été souffrant. Le début est spontané et subit. La guérison survient facilement et il n'y a pas de fistule. Ce n'est que dix ans après que la lésion fait une nouvelle apparition. Or, je déclare que ce n'est pas ainsi que se comporte ordinairement la tuberculose osseuse.

Pour toutes ces raisons, je dis que nous sommes en présence d'une ostéomyélite.

Vous savez qu'on peut et même qu'on doit diviser l'ostéomyélite en : 1° ostéomyélite aiguë de l'enfance et de l'adolescence, bien connue depuis les travaux de M. Lannelongue et de ses élèves ; 2° ostéomyélite prolongée de l'enfance et de l'adolescence. La lésion qui a débuté de bonne heure s'éternise chez le sujet. De temps à autre, il y a des poussées aiguës, des retours offensifs ; 3° ostéomyélite qui se montre d'emblée chez l'adulte.

Le début de cette forme peu connue est tantôt latent et insidieux, tantôt subaigu, sans grande réaction, parfois

enfin aigu. La marche de la maladie est souvent trompeuse et il faut la connaître pour la découvrir. Ceux, en effet, qui ignorent l'existence de l'ostéomyélite d'emblée de l'adulte commettent toujours une erreur de diagnostic, quand ils sont en présence d'un cas de ce genre. Ils s'informent avec soin du début de la maladie; ils fouillent dans les antécédents, ils constatent que le patient n'a jamais rien eu du côté des os, pas plus pendant l'enfance que pendant l'adolescence, et ils éliminent systématiquement l'ostéomyélite. Je le répète, c'est une erreur due à l'ignorance qu'ils ont d'une forme parfaitement légitime, l'ostéomyélite primitive de l'adulte.

L'homme dont je vous ai parlé, et qui est couché au n° 5, est un exemple probant du début insidieux que nous avons signalé dans l'ostéomyélite de l'adulte.

Au n° 6 de la même salle, vous trouverez un homme qui, l'été dernier, a ressenti subitement, en bêchant, une douleur assez vive à l'épaule droite. Peu de jours après, les souffrances étaient accompagnées d'une tuméfaction notable, au niveau de l'épaule, et le praticien qui fut appelé porta le diagnostic d'*os dérangé*. Mais c'était un abcès volumineux qu'on dut ouvrir à plusieurs reprises.

En ce moment, il existe une fistule qui mène sur la partie supérieure de la clavicule où l'on constate une large dénudation osseuse. Comment interpréter ce fait? S'agit-il d'une fracture vulgaire de la clavicule? Mais la fracture se serait produite spontanément, sans que cet homme eût fait un effort plus violent que d'habitude. De plus, on n'explique guère la suppuration dans cette hypothèse. Il n'y avait pas de solution de continuité, au niveau des téguments; cet homme était en bonne santé, quand il a eu sa douleur suivie de l'apparition d'une collection purulente. Les fractures ne déterminent pas ainsi, au bout de trois cent quatre jours, sans cause ni raison, une suppuration au voisinage des fragments. Ce n'est pas de cette façon que les choses se passent.

Mais il est infiniment probable que la clavicule subissait déjà l'influence insidieuse d'une ostéomyélite, quand un simple mouvement a déterminé la fracture de l'os malade. Et alors on comprend aisément la production de l'abcès. Dans ce cas encore, je porte donc le diagnostic d'ostéomyélite de l'adulte.

Qu'allons-nous faire au n° 5, à l'homme atteint d'ostéomyélite du calcanéum?

Il est évident qu'il ne faut pas songer à une amputation. Nous allons procéder à une résection atypique ou évidement. Après avoir gratté les fistules, nous enlèverons non seulement les séquestres mais aussi les parties suspectes de l'os, les parties *séquestrables*.

DU TAMPONNEMENT ANTISEPTIQUE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Par M. le docteur E. Blanc.

L'idée de traiter les hémorrhagies graves post-partum, en mettant des tampons dans la cavité utérine, remonte à plus d'un siècle. Leroux employa ce moyen avec succès. En 1875, Binet rapporta trois observations d'hémorrhagies graves, consécutives la délivrance et arrêtées par l'introduction dans l'utérus de bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer pur.

C'est Dührssen qui est, en réalité, le promoteur du tamponnement antiseptique de la matrice après l'accouchement.

MM. Fraitpont, Auvard, Bœcker adoptèrent cette pratique.

Mais quand faut-il faire le tamponnement?

Lorsque l'hémorrhagie post-partum ne cède pas aux moyens ordinairement efficaces.

Parfois le sang provient d'une déchirure du col ou du vagin. Dans ces cas quelques sutures suffisent pour arrêter l'hémorrhagie. Mais quand il n'existe aucune plaie apparente, on est obligé d'avoir recours :

1° A l'injection antiseptique chaude à 50 degrés;
2° A l'ergot de seigle;
3° A la compression de l'utérus à travers l'abdomen;
4° A l'introduction de la main dans la matrice;
5° A la compression de l'aorte.

Quand ces moyens ont été vainement essayés, il faut pratiquer le tamponnement de l'utérus.

Pour mener à bien cette petite opération, il faut fixer le col à l'aide d'une pince tire-balle et porter dans la cavité utérine, avec une longue pince à pansement, une bande de gaze iodoformée.

L'utérus est soigneusement bourré.

On achève en tamponnant modérément la cavité vaginale.

Mais avant d'introduire la gaze dans la matrice, on aura soin de faire un lavage antiseptique de la cavité utérine. (*Province médicale.*)

TRAITEMENT DE LA CYSTITE CHRONIQUE

Ludwig Freey a obtenu d'excellents résultats, dans le traitement de la cystite chronique, en injectant dans la vessie une certaine quantité d'iodoforme. A la troisième ou à la quatrième injection, l'amélioration est telle que les malades ne souffrent plus.

Ludwig Freey recommande :

1° De laver la vessie à l'eau bouillie tiède;

2° D'injecter une cuillerée à café du mélange suivant dans un litre d'eau tiède :

Iodoforme.	50 grammes.
Glycérine.	40 —
Eau distillée	10 —
Gomme adragante.	25 centigrammes.

Agitez.

Faire trois injections par jour.

Il est certain que l'iodoforme agit comme antiseptique et comme analgésique sur la muqueuse vésicale. Ce médicament peut être d'un grand secours dans le traitement des cystites; mais les effets de l'iodoforme sont loin d'être aussi bons et surtout aussi rapides que le dit Ludwig Freey. En somme, ces injections peuvent être prescrites, mais il ne faut pas trop compter sur leur efficacité. C'est, du moins, ce que l'expérience nous a démontré.

RAPPORT ET DÉCRET

PORTANT CONSTITUTION ET ORGANISATION DU CORPS DE SANTÉ DES COLONIES ET PAYS DE PROTECTORAT

I

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 7 janvier 1890.

Monsieur le Président,

Le service médical aux colonies est actuellement confié à des officiers du corps de santé de la marine, qui sont détachés, pour une période variant de un à deux ans, dans les hôpitaux coloniaux, et qui relèvent exclusivement du ministre de la Marine pour tout ce qui concerne l'avancement, la discipline et l'organisation de leur corps.

Cet état de choses, qui a été maintenu provisoirement

depuis la séparation des colonies et de la marine, offre, à différents points de vue, de sérieux inconvénients. D'une part, en effet, il est inadmissible que le ministre chargé des colonies n'ait pas, sous son autorité immédiate, un service dont l'importance grandit chaque jour, en raison de la place qu'ont prise, dans les préoccupations de l'opinion publique, les questions relatives à l'hygiène des troupes et des colons, à la salubrité des logements et des casernements et aux moyens de prévenir la propagation des épidémies. D'autre part, tout en rendant une entière justice à la science et au dévouement dont ont toujours fait preuve les médecins de la marine, il est impossible de méconnaître que le roulement auquels il sont astreints, pour assurer à la fois et le service de la flotte et le service des colonies, ne leur laisse que peu de temps pour étudier les questions d'ordre général qui touchent à l'hygiène et à l'amélioration du régime sanitaire de nos possessions d'outre-mer.

Ces considérations m'ont amené à rechercher dans quelles conditions il serait possible, sans grever le budget de dépenses nouvelles, de constituer un corps de santé spécial aux colonies. Il m'a paru que le moyen le plus simple d'obtenir ce résultat serait de revenir, sauf à y introduire les améliorations que l'expérience a suggérées, au système qui a été en vigueur de 1835 à 1866, période pendant laquelle le service colonial était assuré par des médecins spécialement affectés aux colonies.

Sans rechercher les motifs pour lesquels cette organisation fut abandonnée en 1866, on peut affirmer que, durant la période de plus de trente ans pendant laquelle elle a existé, elle a donné d'excellents résultats et que le personnel médical, ainsi spécialisé, avait acquis une haute valeur professionnelle.

Le projet de décret ci-joint, qui règle l'organisation du nouveau corps de santé spécial aux colonies et que j'ai l'honneur de soumettre à votre approbation, a été préparé d'accord avec le ministre de la Marine, de manière à ne pas léser les intérêts des officiers de santé qui assurent aujourd'hui le service des colonies, et sans créer un accroissement de charges pour le Trésor. Il permet, en effet, aux médecins qui désireraient servir définitivement aux colonies, d'entrer par voie d'option dans le nouveau corps, et il n'y aura aucune augmentation de personnel dans les cadres respectifs du service colonial et du service marine par le fait de la séparation qu'impose l'organisation actuelle de l'administration des colonies.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mon profond respect.

Le président du Conseil, ministre du Commerce, de l'Industrie et des Colonies,

P. Tirard.

II

Décret.

Le Président de la République française,

Vu le sénatus-consulte du 3 mai 1854 et spécialement les articles 7 et 18;

Vu le décret du 23 octobre 1883 sur le service dans les places de guerre et villes de garnison;

Vu le décret du 14 mars 1889 portant rattachement des services coloniaux au ministère du Commerce et de l'Industrie,

Sur le rapport du président du Conseil, ministre du Commerce, de l'Industrie et des Colonies, et du ministre de la Marine,

Décrète :

TITRE PREMIER

CONSTITUTION ET COMPOSITION DU CORPS DE SANTÉ DES COLONIES ET PAYS DE PROTECTORAT

Institution du corps de santé des colonies et pays de protectorat. — Sa mission.

Article premier. — Il est institué un corps de santé des colonies et pays de protectorat, qui a pour mission d'assurer le service de santé dans les hôpitaux, établissements et services coloniaux. Il relève directement du ministre chargé des colonies.

Hiérarchie du corps.

Art. 2. — La hiérarchie du corps de santé des colonies et pays de protectorat est constituée ainsi qu'il suit :

Service médical.

	ASSIMILATION
Médecin-inspecteur de 1re classe.	Directeur du service de santé de la marine.
Médecin-inspecteur de 2e classe.	Grade intermédiaire entre médecin en chef et directeur du service de santé de la marine.
Médecin en chef de 1re classe. .	Colonel. Médecin en chef de la marine.
Médecin en chef de 2e classe. .	Lieutenant-colonel.
Médecin principal.	Chef de bataillon. Médecin principal de la marine.
Médecin de 1re classe	Capitaine. Médecin de 1re classe de la marine.
Médecin de 2e classe.	Lieutenant. Médecin de 2e classe de la marine.

Service pharmaceutique.

	ASSIMILATION
Pharmacien en chef de 1re classe.	Colonel. Pharmacien en chef de la marine.
Pharmacien en chef de 2e classe.	Lieutenant-colonel.
Pharmacien principal.	Chef de bataillon. Pharmacien principal de la marine.
Pharmacien de 1re classe . . .	Capitaine. Pharmacien de 1re classe de la marine.
Pharmacien de 2e classe. . . .	Lieutenant. Pharmacien de 2e classe de la marine.

Art. 3. — Les officiers du corps de santé des colonies et pays de protectorat sont placés sous le régime de la loi du 19 mai 1834 sur l'état des officiers.

TITRE II

DES TRAITEMENTS, SUPPLÉMENTS ET PENSIONS DE RETRAITE

Fixation des traitements et allocations des officiers du corps de santé.

Art. 4. — Les traitements des officiers du corps de santé des colonies et pays de protectorat, et les diverses allocations qui leur sont attribuées, sont fixés par les tableaux annexés au présent décret (1).

Régime des pensions.

Art. 5. — Les pensions pour ancienneté de service ou pour infirmités incurables, auxquelles pourront avoir droit les officiers du corps de santé des colonies et pays de protectorat, seront liquidées d'après les assimilations indiquées à l'article 2 du présent décret, conformément aux dispositions des lois des 18 avril 1831 et 5 août 1879 (2).

(1) Voyez le *Journal officiel* du 9 janvier 1890, p. 148, 149 et 150.

(2) La base de la pension fixée pour le grade de médecin-inspecteur de deuxième classe est la même que pour celui de première classe.

Bénéfice à titre d'études péliminaires.

Art. 6. — Il est compté pour la retraite, sauf les exceptions prévues au titre IX du présent décret, quatre années de service, à titre d'études préliminaires, aux médecins et pharmaciens admis dans le service de santé des colonies et pays de protectorat, avec les diplômes de docteur en médecine ou de pharmacien universitaire de première classe.

TITRE III

DU RECRUTEMENT ET DE L'AVANCEMENT

Conditions exigées pour l'admission dans le corps.

Art. 7. — Nul ne peut être nommé médecin ou pharmacien de deuxième classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat s'il ne satisfait aux conditions suivantes :

1° Être Français ou naturalisé Français;

2° Être âgé de moins de vingt-huit ans au moment de son admission, à moins qu'il ne compte assez de services à l'État pour avoir droit à une pension de retraite à cinquante-trois ans;

3° Être pourvu du diplôme de docteur en médecine ou du titre de pharmacien universitaire de première classe; la préférence étant acquise aux élèves sortant de l'École du service de santé de la marine;

4° Être reconnu propre au service militaire et apte à servir dans les colonies et pays de protectorat, après constatation par un médecin des colonies et pays de protectorat, par un médecin de la marine ou par un médecin militaire;

5° Produire un extrait pour néant de son casier judiciaire, un certificat de bonnes vie et mœurs et un certificat constatant sa situation au point de vue de la loi sur le recrutement de l'armée.

Art. 8. — Nul ne peut être promu au grade de médecin ou de pharmacien de première classe s'il ne compte deux années de grade comme médecin ou pharmacien de deuxième classe, et s'il n'a accompli dans ce grade une période de séjour de deux années dans les établissements outre-mer.

Art. 9. — Nul ne peut être promu au grade de médecin ou pharmacien principal s'il ne compte trois années de grade comme médecin ou pharmacien de première classe, et s'il n'a accompli dans ce grade une période de séjour de deux années dans les établissements outre-mer.

Art. 10. — Nul ne peut être promu au grade de médecin ou pharmacien en chef de deuxième classe, s'il ne compte deux années de grade comme médecin ou pharmacien principal et s'il n'a accompli dans ce grade une période de séjour de deux années dans les établissements outre-mer.

Art. 11. — Nul ne peut être promu au grade de médecin ou pharmacien en chef de première classe, s'il ne compte deux années de grade comme médecin ou pharmacien en chef de deuxième classe.

Art. 12. — Nul ne peut être promu au grade de médecin-inspecteur de deuxième classe, s'il ne compte deux années de grade comme médecin en chef de première classe.

Art. 13. — Nul ne peut être promu au grade de médecin-inspecteur de première classe, s'il ne compte une année de grade comme médecin-inspecteur de deuxième classe.

Mode d'avancement. — Formation du tableau d'avancement.

Art. 14. — L'avancement dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat a lieu, savoir :

Pour les médecins et pharmaciens de première classe, un tiers au choix, deux tiers à l'ancienneté;

Pour les médecins et pharmaciens principaux, la moitié au choix, la moitié à l'ancienneté;

Pour les médecins et pharmaciens en chef de deuxième classe et de première classe, ainsi que pour les médecins-inspecteurs, l'avancement a lieu exclusivement au choix.

Le choix pour le grade de médecin et pharmacien en chef, de médecin et pharmacien principal et de médecin et pharmacien de première classe, porte sur les officiers inscrits sur un tableau d'avancement par une commission supérieure, réunie chaque année, par le ministre chargé des colonies, et dont la composition sera ultérieurement déterminée.

Ce tableau devra être arrêté à la date du 1er janvier.

TITRE IV

DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE SANTÉ DES COLONIES ET PAYS DE PROTECTORAT

Composition du conseil supérieur de santé.

Art. 15. — Il est institué, auprès du ministre chargé des colonies, un conseil supérieur de santé composé :

Du médecin-inspecteur de première classe, président;

Du médecin-inspecteur de deuxième classe;

Du pharmacien en chef de première classe, membres titulaires;

Et d'un médecin de première classe ou d'un médecin principal secrétaire avec voix consultative.

En cas de vacance dans le grade de médecin-inspecteur de première classe ou d'absence du titulaire, la présidence du conseil supérieur de santé est attribuée au médecin-inspecteur de deuxième classe. Ce dernier est remplacé comme membre titulaire du conseil par un médecin en chef.

En cas de vacance dans le grade de pharmacien en chef de première classe ou d'absence du titulaire, ce dernier est remplacé comme membre du conseil par un pharmacien en chef de deuxième classe.

Attributions du conseil supérieur de santé.

Art. 16. — Le conseil supérieur de santé a, dans ses attributions, l'étude de toutes les questions se rapportant à l'hygiène des colonies et des pays de protectorat. Il centralise les rapports sanitaires émanant des médecins en service dans les colonies et les pays de protectorat et qui sont adressés au ministre par les gouverneurs. Il donne son avis au ministre sur toutes les affaires concernant le régime de police sanitaire appliqué dans les établissements outre-mer. Il examine et juge la validité des congés de convalescence délivrés dans les colonies, pays de protectorat et en France; il propose au ministre les congés de convalescence et prolongations de congé de convalescence qu'il est utile d'accorder aux officiers, fonctionnaires, employés et aux agents civils et militaires des services coloniaux ou locaux, à l'exception du personnel des stations navales. Il établit les listes d'envoi aux eaux thermales.

Pour toutes les questions ayant trait à la marche du service technique dans les hôpitaux et annexes, le président du conseil supérieur de santé correspond directement, sous le couvert du ministre et par l'intermédiaire du gouverneur, avec les chefs du service de santé des colonies et des pays de protectorat. Il transmet à ces derniers, en conformité des ordres du ministre, les instructions nécessaires pour la bonne marche du service.

Art. 17. — Le conseil supérieur de santé a, en outre, dans ses attributions l'examen de toutes les demandes de médicaments, instruments de chirurgie, ustensiles et objets divers servant à la pratique médicale.

Le conseil supérieur de santé des colonies délègue un de ses membres près du conseil supérieur de santé de la marine pour l'examen des questions communes aux deux services et des propositions de pensions à forme militaire.

Autorité du président du conseil supérieur de santé sur les officiers du corps.

Art. 18. — Le médecin-inspecteur, président du conseil supérieur de santé, relève directement du ministre. Il a autorité, au point de vue professionnel, sur les officiers du corps de santé des colonies et pays de protectorat dans quelque position ou service qu'ils soient. Il remet au ministre ses propositions pour l'avancement et les distinctions honorifiques en faveur des officiers du corps de santé.

TITRE V

DU FONCTIONNEMENT DANS LES COLONIES ET PAYS DE PROTECTORAT DU SERVICE DE SANTÉ ET DU SERVICE HOSPITALIER

Du chef du service de santé dans les colonies et pays de protectorat.

Art. 19. — Dans les colonies et les pays de protectorat, le médecin le plus élevé en grade est chef du service de santé. Il préside le conseil de santé. Il ne relève que du gouverneur.

Attributions du chef du service de santé dans les colonies et pays de protectorat. — Attributions du commissaire aux hôpitaux.

Art. 20. — La direction des établissements hospitaliers coloniaux, en ce qui concerne le service médical et la police de ces établissements, appartient au corps de santé des colonies et des pays de protectorat.

Elle est exercée par le chef du service de santé sous réserve des prescriptions spéciales au service dans les places de guerre.

Le chef du service de santé a sous ses ordres les médecins, les pharmaciens, les sœurs hospitalières, les infirmiers, les portiers, les gardiens-consignes, les gardiens du conseil de santé, les jardiniers botanistes et les garçons de pharmacie. Il est chargé d'assurer l'ordre et la propreté dans les salles de malades.

Le commissaire préposé au détail des hôpitaux est chargé, sous les ordres directs du chef des services administratifs, de l'administration, de l'entretien et de la comptabilité de l'hôpital.

Il a sous ses ordres le personnel affecté à la comptabilité et aux écritures, c'est-à-dire les agents et commis du commissariat colonial, les agents comptables, les sœurs hospitalières chargées du mobilier, de la cuisine et de la lingerie, les agents divers préposés aux mêmes services, et les journaliers affectés à la propreté de l'hôpital, à l'exception des salles de malades.

Pour tout ce qui concerne le service technique, le chef du service de santé établit les demandes nécessaires au fonctionnement de ce service. Il remet ces demandes au gouverneur, qui les transmet au ministre, après avoir pris l'avis du chef du service administratif au point de vue de la dépense, et qui y joint, s'il y a lieu, ses propres observations.

Définition du service technique médical.

Art. 21. — Le service technique médical comprend les médicaments, instruments de chirurgie, ustensiles et objets divers servant à la pratique médicale, ainsi que les livres et abonnements de la bibliothèque du conseil de santé.

Pouvoirs disciplinaires du chef du service de santé.

Art. 22. — Le chef du service de santé exerce les pouvoirs prévus au titre IV, traitant de la discipline. Il propose au gouverneur les officiers du corps de santé qu'il juge dignes de recevoir un avancement ou une distinction honorifique. Il note les infirmiers sous ses ordres.

Institution d'un conseil de santé dans les colonies et pays de protectorat.

Art. 23. — Il est institué, dans chaque colonie ou pays de protectorat, un conseil de santé composé de trois membres, dont le médecin le plus élevé en grade est président.

Le conseil siège au chef-lieu.

Les deux membres autres que le président sont choisis par ordre d'ancienneté, l'un parmi les officiers du service médical, l'autre parmi les officiers du service pharmaceutique.

A défaut d'officiers de ce dernier service, pour la deuxième place, la vacance est comblée par un médecin.

Attributions du conseil de santé dans les colonies et pays de protectorat.

Art. 24. — Le conseil est consulté par le gouverneur sur toutes les questions intéressant l'hygiène de la colonie, celle des troupes, des casernements qui leur sont affectés, ainsi que des hôpitaux et annexes. Il examine les demandes de rapatriement pour cause de santé, et statue à l'égard des officiers, fonctionnaires, employés et agents civils et militaires des services coloniaux ou locaux, en instance de congé de convalescence.

Il décide à la majorité des voix; le plus jeune des membres vote le premier; le président vote le dernier.

TITRE VI

DE LA DISCIPLINE

Autorité du chef du service de santé. — Punitions; par qui infligées.

Art. 25. — L'autorité disciplinaire est confiée, dans les colonies et pays de protectorat, au chef du service de santé, chef de corps. Elle s'exerce dans toutes les parties du service par les officiers placés sous ses ordres, selon leur rang hiérarchique.

Les officiers du corps de santé des colonies et des pays de protectorat ne sont punis directement que par leurs supérieurs dans le corps; sous réserve des prescriptions spéciales au service dans les places de guerre. Les plaintes dont ils peuvent être l'objet, de la part des officiers des autres corps, sont adressées au chef du service de santé qui statue.

Peines disciplinaires; par qui appliquées.

Art. 26. — Les peines disciplinaires qui leur sont applicables, à l'exception du chef du service de santé, et sans préjudice des pouvoirs réservés au gouverneur par l'article 30 du présent décret, sont :

Les arrêts simples pendant un mois au plus;

Les arrêts de rigueur pendant le même temps.

Art. 27. — Les officiers du corps de santé des colonies et des pays de protectorat ne peuvent infliger à leurs subordonnés dans le corps que les arrêts simples pendant huit jours au plus. Les autres peines sont réservées à l'action du chef du service de santé, à qui il est immédiatement rendu compte de toutes les punitions infligées.

Exécution des punitions.

Art. 28. — Ces punitions s'exécutent dans les conditions définies à l'article 5 du décret du 21 juin 1858, sur la police et la discipline dans les ports, arsenaux et autres établissements de la marine.

Pouvoirs disciplinaires du gouverneur à l'égard des officiers du corps de santé.

Art. 29. — Le gouverneur exerce, à l'égard des officiers du corps de santé des colonies et des pays de protectorat, les pouvoirs disciplinaires qui lui sont conférés par l'article 8 du décret de 1858 susvisé.

Art. 30. — En cas de manquement grave commis par le chef du service de santé, le gouverneur le suspend de ses fonctions et lui offre, dans les conditions déterminées par les ordonnances et décrets organiques, les moyens de rentrer en France pour rendre compte de sa conduite au ministre.

Conseils de guerre et conseils d'enquête.

Art. 31. — Les dispositions des décrets des 4 octobre 1889 et 3 janvier 1884 sur la composition des conseils de guerre et d'enquête appelés à statuer, selon leur gravité, sur les infractions commises par les officiers du corps de santé de la marine, sont applicables au corps de santé des colonies et des pays de protectorat.

TITRE VII

DU RANG, DES HONNEURS ET DES PRÉSÉANCES

Rang individuel des officiers du corps de santé. Préséance du corps.

Art. 32. — En France, aux colonies et dans les pays de protectorat, les officiers du corps de santé prennent, dans les céré-

monies publiques et dans le service commandé, le rang que leur assigne individuellement leur grade et collectivement la préséance des corps de santé militaire et de la marine prévue par le décret du 23 octobre 1883 sur le service dans les places de guerre et les villes de garnison.

Toutefois le corps de santé des colonies prend rang immédiatement après le corps de santé de la marine.

TITRE VIII

DES PERMUTATIONS DE CORPS

Mode des permutations; par qui autorisées.

Art. 33. — L'origine de formation et de recrutement du corps de santé des colonies et des pays de protectorat étant commune avec celle du corps de santé de la marine, ainsi qu'il est dit au titre IX ci-après, des permutations pourront être autorisées entre les officiers des deux corps pourvus d'un même grade.

En aucun cas, les permutations ne pourront avoir lieu si les officiers qui les sollicitent n'ont accompli, dans leur grade, un tour régulier de service à la mer ou aux colonies.

Un arrêté, pris de concert entre le ministre chargé des colonies et le ministre de la Marine, règlera les conditions dans lesquelles ces permutations pourront être autorisées.

Art. 34. — En outre des permutations prévues à l'article 33 ci-dessus, les officiers des divers grades du corps de santé des colonies et des pays de protectorat pourront, s'ils y sont autorisés par le ministre chargé des colonies, solliciter leur passage dans le corps de santé de la marine.

Les officiers de ce dernier corps jouiront de la même faculté.

Un arrêté, pris de concert entre le ministre chargé des colonies et le ministre de la Marine, règlera les conditions dans lesquelles ce passage pourra être effectué.

TITRE IX

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 35. — Pour la première formation du corps de santé des colonies et des pays de protectorat, il ne sera pas fait de nomination à la première classe du grade de médecin-inspecteur.

Le médecin-inspecteur de deuxième classe sera nommé au choix du ministre chargé des colonies, parmi les médecins en chef de la marine.

Art. 36. — Pour la première formation, il ne pourra être fait qu'une seule nomination dans le grade de médecin en chef de première classe. Ce grade sera conféré, au choix du ministre chargé des colonies, soit à un médecin en chef de la marine, soit à un médecin principal de la marine inscrit sur le tableau d'avancement.

Pour la première formation, il ne sera pas fait de nomination au grade de pharmacien en chef de première classe.

Art. 37. — Les vacances, restant à pourvoir dans le grade de médecin en chef, ne pourront être comblées que lorsque les officiers du corps de santé des colonies et des pays de protectorat, du grade immédiatement inférieur, auront accompli les conditions spécifiées à l'article 11 du titre III du présent décret.

Art. 38. — Pour les autres grades de la hiérarchie et pour la première formation, les places vacantes dans chaque grade seront attribuées comme suit, au choix du ministre chargé des colonies :

Celles de médecins principaux et de pharmaciens en chef de deuxième classe, aux médecins principaux et pharmaciens principaux de la marine, qui compteront deux années de grade au moment de leur demande de passage dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat;

Celles de médecins et pharmaciens principaux, aux médecins et pharmaciens de première classe de la marine, ayant accompli six années dans leur grade;

Celles de médecins et de pharmaciens de première classe, aux médecins et pharmaciens de deuxième classe de la marine, ayant accompli deux années dans leur grade. Ces places ne seront données, pour la formation, que jusqu'à concurrence des quatre cinquièmes du cadre à pourvoir. Le complément de ce cadre sera réservé aux médecins et pharmaciens de deuxième classe de la marine qui, ayant opté pour les colonies, rempliront les conditions spécifiées pour l'avancement par l'article 14 du titre III du présent décret;

Celles de médecins et pharmaciens de deuxième classe seront attribuées, pour la formation, aux médecins et pharmaciens de deuxième classe de la marine, qui auront opté pour les colonies.

Art. 39. — Pour la formation, les nominations, résultant des dispositions énoncées dans l'article 38 ci-dessus, seront faites en suivant l'ordre d'ancienneté.

Art. 40. — La constitution des cadres, dont l'effectif sera déterminé par un arrêté du ministre chargé des colonies, aura lieu au fur et à mesure des vacances qui s'ouvriront dans le cadre actuel des officiers du corps de santé de la marine, détachés dans les colonies et pays de protectorat. Les nominations et promotions nécessitées par la constitution des cadres seront faites dans la mesure des crédits disponibles.

Art. 41. — Un délai de deux années est fixé pour la constitution définitive des cadres prévus pour le corps de santé des colonies et des pays de protectorat. Ce délai courra de la date de la promulgation du présent décret.

Art. 42. — Pendant le cours du délai prévu pour la constitution des cadres et l'option des médecins et pharmaciens de la marine et au delà de ce délai, tant que les cadres du corps de santé des colonies ne seront pas suffisants pour assurer le service dans les colonies et pays de protectorat, les vacances d'emploi qui s'y produiront continueront d'être remplies par les officiers du corps de santé de la marine, dans les conditions fixées par les articles 22, 23 et 24 du titre VI du décret du 24 juin 1886, portant organisation du corps de santé de la marine.

Aucun établissement outre-mer ne sera excepté du roulement, et il ne sera pas réservé de poste, par voie de préférence, à l'un ou à l'autre des deux corps de santé pour les destinations d'office.

Art. 43. — Jusqu'à l'expiration des délais fixés par l'article 41 ci-dessus, pour la constitution définitive du corps de santé des colonies et pays de protectorat, les officiers de ce corps conserveront l'uniforme de la tenue tel qu'il est réglé par les décrets des 29 janvier 1853 et 24 février 1889.

Les médecins en chef de deuxième classe et pharmaciens en chef de deuxième classe porteront, en grande et en petite tenue, les marques distinctives du grade indiquées aux articles 36 et 37 du décret du 29 janvier 1853, pour les seconds médecins en chef de la marine.

Art. 44. — Il sera compté pour la retraite aux officiers du corps de santé des colonies et pays de protectorat, provenant du corps de santé de la marine, au moment de la formation, le nombre d'années prévu à l'article 17, section III du titre III, du décret du 24 juin 1886 portant organisation du corps de santé de la marine.

Art. 45. — Le président du Conseil, ministre du Commerce, de l'Industrie et des Colonies, et le ministre de la Marine sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera inséré au *Bulletin des lois*, au *Journal officiel* de la République française, au *Bulletin officiel* de l'administration des colonies et au *Bulletin officiel* de la marine.

Fait à Paris, le 7 janvier 1890.

Carnot.

Par le Président de la République :

Le président du Conseil, ministre du Commerce, de l'Industrie et des Colonies,

P. Tirard.

Le sénateur, ministre de la Marine,

Barbey.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Instruction pour l'admission à l'École du service de santé militaire en 1890.

Paris, le 8 janvier 1890.

TITRE PREMIER

INSTITUTION DE L'ÉCOLE

L'École du service de santé militaire, établie près la Faculté de médecine de Lyon, a pour objet : 1° d'assurer le recrutement des médecins de l'armée active ; 2° de seconder les études universitaires des élèves du service de santé militaire ; 3° de donner à ces élèves l'éducation militaire jusqu'à leur passage à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce).

L'effectif des élèves est fixé chaque année par le ministre de la Guerre.

Les élèves se recrutent parmi les étudiants en médecine, dans les conditions indiquées au titre II. Ils reçoivent à l'École l'instruction définie plus loin.

Aucun élève ne peut être autorisé à redoubler une année d'études, à moins que des circonstances graves ne lui aient occasionné une suspension forcée de travail, pendant plus de deux mois.

Tout élève, qui aura subi à un même examen de la Faculté ou de l'Ecole deux échecs successifs, est exclu de l'École.

Le conseil de discipline donne son avis ; le ministre décide.

Sauf le cas où il en aurait été renvoyé pour indiscipline ou inconduite, l'élève qui a cessé de faire partie de l'École peut y être admis de nouveau, par voie de concours, s'il remplit encore les conditions générales d'admission.

Lorsque les élèves sont pourvus du diplôme de docteur en médecine et remplissent, du reste, les conditions déterminées par les décisions ministérielles, ils passent de droit à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce) à la fin de leur stage.

A cette École, ils sont promus médecins aides-majors de deuxième classe, et il leur est attribué cinq ans de service.

Ils sont soumis, à l'École du service de santé, au régime militaire.

En même temps qu'ils suivent les cours, cliniques, conférences et travaux pratiques de la Faculté de médecine, ils reçoivent à l'École un complément d'instruction scientifique et littéraire.

TITRE II

MODE ET CONDITIONS D'ADMISSION DES ÉLÈVES

Nul n'est admis à l'École du service de santé, que par la voie du concours.

Les étudiants à quatre et à huit inscriptions, valables pour le doctorat, peuvent concourir en 1890 pour entrer à l'École ; à partir de 1891, l'École ne recevra plus que des étudiants pourvus de quatre inscriptions et ayant subi le premier examen de doctorat.

Nul ne peut être admis au concours s'il n'a préalablement justifié :

1° Qu'il est Français ou naturalisé Français ;

2° Qu'il a eu, au 1er janvier de l'année du concours :

Moins de vingt-deux ans, pour les élèves concourant pour entrer en quatrième division (quatre inscriptions) ;

Moins de vingt-trois ans, pour les élèves concourant pour entrer en troisième division (huit inscriptions) ;

Néanmoins, les sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats candidats à quatre inscriptions, et âgés de plus de vingt-deux ans, qui auront accompli, au 1er juillet, six mois de service réel et effectif, sont autorisés à concourir, pourvu qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de vingt-cinq ans à cette même date, et qu'ils soient encore sous les drapeaux au moment du commencement des épreuves ;

3° Qu'il a été vacciné avec succès ou qu'il a eu la petite vérole ;

4° Qu'il est robuste, bien constitué et qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de le rendre inapte au service militaire ;

5° Qu'il est pourvu du diplôme de bachelier ès lettres (première et deuxième parties), et de celui de bachelier ès sciences, complet ou restreint, pour la partie mathématique, ainsi que du nombre d'inscriptions valables pour le doctorat et des examens probatoires correspondant à un des groupes ci-dessus désignés.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les élèves font partie, à l'École, sans exception aucune, de la division correspondant à l'année scolaire pour laquelle ils ont concouru, quel que soit le nombre réel de leurs inscriptions.

Le prix de la pension est de 1 000 francs par an ; celui du trousseau est déterminé, chaque année, par le ministre de la Guerre.

En 1890, il sera de 948 francs pour les élèves à quatre inscriptions, et de 778 francs pour les élèves à huit inscriptions.

Les livres et les instruments les plus nécessaires aux études des élèves leur sont fournis par l'État, et sont comptés dans le prix du trousseau.

Des bourses et des demi-bourses, des trousseaux et des demi-trousseaux, peuvent être accordés aux élèves qui ont préalablement fait constater, dans les formes prescrites, l'insuffisance des ressources de leur famille pour leur entretien à l'École.

Les différents droits de scolarité et d'examen, à partir de l'admission, sont payés par le ministre de la Guerre, conformément aux règlements universitaires.

Les élèves démissionnaires ou exclus de l'École sont tenus au remboursement des frais de scolarité et, s'ils ont été boursiers, au paiement du montant des frais de pension et trousseau avancés par l'administration de la Guerre.

Dès leur entrée à l'École, tous les élèves militaires ou non doivent contracter, dans une des mairies de Lyon, l'engagement prescrit par les articles 23 et 24 du décret du 28 septembre 1889 (modèle n° 5, engagement de servir pendant trois ans dans un corps de troupe, dans le cas où ils n'obtiendraient pas le grade de médecin aide-major de deuxième classe, ou si, ayant obtenu ce grade, ils ne servaient pas dans l'armée active, pendant six ans à partir de leur nomination).

A leur arrivée à l'École, les élèves sont soumis à une visite médicale ; ils ne sont définitivement admis que s'ils sont déclarés aptes au service militaire. Si l'élève est jugé inapte au service militaire, il est renvoyé devant la commission spéciale de réforme, qui statue.

TITRE III

FORMALITÉS PRÉLIMINAIRES

Les candidats qui remplissent les conditions ci-dessus indiquées devront se faire inscrire avant le 15 juillet au soir : s'ils sont civils, à la préfecture du département où ils font leurs études, et, s'ils sont militaires, à la préfecture du département dans lequel ils sont en garnison. Nulle inscription ne sera admise après cette époque, aucune liste supplémentaire ne devant être établie.

La liste sera close le 15 juillet au soir ; elle sera adressée sans aucun délai au ministre de la Guerre (7e direction), qui fera parvenir en temps opportun, aux directeurs du service de santé des corps d'armée comprenant un centre d'examen d'admissibilité ou d'épreuves définitives, les noms de tous les candidats inscrits qui auront choisi ce centre d'examen. La liste comprenant ces noms sera remise au médecin-chef chargé de faire l'appel des candidats.

Les pièces à produire pour l'inscription sont :

1° L'acte de naissance et celui du père du candidat, revêtus des formalités prescrites par la loi ;

2° Un certificat du commandant de recrutement de la subdivi-

sion territoriale constatant, dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire, l'aptitude réelle au service militaire ;

3° Un certificat du médecin militaire chargé du service de recrutement, constatant que le candidat a été vacciné avec succès ou a eu la petite vérole ;

4° Un certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ;

5° Une déclaration écrite, indiquant les centres de composition et d'examen choisis par le candidat, parmi les villes désignées ci-dessous et dans lesquelles il devra se rendre aux dates fixées, sans attendre aucun avertissement particulier.

Une fois le choix fait, aucun candidat ne sera autorisé à changer de centre d'examen, soit pour les épreuves orales, soit pour les épreuves écrites, que pour des motifs graves et par décision spéciale du ministre ;

6° Les certificats des examens réglementaires correspondant à la période de scolarité, où il sera fait mention de la note obtenue à chacun de ces examens, ainsi que le relevé des inscriptions (ces certificats de relevés pourront n'être produits que le jour de l'ouverture de l'épreuve orale d'admissibilité) ;

7° L'indication du domicile où lui sera adressée, en cas d'admission, sa commission d'élève du service de santé ;

8° Une déclaration, sur papier libre, du père, de la mère, du tuteur ou de l'élève lui-même, s'il est majeur ou jouit de ses biens, reconnaissant qu'il est en mesure de payer la pension ou, à défaut de cette déclaration, la remise d'une demande de concession de bourse sur papier timbré.

Les candidats présents sous les drapeaux doivent fournir les mêmes pièces, moins les certificats de vaccine et d'aptitude au service militaire ; ils produisent en outre :

1° Un état signalétique et des services ;

2° Un certificat de bonne conduite ;

3° Un relevé des punitions ;

4° Une déclaration du chef de corps, indiquant que le candidat comptera, au 1er juillet de l'année du concours, six mois de service réel et effectif sous les drapeaux. Cette condition n'est exigée que des candidats militaires ayant dépassé la limite d'âge imposée aux candidats civils.

Les candidats militaires ne peuvent choisir comme centre de composition et d'examen oral que les villes les plus rapprochées du lieu où ils sont en garnison ; à l'époque des examens, ils auront droit à des permissions dont la durée sera calculée d'après le temps nécessaire au voyage et à l'examen.

En cas de changement de garnison entre l'inscription et l'examen, les chefs de corps en informent directement le ministre (7e direction), qui prend les mesures nécessaires.

L'offre de démission des candidats admis à l'École devra être accompagnée du consentement de leur père ou de leur tuteur, s'ils ne sont pas majeurs.

Les pièces fournies par les candidats qui ne seraient point admis à l'École leur seront ultérieurement restituées par la préfecture où l'inscription aura été effectuée.

TITRE IV

FORME ET NATURE DES ÉPREUVES

Il y a des épreuves d'admissibilité et des épreuves définitives. Les épreuves d'admissibilité se composent de deux parties.

Épreuves d'admissibilité (1re partie).

Pour les candidats concourant à quatre inscriptions et ayant satisfait au premier examen de doctorat :

1° Une composition française sur un sujet de philosophie (programme du baccalauréat ès lettres) ou d'histoire générale de l'Europe, du traité de Westphalie (1648) à la Constitution de 1875 ;

2° Une composition écrite sur un sujet d'histoire naturelle, de physique ou de chimie médicales ;

3° Une composition écrite de langue étrangère (allemand ou anglais). Cette composition consistera en un thème d'une page environ ; elle se fera sans le secours d'aucun livre. Elle sera facultative en 1890, et donnera aux candidats qui la feront un avantage de points indiqué plus loin, qui ne compteront, du reste, que pour le classement définitif. A partir de 1891, elle sera exigible.

Pour les candidats concourant à huit inscriptions :

1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie ou de physiologie ;

2° Une composition écrite de langue étrangère, dans les mêmes conditions que pour les candidats à quatre inscriptions.

Épreuves d'admissibilité (2e partie).

Pour les candidats concourant à quatre inscriptions :

Des interrogations sur la physique médicale. — Deux questions, empruntées au programme détaillé qui suit, seront tirées au sort (1).

Pour les candidats concourant à huit inscriptions :

Des interrogations sur l'anatomie. — Deux questions seront tirées au sort dans les mêmes conditions que ci-dessus.

Il sera mis dans l'urne un nombre de questions double de celui des candidats.

La même question pourra, au besoin, être mise plusieurs fois dans l'urne.

Compositions écrites.

La composition médicale se fera le 1er août, à huit heures du matin, dans une salle de l'hôpital militaire ou de l'École (Paris et Lyon), ou dans le local désigné par le général commandant le corps d'armée, sur la proposition du directeur du service de santé. Trois heures sont accordées pour sa rédaction.

La composition de langue étrangère se fera le même jour, à deux heures de l'après-midi, dans le même local. Deux heures sont accordées pour cette épreuve.

La composition d'histoire ou de philosophie se fera le lendemain matin, à huit heures, dans le même local. Trois heures sont accordées pour cette composition.

Les sujets sont les mêmes partout, pour chaque catégorie de candidats : ils sont choisis par le jury, qui se réunit à cet effet en commission spéciale, au ministère de la Guerre.

Chaque sujet est mis par cette commission dans une enveloppe cachetée à la cire et dont la suscription indique seulement la nature de la composition, et la catégorie de candidats. Ces enveloppes sont réunies dans une deuxième enveloppe, qui est adressée au médecin-chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice mixte des localités ci-dessus désignées, par l'intermédiaire du général commandant le corps d'armée.

Les enveloppes sont décachetées par le médecin-chef, en présence des candidats ; le procès-verbal de la séance devra constater que le cachet était intact.

Les candidats ne peuvent se servir, ni de livres, ni de notes. Ils sont surveillés, pendant leurs compositions, par un médecin militaire désigné par le médecin-chef de l'hôpital.

Les compositions sont faites sur des feuilles à en-tête imprimé, distinctes par catégorie, envoyées par le ministre de la Guerre au médecin-chef, qui les remet aux candidats au commencement de la séance, après les avoir revêtues de sa signature et de son cachet ; ce cachet devra être apposé en même temps sur le corps de la feuille et sur l'en-tête imprimé.

Chaque candidat inscrit son nom et ses prénoms et appose sa signature à l'endroit indiqué, avant de remettre la composition au médecin-chef. Ce dernier détache les en-tête imprimés et les réunit dans une enveloppe distincte, par catégorie, qui est jointe à l'enveloppe dans laquelle les compositions sont également réunies par catégories ; le nom est remplacé par un numéro d'ordre qui est reproduit sur la feuille de composition et sur l'en-tête.

(1) Ce programme détaillé sera publié dans un prochain numéro.

Le tout est adressé, le jour même, par l'intermédiaire du directeur du service de santé, au ministre (direction du service de santé), qui transmet les compositions aux examinateurs pour les corriger, mais conserve les enveloppes contenant les en-tête.

Les enveloppes contenant les compositions et les en-tête imprimés devront porter d'une manière très apparente la mention : « Résultat d'un concours. »

Les compositions sont cotées par les examinateurs, qui établissent la liste dans chaque catégorie, par ordre de mérite et d'après le nombre de points obtenus; le président du jury l'adresse au ministre. Les enveloppes contenant les en-tête sont alors ouvertes, et les noms des candidats sont inscrits sur la liste générale, à l'aide du numéro d'ordre porté sur l'en-tête imprimé qui avait été déposé.

Les candidats dont les notes de composition, multipliées par leurs coefficients respectifs, formeront, non compris les points obtenus pour l'épreuve facultative de langue étrangère, une somme inférieure à une limite fixée par le jury, seront éliminés avant l'épreuve orale d'admissibilité.

La liste des candidats admissibles à la suite des compositions écrites est immédiatement publiée au *Journal officiel* de la République française.

Épreuve orale d'admissibilité.

Tous les candidats devront être rendus, la veille du jour fixé pour ces examens, dans la ville qu'ils auront choisie, et se présenter au médecin-chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice mixte, qui leur donnera les renseignements nécessaires pour les examens du lendemain.

Les examens oraux pour l'admissibilité sont publiés et passés devant le jury réuni, leur durée est de quinze minutes pour chaque candidat. La note obtenue pour chacun d'eux, combinée avec les notes des compositions écrites, détermine l'admissibilité. Les candidats dont la somme de points ainsi obtenue, non compris les points provenant de l'épreuve facultative de langue étrangère, sera inférieure à une limite déterminée par le jury, seront éliminés.

Épreuves définitives.

Le président du jury fait connaître quels sont les candidats admis à subir les épreuves définitives. Elles ont lieu dans la même forme que les examens de l'admissibilité orale, leur durée est de vingt minutes pour chaque candidat.

Elles consistent :

Pour les candidats concourant à quatre inscriptions, en des interrogations sur l'histoire naturelle et la chimie médicales;

Pour les candidats concourant à huit inscriptions, en interrogations sur la physiologie et l'histologie normale.

A la fin des opérations dans une localité, le président du jury adresse au ministre le résultat de ces examens.

Après la clôture de tous les examens, le jury établit la liste des candidats classés par ordre de mérite, d'après l'ensemble des points obtenus; et le président du jury l'adresse, avec les procès-verbaux des séances, au ministre qui arrête la liste des candidats nommés élèves de l'École du service de santé militaire.

TITRE V

NOTES ET COEFFICIENTS

L'appréciation de la composition et de chaque épreuve orale est exprimée par un chiffre compris de 0 à 20.

Les notes sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit :

Composition scientifique	20
Composition française	15
Coefficient littéraire de la composition scientifique (pour les candidats à huit inscriptions)	5
Langue étrangère	2

Examens oraux

Histoire naturelle	10
Physique	10
Chimie	10
Anatomie	15
Histologie	5
Physiologie	10

Un avantage de 20 points, ne comptant que pour le classement définitif, est attribué aux candidats pourvus du diplôme de bachelier ès sciences complet.

TITRE VI

CENTRES D'EXAMEN

Les épreuves écrites auront lieu dans les villes suivantes :

Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours.

Les épreuves orales auront lieu :

Paris (Val-de-Grâce), le 1er septembre;
Lille (hôpital militaire), le 5 septembre;
Nancy (hôpital militaire), le 8 septembre;
Lyon (École du service de santé militaire), le 12 septembre;
Montpellier (hospice mixte), le 17 septembre;
Bordeaux (hôpital militaire), le 20 septembre;
Rennes (hôpital militaire), le 25 septembre.

TITRE VII

COMPOSITION DU JURY

Le jury est composé ainsi qu'il suit :

Un médecin-inspecteur, président, désigné par le ministre, et deux médecins principaux ou majors de première classe, désignés par le ministre, sur la proposition du comité technique de santé.

Des professeurs de lettres et de langues étrangères sont adjoints au jury, pour la correction des épreuves de leur spécialité.

Le président dirige les séances et correspond directement avec le ministre (direction du service de santé).

TITRE VIII

DISPOSITIONS GÉNÉRALES POUR L'ENTRÉE A L'ÉCOLE

Les jeunes gens, nommés élèves de l'École du service de santé militaire, reçoivent l'avis individuel de leur admission, par une lettre ministérielle.

Ils doivent être rendus à l'École de Lyon, au jour qui leur est fixé.

A dater de la nomination à l'emploi d'élève de l'École du service de santé militaire, les frais universitaires, réglés conformément aux tarifs en vigueur, sont à la charge de l'administration de la Guerre. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen sont à la charge de l'élève.

Un second échec au même examen entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles, à moins qu'il ne soit autorisé à redoubler son année ; cette autorisation ne pourra être accordée que si l'élève justifie régulièrement avoir été empêché par une maladie de suivre les cours pendant une période de deux mois, au moins, de ladite année.

A leur arrivée à l'École, les élèves seront munis des pièces suivantes :

1° Lettre de nomination d'élève de l'École du service de santé militaire ;

2° Récépissé du receveur central de la Seine, d'un trésorier-payeur général ou d'un receveur particulier, constatant que l'élève a payé : 1° le prix du trousseau, fixé comme il est dit plus

haut, ou du demi-trousseau, s'il n'en a pas été dégrevé ; 2° le prix du trimestre ou du demi-trimestre de la pension, fixée à 1000 francs par an, selon qu'il est pensionnaire ou qu'il a obtenu une demi-bourse. Les boursiers n'ont à produire d'autre pièce justificative que l'avis de notification du dégrèvement qui leur est accordé ;

3° Une promesse légalisée par le maire ou le sous-préfet, sous seing privé et sur papier timbré, dans la forme indiquée par l'article 1326 du Code civil, par laquelle son père, sa mère ou son tuteur s'engage à verser dans la caisse du receveur central de la Seine, ou d'un trésorier-payeur général, ou d'un receveur particulier, par trimestre et d'avance, le montant de la pension, si l'élève est pensionnaire, ou de la demi-pension, s'il a obtenu une demi-bourse. Cette promesse sera établie par l'élève lui-même, s'il est majeur ou s'il jouit de ses biens ;

4° Le nom et l'adresse des parents ou tuteur et du correspondant choisi par la famille et habitant la ville de Lyon, si toutefois la famille n'y réside pas elle-même. Les officiers de l'École ne pourront pas être les correspondants des élèves, à moins qu'ils ne soient leurs parents.

Tout élève appelé à l'École et qui, sans raison dûment constatée ou sans autorisation ministérielle préalable, ne se présente pas dans les délais fixés par sa lettre de convocation, est considéré comme démissionnaire.

Tout élève, sans distinction aucune, en entrant à l'École, dépose entre les mains du trésorier de l'École une somme de 100 francs destinée à fournir le fonds de sa masse individuelle.

Nul ne peut être admis à l'École s'il ne produit les pièces énumérées ci-dessus. Le directeur de l'École ajourne l'admission de tout élève qui ne se trouve pas dans les conditions prescrites et en rend compte au ministre.

Il est donc essentiel que, dans la prévision de leur admission à l'École, les candidats se procurent ces pièces à l'avance et qu'ils se mettent en état de payer la valeur de leur trousseau, dès qu'ils auront reçu leur lettre de nomination.

TITRE IX

CONCESSION DES PLACES GRATUITES

Des bourses, des demi-bourses, des trousseaux et des demi-trousseaux seront accordés aux élèves qui auront préalablement fait constater l'insuffisance des ressources de leur famille, pour leur entretien à l'École.

La demande de bourse doit préciser si la famille sollicite une bourse avec trousseau ou demi-trousseau, ou une demi-bourse avec trousseau ou demi-trousseau, ou seulement une demi-bourse.

L'insuffisance de la fortune des parents et des jeunes gens sera constatée par une délibération du conseil municipal, approuvée par le préfet du département. Les bourses, les demi-bourses, les trousseaux et les demi-trousseaux seront accordés par le ministre de la Guerre sur la proposition des conseils d'administration et d'instruction de l'École.

Les noms des candidats qui auront obtenu ces faveurs seront insérés au *Journal officiel*.

Toutes les demandes doivent être établies sur papier timbré et adressées au ministre de la Guerre (7e direction), avant le 1er octobre, par l'intermédiaire des préfets des départements où habitent les élèves ou leur père ou tuteur.

Elles devront être accompagnées d'un engagement pris par le père ou tuteur, ou le candidat lui-même, s'il est majeur et jouit de ses biens, et libellé ainsi qu'il suit :

« Je soussigné, étant en instance pour obtenir une place gratuite en (ma faveur), ou en faveur de mon (fils *ou* pupille), m'engage à rembourser au Trésor le montant des frais de pension et de trousseau qui (me *ou* lui) seront accordés, dans le cas où il ne servirait (*ou* je ne servirais) pas au moins pendant six ans, à partir de (sa *ou* ma) nomination au grade d'aide-major de deuxième classe. A défaut du paiement du montant de ces frais de pension et de trousseau, je déclare me soumettre à ce que le recouvrement en soit poursuivi par voie de contrainte administrative, décernée par M. le ministre des Finances, suivant les droits qui lui sont conférés par les lois des 12 vendémiaire et 18 ventôse an VIII. »

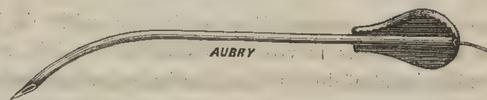
Cette pièce sera établie sur papier timbré et la signature du pétitionnaire sera légalisée par le maire.

Le ministre de la Guerre,
C. DE FREYCINET.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Aiguille à main de M. le docteur Créquy.

Pour pratiquer la suture, bien des porte-aiguilles ont été imaginés et plusieurs rendent de véritables services, mais j'ai pensé que, dans bien des cas, la main pourrait les remplacer avantageusement. Mon aiguille, fabriquée par M. Aubry, est creuse, armée d'un crin de Florence ou d'un fil d'argent, et présente à une des extrémités une petite plaque qui permet de la saisir également bien avec la main, la pince à ligatures



ou les pinces à forcipressure ; son petit volume rend son passage, à travers les tissus, moins douloureux que l'aiguille de Reverdin ou l'aiguille creuse dont on se sert ordinairement. Je me propose d'en faire placer plusieurs, armées de leur fil, dans les trousses des chemins de fer de l'Est, afin d'avoir toujours, en cas d'accident, un instrument facile à manier par tous les médecins.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

1. M. LAFAYE. Étude expérimentale du mode d'action de l'électrolyse dans le traitement des tumeurs érectiles. — 2. M. LESPINASSE. Contribution à l'étude des onychomycoses tricophytique et favique et de la pelade unguéale. — 3. M. VIELLE. Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte thoracique. — 4. M. GIRAUD. Étude sur l'intervention chirurgicale dans les luxations traumatiques irréductibles de l'épaule. — 5. M. LABOUGLE. Anatomie pathologique et pathogénie des kystes épidermiques de la main. — 6. M. BOURGUEDIEU. Histoire d'une épidémie de pelade, survenue au 15e dragons à Libourne. — 7. M. BOURSIAC. Des démangeaisons apparaissant sans lésions cutanées ; des démangeaisons d'origine nerveuse en particulier. — 8. M. LOUET. Des anomalies des organes génitaux chez les dégénérés. — 9. M. LESCURE. Traitement des kystes hydatiques par les lavages antiseptiques. — 10. M. DUCURON. Contribution à l'étude du traitement des imperforations ano-rectales. De la conduite à tenir dans le cas où l'on ne peut atteindre l'ampoule rectale par le périnée. — 11. M. ROBERT. Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 10 janvier 1890, M. le médecin-inspecteur général Collin a été désigné pour présider, en 1890, le comité technique de santé militaire.

— A Nancy, l'épidémie d'influenza continue ; un certain nombre de médecins ont été plus ou moins gravement atteints, mais c'est

à tort que l'on a annoncé la mort de plusieurs d'entre eux. Tous sont en convalescence.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus, faites à l'Hôtel-Dieu par le docteur V. Cornil, et recueillies par MM. Laffitte et Toupet. 1 vol. in-8° avec 35 figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris. F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La tribune de l'Académie a retenti d'une façon éclatante dans la dernière séance. M. Lancereaux a développé avec autorité les causes qui président au développement de la tuberculose. L'orateur, s'inspirant des faits cliniques, a insisté sur la nécessité de mettre les individus à l'abri des influences désastreuses résultant de l'encombrement et de l'abus des liqueurs fortes. Il a conclu à la rareté de la contagion.

M. Jaccoud a prononcé un de ses plus éloquents discours. Il a déclaré que les conclusions de la Commission de la tuberculose étaient banales et que l'Académie risquait de perdre son prestige et son autorité en faisant porter son vote sur des faits démontrés depuis huit ou dix ans. La longueur et l'importance de ce discours, qui a soulevé une vive émotion, nous force à en renvoyer la publication dans un prochain numéro.

M. Verneuil a répondu en défendant avec énergie le travail de la Commission. Il n'admet pas que l'Académie puisse infliger à la Commission l'affront suprême de rejeter sans discussion un travail sérieux fait en commun par des hommes honorables. Le président a renvoyé la suite de la discussion à la prochaine séance.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

De la résection totale des os de la face.

Les tumeurs multiples des os de la face sont relativement rares. En voici cependant un exemple, observé chez une femme de trente-deux ans, dont le sphénoïde, les trois maxillaires et les malaires étaient envahis par des ostéofibromes consécutifs à des hétérotopies dentaires.

Le début remonte à neuf années. En 1884, un de nos collègues réséqua le maxillaire supérieur droit qui était envahi. Il y eut récidive, et, peu de temps après, le maxillaire supérieur gauche fut pris à son tour.

Nous vîmes cette femme, pour la première fois, en novembre 1888. A cette époque, la face était hideuse (fig. 1), le maxillaire supérieur gauche, plus gros que le droit, avait le volume d'une tête de nouveau-né; l'inférieur était tuméfié; les joues, les paupières, le nez étaient refoulés; les cavités buccale, orbitaires, nasale, ainsi que les arrière-narines, étaient obstruées; les arcades alvéolaires étaient épaissies et les dents étaient mobiles, déviées, sans que rien dans leur disposition autorisât à supposer que deux d'entre elles étaient en ectopie. La mastication, la déglutition, la phonation et la vision étaient gênées. Épuisée par les souffrances, effrayée par les progrès rapides de ces tumeurs, cette jeune femme nous supplia de l'opérer.

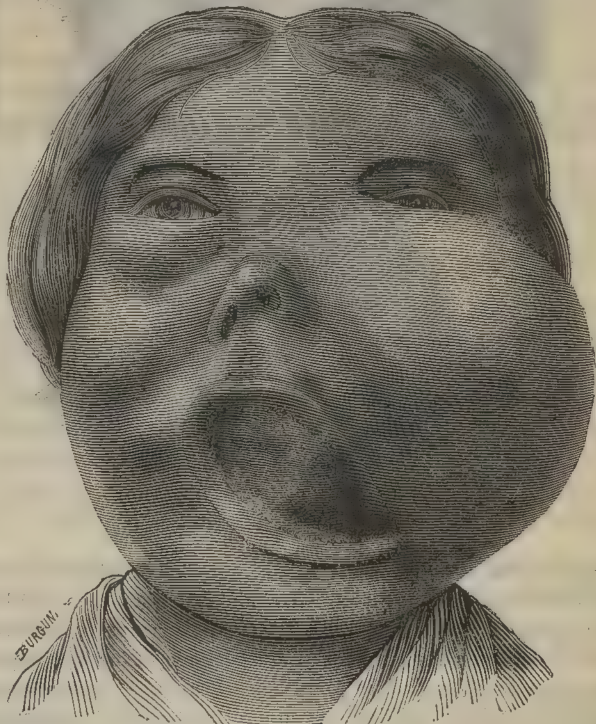


FIG. 1. — Avant l'opération.

Mais, pour ne rien laisser de suspect, il fallait enlever les trois maxillaires, les malaires et une portion du sphénoïde. Or, nous ne connaissions dans la science aucune opération semblable, et la malade nous paraissait bien faible pour supporter un pareil traumatisme. Nous cédâmes cependant à ses prières, en la voyant près de succomber.

Dans une première séance, qui eut lieu le 14 décembre 1888, nous mettons à nu la face antérieure des maxillaires par notre procédé habituel : décubitus dorsal, cou et tronc élevés; maintien d'éponges montées au fond du vestibule de la bouche; pincement préventif des joues, du nez, de la sous-cloison; section

médiane de la lèvre supérieure, du dos et de la racine du nez; détachement du vestibule de la bouche et des joues avec le bistouri et les ciseaux. Dès que les tumeurs sont à découvert, excision de la surface proéminente avec le bistouri à lame concave, ablation des autres portions avec nos pinces emporte-pièces, en morcelant du centre à la périphérie, en nous aidant de pinces, d'éponges et en agissant alternativement d'un côté, de l'autre, pour favoriser l'hémostase.

Grâce à cette manœuvre, les maxillaires supérieurs, les malaires, les apophyses ptérygoïdes, les cloisons naso-orbitaires et le plancher des orbites sont rapidement enlevés. A ce moment, nous reconnaissons que le lobe supérieur de la tumeur s'engage au-dessous de la lame compacte inférieure du sphénoïde; nous la réséquons et, à notre grand étonnement, nous trouvons une petite molaire couchée transversalement dans le tissu spongieux. Il est donc à supposer que cette hétérotopie dentaire a été la cause du néoplasme que nous venions d'extirper. L'existence d'une telle anomalie est probablement sans exemple chez l'homme, tandis que chez certains animaux, notamment le cheval, les odontomes hétérotopiques sont assez fréquents.



Fig. 2. — Déformation consécutive à l'ablation du squelette de la face.

Dans une deuxième séance, qui eut lieu six semaines plus tard, nous enlevâmes le maxillaire inférieur par notre procédé habituel : section des parties molles, d'un angle à l'autre, au niveau de son bord inférieur; dissection du périoste et des tumeurs sur leurs deux faces; section bilatérale des branches montantes avec notre polytritome; ablation, par morcellement, de la tumeur qui occupe l'os en totalité. Nous terminons l'opération en détachant de la symphise les muscles qui s'y insèrent, et en coupant sur la ligne médiane le périoste qui en recouvre le bord inférieur. En ce point, nous découvrons une dent canine, de la seconde dentition, couchée transversalement. Cette hétéropie nous surprend d'autant plus que les dents du maxillaire inférieur sont au complet. Il est encore à supposer que cette canine a été la cause occasionnelle de la seconde tumeur.

Les suites de cette double opération ont été favorables. Non seulement les plaies se sont réunies par première intention, mais encore nous n'avons pas de récidive après quatorze mois. D'ailleurs, l'expérience nous a démontré que ces sortes de tumeurs, quand elles sont enlevées largement, ont peu de tendance à récidiver, lors même qu'elles contiennent, comme dans le cas actuel, quelques éléments sarcomateux et néoplasiques disséminés au milieu du tissu fibreux lamellaire et osseux en plaques qui la compose.

Restait à corriger la déformation (fig. 2) et à remédier aux troubles fonctionnels consécutifs à ce vaste délabrement. Pour y parvenir, nous fîmes appel au concours des habiles professeurs qui enseignent la prothèse dans nos deux Écoles dentaires. Bien qu'ils n'aient jamais été aux prises avec de pareilles difficultés, ils voulurent bien chercher à résoudre cet intéressant problème. Le premier qui réussit fut le professeur Michaels, de l'École clinique dentaire de France. Il y parvint en se servant, comme point d'appui, de la bride fibreuse qui relie la face interne de la lèvre supérieure à la face postérieure des narines et du voile du palais, que nous avions conservé à dessein. La bride lui permit de fixer le maxillaire supérieur artificiel. A son tour celui-ci permit d'adapter, à la surface de la peau, un nez et une lèvre supérieure artificiels en celluloïd (fig. 3). La pièce artificielle destinée à remplacer la maxillaire inférieur fut reliée à la supérieure par un ressort métallique : on voit que celle-ci peut s'appuyer sur elle avec force et s'enlever isolément. Cet ingénieux appareil, ainsi

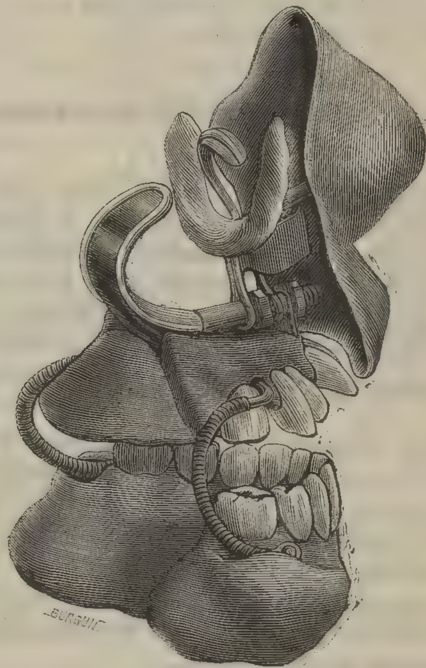


Fig. 3. — Appareil prothétique destiné à corriger la déformation.

qu'il est facile de le constater, corrige convenablement la déformation et permet à la malade de retenir la salive, de parler, de déglutir (1).

En résumé, cette observation autorise à poser les conclusions suivantes :

1° L'ablation totale du squelette osseux de la face peut être faite avec succès;

2° Elle est indiquée dans les cas d'ostéo-fibromes consécutifs à des hétérotopies dentaires, quand ces néoplasmes occupent simultanément les trois maxillaires;

3° En pareil cas, elle peut être suivie d'une guérison durable;

4° La déformation et les troubles fonctionnels qu'elle occasionne peuvent être corrigés par la prothèse.

(1) Depuis que M. Michaels a construit son appareil, nous avons eu la satisfaction de voir M. Ranot, professeur à l'École dentaire de Paris, en fabriquer un autre, également bon, inspiré par le précédent.

POMMADE CONTRE LES VIEUX ULCÈRES.

Certains ulcères n'ont aucune tendance à la guérison. Ils se recouvrent parfois d'une épaisse croûte qui arrête tout travail de réparation. On a pensé que des applications de pepsine parviendraient à dissoudre ces croûtes et à exciter favorablement les tissus. Voici la pommade recommandée dans le *Medical Record* :

Pepsine extractive.	3 grammes.
Lanoline	30 —

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 janvier 1890. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté que M. Paulier (de Paris) adresse sur une nouvelle méthode de déplissement des circonvolutions centrales;

2° Un mémoire sur l'influenza et la dengue, par M. le docteur Rouvier (de Beyrouth);

3° Lettres de MM. Richelot et Ch. Monod, qui se portent candidats à l'Académie;

4° Une note sur une forme particulière de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, par M. Queirel (de Marseille).

M. BROUARDEL demande à l'Académie de nommer une commission spéciale, pour étudier l'épidémie régnante et centraliser tous les renseignements sur la grippe actuelle.

COMMUNICATIONS

De la résection totale des os de la face. — M. PÉAN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 61.)

Réformes dans l'enseignement secondaire. Surmenage dans les écoles. — M. LAGNEAU est convaincu depuis longtemps du désir de nombreux recteurs et hauts universitaires, de réformer l'enseignement secondaire, pour prévenir le surmenage et surtout la sédentarité. Malheureusement, deux obstacles rendent difficiles les réformes. D'une part, le professeur, suivant qu'il s'occupe du latin, du grec, d'histoire, etc., s'oppose à toute réduction du temps consacré à la partie des études qu'il professe. C'est ce défaut de réduction de chacune des études en particulier, qui a mis le conseil supérieur dans l'obligation d'exiger encore huit à dix heures et demie de travail, de la part des enfants ayant de onze à dix-sept ans. La commission d'hygiène, présidée par M. Brouardel, avait porté la réduction à sept et à huit heures de travail.

D'autre part, les administrations de la Guerre, de la Marine, etc., qui rédigent les programmes d'admission aux écoles spéciales, ne consultent pas l'Université qui est chargée de préparer les jeunes gens aux concours d'admission. Pour obvier à ce défaut d'entente, il faudra désigner des commissions mixtes composées d'universitaires, de militaires, etc., pour arrêter, d'un commun accord, le programme d'admission et pour faciliter l'instruction militaire de nos grands lycéens, qui devraient arriver à l'armée, déjà en grande partie exercés au maniement des armes.

M. BROUARDEL. L'Université a donné un exemple remarquable, en démontrant qu'elle pouvait et qu'elle voulait se réformer elle-même.

Les réformes qui ont été obtenues, à cette heure, sont déjà considérables. Elles ne sont pas suffisantes, mais il ne faut pas tout demander d'un seul coup. On est entré dans la voie des améliorations, c'est tout ce que l'on pouvait exiger. Il faut bien se dire que la réforme, lorsqu'elle sera complète, entraînera la suppression d'un certain nombre de professeurs. C'est une situation délicate pour ces honorables membres de l'Université.

PRÉSENTATION

Encéphalocèle occipitale traitée et guérie par l'extirpation. — M. BERGER présente une petite fille, âgée de huit mois, sur laquelle il a pratiqué la cure radicale d'une encéphalocèle occipitale, par le procédé de M. Périer. La tumeur, grosse comme un petit œuf, était transparente et fluctuante, mais non réductible; les pressions, exercées sur elle, ne déterminaient aucun phénomène de compression cérébrale; elle présentait l'aspect d'un molluscum sénile implanté sur la ligne médiane de la région occipitale. A la partie supérieure de la région dorsale, se trouvait une dépression atteignant le rachis, un rudiment de spina bifida.

Comme la tumeur augmentait rapidement de volume, M. Berger en pratiqua l'extirpation, en taillant, dans les téguments qui la recouvraient, deux lambeaux latéraux qui furent disséqués; en isolant le pédicule de la poche méningée jusqu'à la perforation de l'occipital qui lui donnait passage, et en le sectionnant au ras du crâne, après l'avoir étreint avec une double ligature entrecroisée en catgut; puis, en ramenant et en fixant par la suture les lambeaux cutanés. L'opération fut bien supportée; mais la guérison fut retardée par la formation et l'élimination d'une eschare cutanée produite par un des points de suture.

L'examen anatomique de la tumeur, fait par M. Suchard, a montré que la tumeur se composait des parties suivantes : *a.* de téguments doublés d'un tissu cellulaire épaissi, présentant l'aspect d'un myxome; *b.* d'une poche centrale formée par une membrane vasculaire, analogue à l'arachnoïde; *c.* dans cette poche, un tissu grisâtre, rappelant la substance grise des circonvolutions cérébrales, et disposé en lames superposées. L'étude histologique y a fait reconnaître, en certains points, la structure des circonvolutions cérébrales; en d'autres, celle des lames du cervelet. Enfin, au centre de cette masse nerveuse, se trouvaient des faisceaux de substance blanche et des productions rappelant la constitution des plexus choroïdes.

M. Berger fait observer que l'existence simultanée de portions du cerveau et du cervelet dans une encéphalocèle de dimensions restreintes, ne peut s'expliquer par les hypothèses mises en avant par les auteurs, notamment par la théorie de Spring (hydropisie ventriculaire limitée); qu'il faut admettre que ces tumeurs se forment de toutes pièces hors du crâne, en constituant le degré inférieur de l'anomalie, décrite par Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire, sous le nom d'exencéphalie.

Au point de vue clinique, le diagnostic de la variété d'exencéphalie est toujours fort obscur. La transparence, la non-réductibilité, l'absence de phénomènes de compression cérébrale, ne peuvent faire exclure la présence de portions du cerveau ou du cervelet dans la tumeur.

Enfin, le seul traitement qui puisse convenir à ces tumeurs est l'extirpation faite avec les précautions antiseptiques.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE

M. LANCEREAUX. Les causes qui président au développement de la tuberculose sont des causes prédisposantes efficientes et déterminantes.

Ce sont les refroidissements qui déterminent l'éclosion de la maladie.

La cause efficiente, c'est le bacille de Koch. Mais le microorganisme ne peut se développer que s'il trouve un terrain favorable, c'est-à-dire si l'organisme a subi une modification particulière que l'on désigne sous le nom de prédisposition. Il faut donc connaître les circonstances qui font naître cette prédisposition.

Tous nos efforts doivent tendre à bien connaître les causes prédisposantes. Parmi celles-ci l'encombrement, la mauvaise aération et les excès alcooliques sont les plus importantes.

Les peuples qui vivent à l'état sauvage sont respectés par le bacille de Koch. Les nomades des steppes de Russie, les Indiens d'Amérique, etc., ne sont pas atteints de tuberculose. Dès que l'encombrement existe, la phthisie apparaît. Sous le même climat, la

tuberculose n'exerce aucun ravage aussi bien sur les noirs que sur les blancs ou, au contraire, les frappe avec sévérité, suivant que les hommes vivent en plein air ou qu'ils subissent l'influence de l'encombrement dans des maisons plus ou moins hygiéniques. Ce fait est constaté au Canada et à la Guyane française.

La tuberculose pulmonaire était inconnue en Amérique avant l'arrivée des Européens. Dès que les conquérants arrivent, la phthisie éclate dans les villes ou au milieu d'agglomérations d'individus.

Dans les pensions, la tuberculose est la cause principale de la mortalité. Dans les casernes, la fréquence de la phthisie est remarquable. Les soldats logés dans les casernes de Paris ont plus souvent la tuberculose, que les militaires qui vivent aux alentours de Paris.

Il suffit de renfermer dans un milieu confiné des individus habitués à mener une existence libre au grand air pour voir l'affection s'abattre sur eux. Les Arabes qui furent enfermés dans les prisons de Nîmes moururent assez rapidement de phthisie. Sur 600 prisonniers, il y eut 250 morts.

Il y a quarante ans, on mit ensemble 60 singes au Jardin zoologique de Londres. Un mois après, 50 singes étaient déjà morts et les autres gravement atteints.

A Londres, la tuberculose est en raison directe du nombre des habitants demeurant dans un même quartier. A Paris, on constate le même fait. Plus l'agglomération est considérable, plus la phthisie est fréquente.

Sur 2000 observations de tuberculeux que M. Lancereaux a recueillies, il a constaté que 1222 sont relatives à des individus ayant des professions sédentaires ou travaillant dans des ateliers trop étroits, vivant dans des chambres trop petites et mal aérées.

M. Lancereaux, qui a toujours soutenu que la tuberculose était contagieuse, en est arrivé à se demander si cette contagion n'était pas rare. En effet, il n'a pu recueillir que 23 faits de contagion.

L'influence des excès alcooliques est indiscutable. C'est une des causes prédisposantes de la tuberculose. Les alcooliques, même les plus robustes, comme les porteurs à la halle, succombent souvent des suites de la tuberculose.

On a noté la coïncidence de la cirrhose du foie et de la tuberculose. La cirrhose est bien due aux excès de boisson et, en particulier, aux excès de vin. La tuberculose, elle aussi, est due à la même cause.

Les alcooliques ont des lésions pulmonaires qui siègent de prédilection au sommet droit et surtout en arrière. Les sédentaires, au contraire, ont des altérations qui portent surtout à la partie antérieure du poumon gauche.

Les alcooliques ont souvent des crachements de sang. L'hémoptysie est rare chez les sédentaires.

Dans ces conditions, les mesures proposées par la Commission sont, sinon inutiles, du moins insuffisantes. La destruction des crachats des tuberculeux est une bonne mesure, mais elle ne suffit pas pour faire disparaître le bacille de Koch du milieu où nous vivons.

La cuisson des viandes et l'ébullition du lait sont moins importantes encore et elles ont de nombreux inconvénients.

L'air sain est un élément indispensable à la vie de l'homme; c'est ce qu'il faut démontrer aux pouvoirs publics. Il est nécessaire de prodiguer à tous les individus, aux ouvriers surtout, un air pur nécessaire à la santé. Il importe de réformer les lois et règlements sur la construction des maisons, sur la largeur des rues, sur l'hygiène des casernes, des ateliers, des prisons, etc., de façon à donner à chacun la quantité d'air qui lui est indispensable.

Comme conclusion, on doit inviter les pouvoirs constitués à prendre des mesures énergiques pour diminuer le fléau de l'alcoolisme.

On peut informer le public des dangers de la tuberculose; on peut lui indiquer les moyens prophylactiques pour l'éviter, mais c'est à l'administration supérieure seule, qu'il convient de prendre contre cette maladie des mesures réellement efficaces.

M. JACCOUD prononce un éloquent discours. (Sera publié.)

M. HARDY est du même avis que M. Jaccoud. Il croit qu'il est inutile et inopportun de donner de la publicité aux conclusions de la Commission.

M. Hardy dépose l'amendement suivant :

« Considérant que les précautions contre la propagation de la tuberculose doivent être indiquées plus utilement par les médecins appelés à soigner les malades que par tout autre moyen, l'Académie ne juge pas à propos de continuer la discussion et passe à l'ordre du jour. »

M. Hardy demande que cet amendement soit mis aux voix avant la fin de la discussion.

M. TRÉLAT. M. Jaccoud vient de prononcer un bien beau discours. Il croit que tout le monde sait aussi bien que lui ce qu'il vient de dire dans un si beau langage. Il se trompe. Il admet qu'il appartient au Conseil d'hygiène de répandre les notions pour lesquelles la Commission réclame un vote à l'Académie.

Mais qui connaît les travaux du Conseil d'hygiène ? On ne veut même pas les connaître. M. Germain Sée a dit ici : « Le Conseil d'hygiène de la Seine? Connais pas, pas du tout! »

On ne peut donc compter sur les instructions de ces Conseils d'hygiène pour répandre des notions de prophylaxie.

M. Jaccoud affirme qu'il n'est pas digne de l'Académie de médecine de voter sur des choses connues depuis huit ou dix ans. Mais de quoi se compose donc l'Académie de médecine? De quelques savants, mais surtout de médecins distingués. L'Académie de médecine est une société de médecine et non pas une société savante, au sens rigoureux du mot. Aussi l'Académie, société de médecine, ne peut pas se déshonorer en approuvant des faits connus par des savants.

M. Hardy estime qu'il faut terminer cette odieuse discussion.

M. HARDY. J'ai dit seulement inopportune et inutile, mais pas odieuse.

M. TRÉLAT. C'est vrai. Mais M. Hardy veut qu'on termine, sans plus discuter les articles de la Commission.

Mais si nous n'aboutissons pas à un vote ferme, alors que nous sommes d'accord sur le fond, les administrations chargées d'appliquer les instructions de l'Académie déclareront qu'il n'y a rien à faire, et cela pour une bonne raison : c'est que MM. Hardy, Jaccoud, etc., ont combattu ces conclusions et que la question n'est pas résolue.

L'Académie doit donc voter les conclusions de la Commission et lui donner la publicité de son Bulletin.

M. VERNEUIL est en proie à une vive émotion, en prenant la parole. Il y a longtemps qu'il est membre de l'Académie et il n'a jamais entendu une discussion comme celle-ci. Il n'a jamais rien vu de pareil à ce qui se passe aujourd'hui. Des collègues honorables, réunis dans une Commission, apportent à l'Académie un travail élaboré en commun, et on vient leur déclarer que leur travail est banal et même que ce serait déshonorer l'Académie que de voter sur ce travail!

M. HARDY. Personne n'a dit cela.

M. VERNEUIL. On a dit que voter sur les conclusions de la Commission, ce serait voter sur des banalités, ce serait faire courir à l'Académie le risque de perdre son prestige et sa dignité.

M. Verneuil renonce à réfuter les objections qui ont été faites au travail de la Commission. Il faut que l'on aille jusqu'au bout dans l'affront qu'on veut infliger à cette Commission.

M. TRÉLAT approuve les paroles de M. Verneuil.

M. HARDY n'a pas combattu les conclusions de la Commission pour les motifs que M. Verneuil suppose. M. Hardy a demandé un vote, non contre la Commission, mais contre la publicité qu'elle voulait donner à ces propositions.

M. JACCOUD. Personne n'a attaqué ni le travail de la Commission, ni ses membres.

Il a combattu les conclusions de la Commission, parce que l'on voulait donner au travail de celle-ci une publicité extérieure et non pas la simple publicité des Bulletins de l'Académie.

Si M. Jaccoud s'est trompé, si on ne veut pas donner une

grande publicité aux instructions dont il s'agit, la situation n'est plus la même que celle qu'il envisageait.

M. VERNEUIL. Il entrait dans l'esprit de la Commission de donner à son travail la plus grande publicité possible. Pour arriver à ce but, il fallait parler du haut de la tribune de l'Académie. En vérité, il est à regretter que la question y ait été portée.

M. LARREY. Ce débat prend un caractère irritant. Il serait bon de renvoyer le vote à la prochaine séance.

M. LE PRÉSIDENT. La discussion continuera dans la prochaine séance.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Instruction pour l'admission à l'École du service de santé militaire en 1890 (1).

HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE

ZOOLOGIE

Organisation et développement des animaux en général. — Cellule. — Différenciation des cellules. — Tissus. — Division du travail physiologique. — Notions sur l'ovogénie et l'évolution de l'œuf.

Bases de la classification. — *Protozoaires.* — Généralités, classifications, reproduction, principales espèces parasites de l'homme.

Métazoaires. — Invertébrés.

Cœlentérés. — Notions générales, éponges, notions sur les hydrozoaires (mode de reproduction, division du travail chez les individus d'une même colonie).

Vers. — Notions, classifications, « plathelminthes », cestodes (tænias, bothriocéphales), « trématodes » (douve du foie), « némathelminthes » (ascarides lombricoïdes, oxyure, strongle, filaire, trichine, tricocéphale), « annélides » hirudinées (sangsues). — Anatomie. — Physiologie, « chœtopodes ». — Généralités. — Notions sur les rotifères, les bryozoaires et les brachiopodes.

Echinodermes. — Oursin.

Mollusques. — Généralités. — Respiration. — Circulation. — Système nerveux. — Organes visuels. — Classification. — Espèces comestibles.

Arthropodes. — « Branchiaux ». — Caractères généraux. — Circulation. — Respiration. — Système nerveux. — Organes de la vision. — Métamorphoses, formes larvaires. — Principales espèces comestibles. — « Trachéates ». — Caractères généraux. — Parthénogénèse. — Métamorphoses. — Polymorphisme. — Parasitisme. — Castration parasitaire. — Rhynchotes (pous, punaises). — Diptères (puces, tiques, cousins). — Hyménoptères (cynips, mouches, abeilles, fourmis). — Coléoptères vésicants.

Tuniciers.

Vertébrés. — « Acraniens » (amphioxus). — Caractères généraux des vertébrés. — Position relative des organes. — Rapprochement anatomique avec les tuniciers.

Poissons. — Caractères généraux. — Respiration (cyclostomes dipnoï). — Circulation. — Organes des sens. — Poissons électriques. — Venimeux. — Ichtyocolie. — Huile de morue.

Amphibies. — Caractères généraux. — Classification. — Grenouille. — Anatomie et physiologie.

Reptiles. — Caractères généraux. — Classification. — Passage des reptiles aux oiseaux. — Venin des ophidiens.

Oiseaux. — Caractères généraux. — Classification.

Mammifères. — « Aplacentaires ». — « Placentaires ». — Anatomie et physiologie comparée. — Classification. — Principaux produits employés en médecine.

Place de l'homme dans la nature. — Races humaines. — Ostéologie humaine.

BOTANIQUE

BOTANIQUE GÉNÉRALE

Cellule végétale. — Produits cellulaires. — Genèse et multiplication des cellules. — Différenciation des cellules et division du travail physiologique. — Tissus et appareils.

Morphologie générale. — Thalles-membres de la plante (axes appendices).

Physiologie générale. — Absorption. — Aliments. — Absorption des solides, des liquides. — Appareil aquifère. — Absorption des gaz. — Nutrition des plantes dépourvues de chlorophylle. — Des plantes vertes. — Absorption des radiations. — Influence de la température, de la lumière, des couleurs. — Fonction chlorophyllienne. — Influence du mouvement, de la pression atmosphérique.

Respiration. — Production de chaleur.

Circulation. — Intercellulaire. — Vasculaire. — Cribreuse laticifère.

Réserves. — Conservation de l'eau. — Réserves alimentaires.

Excrétions. — Élimination de tissus. — Excrétion de gaz, de liquides.

Transpiration. — Glandes.

Mouvement des plantes. — Héliotropisme. Nyctitropisme. — Mouvements provoqués et spontanés. — Circommutation.

Racine. — Anatomie et physiologie.

Tige. — Anatomie et physiologie.

Feuilles. — Anatomie et physiologie.

Morphologie de la fleur. — Inflorescence. — Caractères généraux de la fleur, calice, corolle, étamines, pistil, ovulation, pollinisation, fécondation.

Fruits. — Graines, germination, dispersion, propagation, relations des plantes avec le milieu. — Influence de l'homme, des animaux. — Parasitisme, symbiose.

BOTANIQUE SPÉCIALE

Bases de la classification.

Thallophytes. — Champignons. — Notions générales, principales espèces utiles ou nuisibles. — Lichens.

Algues. — Notions générales. — Principales espèces utiles ou nuisibles. — Ferments. — Micro-organismes pathogènes.

Mousses. — Généralités. — Leur rôle dans la production de la tourbe.

Cryptogames vasculaires. — Fougères. — Espèces utilisées en médecine.

Phanérogames. — Caractères généraux et classification.

Gynmospermes. — Conifères. — Sabine. — Térébenthines.

Angiospermes. — Liliacés (scille, aloès). — Euphorbiacées (ricin, croton, euphorbe). — Labiées. — Rubiacées (quinquina, café). — Ombellifères. — Solanées (tabac, belladone, jusquiame). — Scrofulariées (digitale). — Papavéracées (opium). — Renonculacées. — Légumineuses.

PROGRAMME DE PHYSIQUE MÉDICALE

Principes de la méthode graphique. — Son emploi dans les sciences médicales (appareil enregistreur, courbes cliniques).

Lois générales de la force et du mouvement. — Équilibre, travail mécanique chez l'homme et chez les animaux. — Principes de Pascal. — Principe d'Archimède.

Poids spécifiques des corps solides et liquides. — Application physiologique et clinique.

Écoulement et circulation des liquides. — Bases physiques de la circulation du sang.

Mesure des températures. — Thermomètres.

Force élastique des gaz. — Pression atmosphérique. — Baromètres. — Siphons. — Pompes. — Applications physiologiques et cliniques.

Force élastique des vapeurs. — Hydromètres.

Mesure des quantités de chaleur ou calorimétrie. — Chaleur

(1) Programme extrait du titre IV de cette Instruction (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 55).

spécifique. — Changement d'état physique, réactions chimiques.

Production de chaleur par les êtres vivants, ses sources, sa mesure.

Mode de production de la chaleur et du froid. — Applications médicales (thermocautère, appareil de Richardson, etc.).

Propagation de la chaleur par conductibilité (applications hygiéniques, vêtements).

Émission, transmission, absorption de la chaleur rayonnante (chauffage, etc.).

Température de l'homme et des animaux placés dans les milieux froids ou chauds. — Influences physiologiques du froid et du chaud.

Équivalence de la chaleur du travail. — Conservation de l'énergie, exemples physiologiques.

Propriétés moléculaires des corps. — Capillarité. — Imbibition. — Diffusion. — Osmose. — Dialyse. — Effusion.

Diffusion; mélange, dissolution, osmose des gaz, théorie de la respiration.

Production et distribution de l'électricité. — Influence. — Condensation. — Machines électriques. — Électromètres usuels.

Courants et piles thermo-électriques. — Applications à la thermométrie.

Principes des piles voltaïques : description des piles utilisables en médecine. — Polarisation. — Piles secondaires.

Lois de Ohm. — Unités pratiques (intensité, quantité, force électro-motrice, résistance). — Mesure de la résistance, de l'intensité, de la force électro-motrice.

Association des couples. — Courants dérivés. — Mode de propagation de l'électricité dans les corps humains. — Conductibilité des tissus.

Chaleur et lumière développées par les courants, galvano-caustique thermique. — Phénomènes électro-chimiques. — Électrolyse galvano-caustique chimique.

Mode d'application des courants en thérapeutique.

Magnétisme. — Électro-magnétisme, diamagnétisme. — Applications.

Induction voltaïque. — Appareils d'induction utilisables en médecine.

Téléphone, microphone-balance d'induction, appareils magnéto-électriques utilisables en médecine. (Notions sur les effets physiologiques de l'électricité, production d'électricité par les êtres vivants.)

Production des sons. — Leur qualité (intensité, hauteur, timbre).

Propagation et mélange des sons. — Vibrations par influence, analyse des sons complexes, harmoniques, sons partiels, résonnateurs.

Mode de vibration des tuyaux sonores, des cordes, des verges et des membranes.

Productions des sons vocaux. — Leurs modifications par la bouche. — Phénomènes physiques de l'audition. — Analyse des bruits, principalement au point de vue de la percussion et de l'auscultation.

Photométrie. — Réflexion de la lumière. — Éclairage des parties profondes. — Laryngoscope. — Endoscope. — Rhinoscope, etc.

Réfraction de la lumière (prisme, ophthalmomètre, lentille). — Système diptrique.

Dispersion de la lumière, radiations spectrales. — Leurs effets, leurs transformations.

Analyse de la lumière. — Couleurs. — Spectroscope.

Étude physique de l'appareil visuel. — Réfraction. — Accommodation. — Champ visuel. — Emmétropie. — Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbyopie. — Daltonisme.

Instruments auxiliaires de la vision. — Lunettes. — Loupes. — Microscope.

Notions sur la théorie des ondulations. — Interférence. — Diffraction. — Polarisation de la lumière double, réfraction. — Polarisation chromatique. — Rotation du plan de polarisation. — Polarimètre. — Saccharimètre.

CHIMIE MÉDICALE

CHIMIE MINÉRALE

Notions générales. — Équivalents, poids atomiques, nomenclature.

Métalloïdes. — Hydrogène. Oxygène. Ozone. Eau. Eaux potables. Analyse des eaux. Hydrotimétrie. Matière organique dans les eaux. Eaux minérales. Eaux oxygénées.

Soufre et ses composés. — Sulfhydrométrie. — Chlore, brome, iode, fluor et leurs composés.

Azote. — Air atmosphérique. Analyse de l'air. Composés oxygénés de l'azote. Bioxyde d'azote.

Phosphore et arsenic. — Leurs composés, leur recherche dans les cas d'empoisonnement. Appareil de Marsh. Appareil de Mitscherlich.

Carbone, bore, silicium et leurs composés.

Empoisonnement par l'oxyde de carbone.

Métaux. — Généralités sur les métaux et leurs sels. Lois de Berthollet. Caractères génériques des sels. Détermination des bases.

Sels ammoniacaux. — Potassium, sodium, calcium, magnésium et aluminium. Sels alcalins et alcalino-terreux. Alcalimétrie. Chlorométrie.

Fer, zinc, manganèse, chrome, étain, antimoine, bismuth, cuivre, mercure, argent et leurs composés. — Caractères essentiets et préparations des sels employés en médecine.

CHIMIE ORGANIQUE

Notions générales. — Analyse organique. Chloroforme, iodoforme et chlorure de méthyle. Alcool éthylique. Éther sulfurique. Acide sulfovinique.

Alcool amylique.

Benzine, aniline, phénols, acide picrique, aldéhydes en général, aldéhyde éthylique, chloral.

Acétones en général.

Acide formique. Acide acétique. Vinaigre. Acides gras.

Ammoniaques composées.

Glycols. Acide lactique. Acide salicylique.

Acide benzoïque. Acide oxalique. Acide malique. Acide tartrique. Acide citrique. Acide urique. Acide hippurique.

Cyanogène et ses composés. — Acide cyanhydrique. — Urée, son dosage.

Glycérine. — Corps gras naturels. Savons. Bougies.

Matières sucrées. — Glucoses. Glucosides. Saccharose. Liquides fermentés.

Matières amylacées. — Amidon. Fécule. Farines. Gluten. Cellulose. Gommes. Fibres textiles. Tannins.

Alcaloïdes. Caractères généraux. Caractères particuliers des principaux alcaloïdes. Ptomaïnes. Caractères distinctifs des ptomaïnes et des alcaloïdes.

Albumine et ses variétés. — Dosage. Peptones. Fibrine. Hémoglobine.

Sang. Lymphe. Chyle. Urine. Lait. Bile. Salive. Suc gastrique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 14 janvier 1890, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Devillez (à Paris) ; Pamard (à Avignon).

M. le pharmacien Petit (à Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Caminot (à Hendaye) ; Lasserre (à Vic-de-Bigorre) ; Pierrot, Richard, Rogron (à Paris) ; Vaillard, médecin-major de première classe ; Wail (à Beuzeval).

M. le pharmacien Joret (à Lanvollon).

— La Société obstétricale et gynécologique a constitué son bureau pour 1890 de la manière suivante :

Président, M. Dumontpallier ; vice-présidents, MM. Charpentier et Lucas-Championnière ; secrétaire général, M. Porak ; trésorier-archiviste, M. Verrier ; secrétaire annuel, M. Greslen ; secrétaire-adjoint, M. Jouin.

— Nous lisons dans le *Journal officiel* du 15 janvier 1890, au sujet du décret portant organisation du corps de santé des colonies et pays de protectorat, que nous avons publié dans notre dernier numéro, la rectification suivante :

Art. 38, paragraphe 2, au lieu de : « Celles de médecins principaux et de pharmaciens en chef », lire : « Celles de médecins en chef et de pharmaciens en chef ».

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

22

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, dont la base est le bon lait, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

47

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

S^t dép. dét. à Paris, Ph^{ie} LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

26

GOUTTE LIQUEUR DU Dr LAVILLE

Spécifique éprouvé de la **Goutte.**

ACTION PROMPTE ET INFAILLIBLE

A TOUTES LES PÉRIODES DE L'ACCÈS

1 à 3 cuillerées à café par 24 heures.

SIROP D'AUBERGIER

au **Lactucarium d'Auvergne.**

Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

Une innocuité complète, une efficacité parfaitement constatée dans les **Rhumes, Bronchites** et la **Grippe,** ont assuré au **SIROP D'AUBERGIER** une vogue immense.

(*Formulaire* BOUCHARDAT.)

DOSE : 2 à 4 cuillerées à bouche par jour; pour les enfants, 1 à 3 cuillerées à café.

Dépôt : Paris, F. COMAR et Cie, *28, r. St-Claude.*

56

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

82

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

CATARRHES AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac,* ni *renvois,* ni *diarrhée,* ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph^{ies}.

44

EAUX MINÉRALES DES SOURCES

SAINT-LOUIS

(VICHY-SAINT-YORRE)

Maux d'estomac, Diabète, Albuminurie, Maladies du foie et des reins.

6 gr. bicarbonate de soude par litre; acide carbonique, 2 gr. 500.

27, boulevard des Italiens. — Vente chez tous les pharmaciens et marchands d'Eaux.

33

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

19

PHTHISIE, TUBERCULOSES

BRONCHITES, CATARRHES

LES CAPSULES COGNET

à l'Eucalyptol *ABSOLU* **iodoformo-créosoté**

constituent dans l'état actuel de la science

L'ANTIBACILLAIRE PAR EXCELLENCE

Paris, 4, rue de Charonne, et toutes ph^{ies}.

42

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

L'ERGOTINE BONJEAN, soit en solution pour injections hypodermiques, soit en potion, est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs **hémostatiques.**

Les DRAGEES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour **faciliter travail de l'accouchement,** arrêter les **hémorrhagies** de toute nature (**crachements, pertes de sang,** etc.), contre les **dysenteries** et **diarrhées chroniques,** et enfin pour combattre la **phthisie pulmonaire** et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

66

PILULES DE SALICYLATE D'HYDRARGYRRE

De L. FRERE

PILULES IMPRIMÉES

Chaque pilule porte l'inscription SALICY. HG. UN CENTI. Des expériences récentes, faites par des spécialistes éminents, ont montré que le salicylate de mercure est supérieur à toute autre combinaison mercurielle, par la facilité avec laquelle il est toléré par l'organisme. Ce sel ne produit ni désordres digestifs, ni salivation à la dose de 4 à 6 pilules par jour. Son activité spécifique est au moins égale à celle de toute autre préparation hydrargyrique.

Prix : **2** *fr. le flacon de 50 pilules.*

MAISON L. FRERE, 19, RUE JACOB, PARIS.

79

VIN DE SECRETAN

au quinquina, à l'extrait fluide de malt, et aux écorces d'oranges amères.

Le **Vin de Secretan** présente, réunis sous la même forme pharmaceutique, les principes adoucissants, rafraichissants et digestifs de l'Extrait fluide de malt combinés à ceux du quinquina. C'est grâce à cette association rationnelle que le quinquina perd complètement ses propriétés irritantes pour ne garder que son action tonique et fortifiante.

Le **Vin de Secretan** est donc naturellement indiqué dans tous les cas où il importe d'éviter l'intolérance organique, l'irritation intestinale, la constipation, qui sont si souvent consécutives à l'usage un peu prolongé de tous les vins de quinquina généralement usités.

Dépôt central : SECRETAN, 52, r. Decamps, Paris.

Même dépôt : **Globules tænifuges de Secretan** *à l'extrait vert éthéré de fougère mâle.*

49

VACCIN DE GÉNISSE

pour 4 pers., **75** cent.; pour 20 pers., **1** fr. **50.**

Echantillon gratuit. — Dr CHAUMIER, Tours.

53

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

67

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César. Paris.

51

DÉBILITÉ, ANÉMIE

MALADIES DE L'ENFANCE

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, agréable au goût, possède les mêmes propriétés que l'**Huile de foie de Morue.**

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS, et Ph^{ies}.

28

MÉDAILLE D'OR, PARIS 1888

VIN GUÉRIN

PEPSI-PHOSPHATÉ,

Digestif, Reconstituant,

Ferments physiologiques, Amers, Analeptiques.

Convalescences, Anémie, Palpitations Dyspepsies, Anorexie, Débilité

verre à madère avant le repas. Envoi f^o d'éch^{ns}.

PRIX : **4** FRANCS

Dépôt général : TRAPENARD, ph^{en}, 35, rue des Dames Paris, et toutes pharmacies.

79

PILULES SUISSES

(Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Valeur de quelques méthodes employées dans le traitement des fibro-myomes utérins.

Par M. R. PICHEVIN, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le fibro-myome de l'utérus a subi, de la part des médecins et des chirurgiens, les traitements les plus variés. De temps à autre, il se produit un courant presque exclusif dans le sens d'une opération. A d'autres moments, c'est un agent thérapeutique qui est en grande faveur. Plus tard, l'électricité apparaît comme la panacée qui doit amener la disparition des tumeurs fibreuses et, par suite, la cessation des hémorrhagies et de tous les accidents de compression. Chacune de ces tentatives a eu son heure de triomphe, mais à la lueur de l'expérience, on a fini par reconnaître que tous les fibromes ne pouvaient être traités de la même façon. Les moyens d'action, dirigés contre une affection qui se présente cliniquement sous des aspects divers, devaient, de toute nécessité, varier suivant le volume et le siège de la tumeur, suivant enfin la tolérance de l'organisme en présence de ces masses si facilement supportées dans certains cas.

Il y a peu de temps, la castration était l'opération de choix. La thérapeutique des corps fibreux semblait devoir se résumer dans la pratique d'une intervention qui n'a pris droit de cité chez nous que depuis le jour où M. le professeur Duplay l'a prise sous son égide.

Cette nouvelle arme, que le chirurgien a acquise, est-elle d'une telle précision qu'il puisse s'en servir pour combattre tous les corps fibreux ? Si la castration est une intervention bénigne, efficace et facile à exécuter, il y a lieu de la pratiquer de préférence aux autres opérations qui suppriment, il est vrai, le corps du délit, mais qui sont d'une réelle gravité.

Il est tout d'abord évident que certains myomes utérins ne sont même pas soupçonnés pendant la vie. La tumeur fibreuse est, en effet, très fréquente. Bayle, en se basant sur le résultat de ses autopsies à la Salpêtrière, avançait que le cinquième des femmes, ayant dépassé l'âge de trente ans, portait un fibro-myome de l'utérus. Cette opinion est conforme à celle de Nonat. Broca professait que la proportion des femmes atteintes de fibrome utérin s'élève à un tiers et Klob estime que la tumeur fibromateuse existe chez la moitié des femmes qui ont dépassé cinquante ans.

Ces chiffres indiquent suffisamment que beaucoup de fibromes utérins échappent à l'investigation médicale et à l'intervention chirurgicale. Il y a même plus. Parmi les tumeurs fibreuses découvertes par le médecin, quelques-unes sont compatibles avec une santé satisfaisante.

Quand faut-il entreprendre une opération sanglante sur les fibromes de la matrice ? C'est une des questions les plus controversées de la gynécologie que de fixer le moment où le traitement chirurgical devient nécessaire.

Il ne peut être question d'entreprendre, à cette place, une étude complète sur le traitement des fibromes de l'utérus. Il suffira d'énumérer quelques moyens thérapeutiques trop délaissés à cette heure. Si l'ergotine n'a pas réalisé les espérances qu'on avait fondées sur elle, il n'en est pas moins vrai qu'il ne faut pas rejeter systématiquement cet agent thérapeutique dont les succès sont incontestables dans un certain nombre de cas.

Les heureux effets du repos sont signalés par beaucoup de médecins qui prescrivent en même temps une hygiène appropriée à l'état des malades.

Il est bon de rappeler que certaines eaux minérales ont une influence tellement favorable que quelques chirurgiens, grands partisans des opérations abdominales, en sont eux-mêmes profondément étonnés. M. Terrillon n'écrivait-il pas dans un ouvrage récent : « Il est des malades chez lesquelles une saison aux eaux salines, telles que celles de Salies-de-Béarn ou de Salins (Jura), a produit des effets merveilleux. Je me rappelle l'histoire d'une femme ayant des hémorrhagies abondantes, des douleurs vives, une série d'accidents graves provoqués par un myome, et qui fut tellement soulagée par l'usage de ces eaux, que l'on peut considérer cette cure comme merveilleuse.

Malheureusement, c'est encore là un traitement infidèle, et auquel on peut faire le reproche principal de n'être pas à la portée de toutes les malades. »

Si infidèle que soit ce moyen, pourquoi ne le tenterait-on pas quand les accidents ne sont pas pressants ? Les guérisons ou les grandes améliorations obtenues doivent inviter les chirurgiens à faire bénéficier les malades de la médication thermale. Les femmes atteintes de fibrome consentiront volontiers à faire les sacrifices nécessités par leur maladie

si on leur expose, avec franchise, les avantages qu'elles peuvent retirer de leur séjour aux eaux.

Enfin, il est temps d'être fixé sur la valeur de l'électricité appliquée à la cure des fibromes utérins. On sait avec quel succès l'électrothérapie a été accueillie à l'étranger, tout particulièrement en Angleterre et en Amérique. Lors de la discussion qui a occupé plusieurs séances de la Société de chirurgie, dans le cours de cette année, les bons résultats obtenus par l'électricité, dans la cure des fibromes utérins, ont été mis en relief par MM. Kirmisson, Segond, Schwartz, Le Dentu et Trélat. A n'en pas douter, l'électricité est appelée, dans un avenir prochain, à rendre les plus grands services aux femmes atteintes de fibro-myome.

Quoi qu'il en soit, il faut savoir qu'une thérapeutique sage et intelligente donne des résultats parfois merveilleux. On ne doit donc pas désespérer d'arrêter la marche des tumeurs fibromateuses par des moyens considérés comme purement palliatifs.

Ceux qui veulent à tout prix pratiquer la laparotomie exagèrent volontiers la gravité des fibromes. On insiste tout particulièrement sur l'abondance des hémorrhagies qui menaceraient sans cesse la vie des patientes. Au contraire, les chirurgiens peu enclins à faire la castration et l'hystérectomie affirment que les fibromes sont rarement mortels et qu'on ne voit presque jamais les malades mourir d'hémorrhagie. La vérité est entre ces deux opinions extrêmes. Le fibrome n'est ni aussi dangereux, ni aussi bénin qu'on a bien voulu le dire. Si beaucoup de ces tumeurs, comme l'a écrit Campbell, ne sont pas justiciables du traitement chirurgical, il n'en est pas moins certain que la persistance et l'abondance des hémorrhagies, d'une part, et, de l'autre, les phénomènes de compression, nécessitent parfois une intervention active. Mais quelle sera cette intervention ? Pour répondre à cette question, nous renvoyons à l'intéressant travail de M. A. Villa (1) qui a étudié, avec sagacité, la valeur comparative de l'énucléation, de l'hystérotomie et de l'hystérectomie. Il discute ces différents modes opératoires et établit que, pour faire un choix entre la voie abdominale et la voie vaginale, le chirurgien devra se baser sur le siège de la tumeur et sur les dimensions de l'utérus.

Il nous suffit d'envisager le cas où, le fibrome ne pouvant être enlevé par la voie vaginale, le chirurgien se trouve acculé à la nécessité de pratiquer une hystérectomie ou la castration bilatérale.

Les chirurgiens choisissent d'ordinaire la castration, parce que cette opération, disent-ils, arrête les hémorrhagies et amène plus ou moins rapidement l'atrophie, ou même la disparition du fibrome. De plus, l'intervention est bénigne et d'une grande facilité d'exécution.

I

L'arrêt des hémorrhagies, telle est l'indication à laquelle obéissent, le plus souvent, les opérateurs, quand ils se décident à enlever les annexes de la matrice, en cas de fibrome utérin.

On doit se demander tout d'abord quel a été le résultat obtenu, à la suite de l'ablation des ovaires. Les hémorrhagies ont-elles toujours cessé ? Une longue expérience permet de répondre négativement. Il est certain que, dans un certain nombre de cas, la castration n'a pas mis fin aux pertes utérines ou du moins n'a pas déterminé la suppression des règles, comme on avait lieu de l'espérer. Pour prouver cette assertion, il faut signaler différentes observations de la thèse d'Estrada (1). Les faits de Baer, de Kelly, de Hofmeier, de Léopold, de Bautock, de Wylie, de Keith, de Bruntzel, de Freund et de Wiedow, pour n'en citer que quelques-uns, démontrent que la ménopause n'est pas toujours obtenue par l'ablation des ovaires. M. Bouilly vit apparaître des hémorrhagies utérines chez une femme qui avait subi la castration, un an auparavant. Dewar, mentionné par M. Tissier, après avoir vainement pratiqué l'ablation des ovaires pour arrêter des hémorrhagies utérines, dut se résoudre à faire une hystérectomie à la même femme.

La castration, dirigée contre le fibrome de la matrice, n'a donc pas pour résultat constant de supprimer l'écoulement menstruel.

Mais dans quelle proportion obtient-on la ménopause anticipée par la castration ? Il est difficile de fournir des chiffres qui donnent une idée exacte des succès et des revers de cette opération. Chaque chirurgien s'empresse de signaler les cas heureux, mais les insuccès ne sont pas livrés aussi facilement à la publicité. Malgré ces restrictions, il faut avoir recours à la statistique pour apprécier la valeur de l'opération.

M. Vautrin, après avoir colligé 286 castrations, déclare que la ménopause a été obtenue rapidement dans 73,4 p. 100 et tardivement dans 14,6 p. 100 des cas. La menstruation a persisté dans la proportion de 9 p. 100.

M. Pascal, dans une thèse récente, rectifie les statistiques de M. Vautrin et affirme que l'arrêt des règles a été observé, après la castration, dans 72,56 p. 100 des cas de myome. Ce chiffre, tel qu'il se présente, est assez éloquent pour que l'on s'y arrête un instant.

Ces échecs relativement fréquents, quoi qu'on puisse dire, ont surpris désagréablement ceux qui avaient entrepris certaines castrations avec la conviction, qu'en supprimant les ovaires, on allait suspendre à coup sûr la menstruation et les hémorrhagies utérines.

Une connaissance plus approfondie de la pathogénie des hémorrhagies utérines, dans les cas de corps fibreux de la matrice, aurait permis aux chirurgiens d'avoir moins de confiance dans la castration, pour arrêter les pertes occasionnées par la tumeur.

Jusque dans ces dernières années, on a peu étudié les causes des hémorrhagies symptomatiques d'un fibrome de la matrice. Vulpian (2) admettait que le myome impressionne les fibres centripètes de la matrice. L'excitation gagne les centres nerveux qui régissent le tonus des vaisseaux utérins. Soit par suite de l'intensité, soit à cause de la nature spéciale de cette excitation, l'activité tonique de ces centres est affaiblie ou suspendue, le tonus musculaire diminue ou cesse complètement dans les parois et la muqueuse de l'utérus. D'où congestion plus ou moins intense, flux métrorrhagique d'abondance variable. Il est évident que la castration ne supprime pas l'excitation produite par la tumeur sur les fibres centripètes. Dès lors, on comprend la possibilité de la continuation des hémorrhagies, après l'opération.

(1) A. Villa. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, novembre et décembre 1887, janvier 1888.

(1) Estrada. Thèse de Paris, Obs. LXVI, LXIX, LXX, LXXXV, CIII, CXXVII.

(2) Vulpian. *Appareil vaso-moteur*, 1875, t. II, p. 530.

On a écrit qu'en faisant l'oophorectomie, on liait des branches artérielles et que, par suite, on privait l'utérus ou plutôt le corps fibreux d'une certaine quantité de sang. Mais n'est-il pas certain que le sang revient en grande abondance par les autres départements artériels ? Bigelow a démontré par des injections que l'on ne pouvait expliquer la suppression des règles et des hémorrhagies, par la ligature de quelques vaisseaux. Les autres artères suffisent pour irriguer largement l'utérus et la tumeur. Marcy, cité par M. Vautrin, a vérifié combien la ligature des vaisseaux supérieurs de l'utérus, provenant des ovaires et des trompes, empêchait peu la vascularisation des myomes. Hegar et Williams sont du même avis. La castration ne détermine donc pas l'anémie du fibrome.

L'explication des hémorrhagies utérines est plus facile à comprendre, si l'on s'en rapporte aux travaux modernes.

Déjà Velpeau avait remarqué la coexistence du fibrome et de petites tumeurs pédiculées de la muqueuse, qu'il avait appelées polypes fibrineux. M. Gallard avait noté la présence de ces productions, dans les utérus fibromateux. Mais la connaissance exacte de la lésion date des travaux de J. Heitzmann qui a décrit l'endométrite hémorrhagique, à forme hypertrophique diffuse, rencontrée dans les cas de fibrome. L'hémorrhagie n'est pas due à la vascularité plus ou moins grande de la tumeur, ni à l'ouverture d'un vaisseau ou d'un sinus, mais à l'altération de la muqueuse sur toute son étendue. Tel est l'avis de Coe. Ce chirurgien a écrit que les hémorrhagies utérines sont provoquées surtout par l'endométrite hypertrophique qui accompagne le fibrome, et il fait remarquer, à l'appui de son opinion, que le curage de la muqueuse arrête les hémorrhagies dans les cas de fibrome. Winckel pratique aussi le curettage pour arrêter les pertes utérines. Walton, dans un bon mémoire qu'il vient de faire paraître, attribue les hémorrhagies à la lésion de la muqueuse et considère le curage utérin, précédé de la dilatation rapide de la matrice, comme un moyen héroïque pour arrêter la perte de sang. Déjà M. Doléris avait étudié cette question, depuis plusieurs années. Il avait obtenu des résultats satisfaisants, mais il avait constaté que malheureusement les hémorrhagies réapparaissaient au bout d'un temps variable. Pour notre part, nous donnons nos soins à une femme qui portait un énorme fibrome. Elle avait une perte considérable, et qui durait depuis plusieurs jours, quand elle a été soumise à notre observation. La dilatation rapide de l'utérus, à l'aide de tiges de laminaria, et la section bilatérale du col permirent d'explorer la cavité utérine, qui fut largement curée. Le col fut suturé après l'abrasion de la muqueuse utérine; sous l'influence de ce traitement, les hémorrhagies cessèrent immédiatement, l'utérus diminua dans des proportions remarquables en fort peu de jours, et la malade se trouva si bien que nous eûmes de la peine à lui faire comprendre que son mal existait toujours, et qu'il fallait surveiller l'évolution de sa tumeur.

Quoi qu'il en soit de ces explications, il faut retenir que la ménopause artificielle est obtenue par la castration dans 72,56 p. 100 des cas, si on s'en rapporte aux chiffres fournis par Pascal. On peut ajouter que le curage utérin a le pouvoir de mettre fin aux pertes utérines, du moins dans la très grande majorité des cas. L'arrêt des hémorrhagies n'est pas définitif; mais la suppression des pertes de sang peut être de longue durée et il suffit parfois de deux ou trois curages, pour permettre à la malade d'arriver à un âge où le fibrome ne cause plus aucun accident.

II

Diminution des tumeurs. — Les tumeurs fibreuses sont la cause de pesanteurs au niveau du périnée et de fatigues perpétuelles pour la femme, dont la vie devient quelquefois extrêmement pénible. Des douleurs vives apparaissent, dans certains cas, et on peut voir survenir tous les troubles de compression qu'une tumeur solide du petit bassin est susceptible de déterminer, soit du côté de la vessie, soit du côté du rectum, ou dans la sphère nerveuse ou bien encore au niveau des vaisseaux.

La castration fait-elle disparaître tous ces troubles ? En d'autres termes, amène-t-elle l'atrophie, la diminution ou la disparition des myomes utérins ? Il n'est pas toujours facile — on le conçoit aisément — d'affirmer la diminution d'une tumeur fibreuse. Les estimations basées sur le palper et le toucher combinés, n'ont que trop souvent un caractère approximatif, et, le désir aidant, on est disposé à dire : « La tumeur semble avoir diminué », sans preuve suffisante à l'appui.

Prochownick, sur six opérations, a vu une fois la tumeur rester stationnaire. Breuntzel a constaté que, dans deux cas, le fibrome n'avait pas changé de volume. Wehma rapporte dix castrations : cinq fois les tumeurs ont diminué d'une façon considérable. Dans les cinq cas cités par Menzel, les tumeurs restent stationnaires trois fois, et, dans les deux autres cas, les fibromes disparaissent. La tumeur persiste dans l'observation de Freund.

Trenholm (1) avoue que la tumeur n'a pas diminué. Une observation due à Hegar est plus intéressante : le fibrome, après avoir subi une régression pendant six mois, présente un nouvel accroissement. Dans un cas de Martin, la tumeur utérine diminue pendant deux ans à partir du jour de l'opération, puis elle se met à augmenter de volume en même temps que les ménorrhagies réapparaissent.

D'après M. Vautrin, la proportion dans laquelle la rétrocession survient peut être évaluée à 78,7 p. 100. Pascal, dans sa thèse déjà citée, admet que les fibromes diminuent dans la proportion de 80 p. 100.

« Je ne veux pas insister sur ces questions de statistique et surtout sur la diminution du volume souvent trompeur et intermittent, » dit M. Terrillon avec juste raison.

M. Martin va plus loin dans l'expression de ses doutes sur la valeur de la castration, pratiquée pour mettre fin aux hémorrhagies et arrêter l'accroissement de la tumeur. Les myomes, dit cet auteur, ne se développent habituellement qu'après l'âge critique physiologique. Il faut donc admettre, ajoute-t-il, qu'ils feraient de même après la ménopause artificielle et anticipée.

L'ablation des ovaires ne détermine donc pas, à coup sûr, l'atrophie des myomes utérins. C'est une erreur, il faut le répéter, d'admettre que les ligatures posées sur les trompes et les vaisseaux qui les entourent diminuent l'afflux du sang dans l'utérus.

L. Tait déclare, il est vrai, que la castration n'a pas pour but de priver entièrement le fibrome de sang. En agissant sur les annexes, il cherche à établir un changement de vie dans les tissus. Tel n'était pas l'avis de Schrœder, qui croyait à l'arrêt dans l'évolution des tumeurs fibreuses de l'utérus par la ligature des artères utéro-ovariennes.

« Il n'est pas prouvé, dit M. Vautrin, que l'arrêt du déve-

(1) Tissier. Thèse de Paris, Obs. LXXXI.

loppement des tumeurs soit occasionné par la suppression de l'activité des ovaires ou par l'ablation de ces organes. »

D'après Hegar et Hofmeier, les ligatures agissent sur les veines et déterminent la production de thromboses. Après l'opération, il y a gêne circulatoire, augmentation tout d'abord de la tumeur, puis état stationnaire et enfin diminution du fibro-myome.

Cette augmentation subite de volume, qui suit immédiatement la ligature des vaisseaux utéro-ovariens, peut être la cause d'un certain nombre d'accidents.

Cet accroissement rapide de la tumeur fibromateuse est dû — au dire de M. Vautrin — à la gêne de la circulation lymphatique. Les lacunes se remplissent de liquides exsudés par les veines et les lymphatiques, d'où œdème et augmentation de volume. Ces phénomènes peuvent n'être que de courte durée, mais il en résulte parfois du ramollissement de la tumeur et sa dégénérescence kystique. C'est ainsi que la castration, ajoute M. Vautrin, peut être une opération utile ou dangereuse. On sait, en effet, que ces modifications imprévues qui se passent dans la tumeur entraînent la mort des malades, ainsi qu'en déposent Lawson Tait, Hegar, etc. Si l'augmentation de volume est seulement transitoire, on constate l'exagération des phénomènes de compression. L'observation CXXVI de la thèse d'Estrada montre que la compression de l'intestin a continué après l'opération et M. Terrillon s'est demandé si la congestion post-opératoire n'a pas exagéré les phénomènes d'obstruction et occasionné la mort.

Dans d'autres cas, il y a lieu de faire intervenir une cause de compression indépendante de l'opération proprement dite. Il s'agit de la compression exercée par le bandage de corps, posé après l'acte chirurgical. Un pansement trop serré peut refouler l'utérus et déterminer l'obstruction des intestins et des uretères. Salin et Wallis rapportent un exemple d'urémie due à cette cause. Slowitz a publié un cas semblable.

En résumé, la diminution de la tumeur n'est pas toujours observée après la castration. Le fibrome peut, en effet, rester dans le même état ou même augmenter. Admettons néanmoins, comme un fait acquis, la diminution du volume du myome dans 80 p. 100 des cas.

III

La castration est-elle une opération facile ? — Deux autres erreurs ont contribué à inspirer aux chirurgiens une extrême confiance dans la pratique de la castration. L'opération, a-t-on dit, est d'une grande facilité et d'une grande bénignité.

La castration, quand les organes contenus dans le petit bassin sont normaux, est incontestablement une opération qui n'exige pas une grande dextérité de la part du chirurgien. Mais il n'en est pas toujours ainsi. La présence d'une tumeur dans la cavité pelvienne change les conditions de l'opération. Quand la castration est formellement indiquée dans les cas de fibrome utérin, quand la tumeur a acquis de grandes proportions et a plus ou moins envahi les ligaments larges, ou bien encore quand un myome volumineux est enclavé dans le petit bassin, la castration est d'ordinaire une opération laborieuse, longue, difficile et quelquefois même impossible à mener à bien.

Spiegelberg a essayé trois fois d'enlever les ovaires, alors qu'il ne pouvait s'attaquer directement à la tumeur. Une fois, il dut y renoncer. Estrada rapporte un fait instructif de M. Lucas-Championnière. Cet opérateur ne réussit pas à enlever l'ovaire droit et dut se résoudre à la décortication de la tumeur. Loebker, après avoir pratiqué facilement la castration du côté gauche, ne put extirper l'ovaire droit. M. Segond, malgré les recherches les plus attentives, se trouva dans l'impossibilité de trouver les annexes droites. Dans un cas de Gross, ce chirurgien tenta une castration contre un gros fibrome, mais il lui fut aussi impossible d'apercevoir que de sentir les ovaires.

Les annexes ont échappé à l'investigation de Wylie 2 fois sur 36 opérations. Muller a fait 6 ablations d'annexes, mais dans 2 cas, il laissa l'opération inachevée. Léopold a pratiqué 4 castrations pour myomes utérins. Dans 1 cas, il s'agissait d'un petit fibrome. L'opération fut facile. Chez les 3 autres malades, la tumeur était volumineuse : chez 2 d'entre elles, Léopold ne put enlever qu'un seul ovaire et chez la dernière, il fut réduit à abandonner les deux glandes qu'il lui avait été impossible de rencontrer.

Lawson Tait, dont on vante l'habileté opératoire, éprouva dans un cas une extrême difficulté à trouver les annexes. Chez une autre malade, l'ovaire droit échappa aux recherches prolongées du chirurgien de Birmingham. Enfin, dans un cas, le même opérateur n'hésita pas à pratiquer trois laparotomies dont la dernière eut pour résultat de lui permettre de constater que les annexes n'existaient pas d'un côté (?) et d'intervenir directement sur la tumeur. On pourrait multiplier les exemples. M. Terrillon, au cours d'une hystérectomie, reconnaît que les ovaires n'auraient pu être enlevés. Aussi M. Doran a-t-il pu écrire, avec quelque vérité : « La castration semble facile, mais ne l'est pas. » M. Tillaux affirme qu'on est parfois obligé de renoncer à l'oophorectomie, au cours de l'opération, à cause des difficultés qui surgissent pendant l'acte chirurgical. M. Lucas-Championnière avoue que, dans le cas de fibrome, les difficultés opératoires peuvent être énormes. M. Richelot avance que, pour le fibrome, quand la castration est formellement indiquée, l'opération est souvent difficile. M. Polaillon proclame la difficulté de trouver les ovaires, enfin M. Terrier ajoute : « Dans certains cas, la difficulté d'enlever complètement les ovaires est telle qu'elle équivaut à une impossibilité véritable. »

Or, tous ces chirurgiens sont unanimes à reconnaître la gravité de la situation, quand la castration reste inachevée. M. Terrier, ne pouvant trouver les ovaires, fit des ligatures perdues, atrophiantes, et la mort s'ensuivit. M. Richelot cite aussi une observation du même genre, La mort fut la conséquence de cette opération. M. Segond insiste sur la gravité particulière des castrations laborieuses.

Bigelow croit que la castration est plus grave que l'hystérectomie.

La conclusion est que la castration, dans des cas où elle est légitime et bien indiquée, n'est pas toujours une opération facile et que des maîtres, rompus aux pratiques de la chirurgie abdominale, ont dû renoncer à découvrir les ovaires.

IV

La castration est-elle une opération bénigne ? — Entre Bigelow et M. Polaillon qui prétendent, à tort, que la castration est plus grave que l'hystérectomie et M. Lucas-Championnière qui avance que la castration, dans les cas

de corps fibreux, est une opération sans danger réel, il y a place pour une plus juste appréciation des faits. « La castration est loin d'être sans danger », a dit, avec juste raison, Hofmeier. Voici quelques chiffres qui indiquent la fréquence de la mort, après cette opération.

Wehmer a perdu 3 opérées sur 10. Spiegelberg accuse 1 mort sur 4 cas. Battey, au Congrès de Londres, accuse une mortalité de 20 p. 100. Viedow estime à 10 p. 100 et Hegar à 11 p. 100 ce pourcentage. Mathias Duncas apporte une statistique où la léthalité est représentée par la proportion de 15 p. 100. M. Polaillon, sur 3 oophorectomies, voit la mort survenir dans 2 cas.

Tissier arrive à 14,6 p. 100. Pour Vautrin, la mortalité est entre 13 et 14 p. 100. Ce dernier chiffre est accepté par Estrada. M. Pascal, dans un travail plus récent, a adopté la proportion de 13 p. 100, comme représentant la léthalité opératoire.

Par contre, Lawson Tait qui avait eu, dans sa série précédente, une mortalité de 7 p. 100, déclare que, sur 148 nouveaux cas, il n'a eu que 3 décès, soit 2,03 p. 100.

Malgré la discordance de ces chiffres, il faut estimer la mortalité à 13 ou 14 p. 100. Ce pourcentage n'est certainement pas supérieur à la réalité des faits.

V

Comparaison de l'hystérectomie totale et de la castration. — Si l'on compare tout d'abord la gravité de ces opérations, on verra que la castration a une mortalité bien inférieure à celle de l'hystérectomie. M. Schwartz (dans la thèse d'Estrada) donne une statistique portant sur 77 cas d'amputations supra-vaginales pratiquées par des opérateurs comme Spencer Wells, Bœckel, Savage, Léopold, Olshausen, Billroth, MM. Duplay, Terrier et Péan. La méthode extra-péritonéale du pédicule a donné 43,4 p. 100 de mortalité. La méthode intra-péritonéale 45,83 p. 100. Bigelow fournit les chiffres suivants : hystérectomie abdominale, avec pédicule extra-péritonéal, 40 p. 100 ; hystérectomie abdominale, avec pédicule intra-péritonéal, 40,5 p. 100. Bigelow donne ailleurs une statistique portant sur 573 cas, avec 46 p. 100 de mortalité. Estrada, en prenant la moyenne de toutes les statistiques, arrive à un pourcentage de 35,45 p. 100 de mortalité et, en ne choisissant que les observations récentes, il constate une léthalité qui ne dépasse pas 33 p. 100 ou 35 p. 100.

En présence de ces chiffres, le doute n'est pas permis : la castration dirigée contre le fibrome est moins dangereuse que l'hystérectomie. Il y aurait peut-être une réserve à faire : c'est que le pourcentage de l'oophorectomie est inférieur à ce qu'il devrait être si les statistiques étaient faites plus régulièrement.

Assez souvent, le chirurgien qui a entrepris une castration, n'arrive pas à trouver un ou même les deux ovaires. Après des manipulations assez longues sur les annexes, il pratique l'hystérectomie. Dans un assez grand nombre de cas, l'opération se termine par la mort et celle-ci est attribuée à l'hystérectomie. N'a-t-on pas le droit de dire que l'exploration longue et infructueuse, entreprise dans le but d'enlever les ovaires, a compliqué l'acte opératoire et n'a pas été étrangère à la terminaison fatale ?

Parfois la castration n'est pas pratiquée, parce qu'elle est impossible. L'opération reste inachevée. On a été obligé de laisser les ovaires et l'utérus. Le chirurgien s'est contenté de poser quelques ligatures perdues. La mort survient. Certains chirurgiens mettent ce décès dans la colonne mortuaire des opérations abdominales inachevées et la statistique de la castration est ainsi allégée. C'est ce qui fait que la mortalité de l'oophorectomie, telle qu'elle apparaît dans certaines statistiques, est inférieure à ce qu'elle est réellement.

La conclusion est que la différence de léthalité entre la castration et l'hystérectomie est moins grande que celle qui est représentée par les chiffres ordinairement évoqués. Néanmoins, il faut admettre que l'hystérectomie totale est une opération plus grave que l'ablation des ovaires. Mais l'hystérectomie est une opération radicale qui met fin aux accidents qu'entraîne le fibrome, tandis que la castration amène la suppression des hémorrhagies dans 72,56 p. 100 et la diminution de la tumeur dans 80 p. 100 des cas.

Tous ces chiffres sont des maxima. L'ablation des ovaires entraîne parfois un changement fâcheux, à savoir la dégénérescence du myome. Dans quelques cas, on constate aussi l'exagération immédiate des phénomènes de compression, par suite de l'augmentation de volume que subit la tumeur.

On a essayé de poser des contre-indications à la castration. Les uns l'ont préconisée comme méthode de choix, pour combattre les phénomènes de compression. Mais d'autres ont montré l'inefficacité et même le danger de l'opération dans ces cas.

Le siège a été pris en considération, mais la castration a été faite pour des tumeurs interstitielles, intra-utérines, sous-péritonéales, implantées sur le fond, la face antérieure ou postérieure et même sur le col utérin.

Le volume de la tumeur a été regardé comme pouvant donner lieu à des indications ou à des contre-indications, mais on a traité des fibromes énormes, gros, moyens et petits, par l'ablation des ovaires.

Les opérateurs disent, en thèse générale, qu'il faut différer l'opération quand la malade approche de la ménopause. C'est l'avis de Schrœder, de Kœberlé, de Tait, etc.

M. Pascal déclare dans sa thèse que toute tentative de castration doit être repoussée chez une femme qui confine à la ménopause. Mais Spencer Wells, sur une statistique de 171 castrations pratiquées pour fibromes, a trouvé que 53 femmes avaient de trente à quarante ans et 62 de quarante à cinquante ans.

En parcourant la thèse d'Estrada, on constate que la castration a été pratiquée sur 36 femmes âgées de moins de trente ans, sur 22 ayant de quarante à quarante-cinq ans et sur 14 ayant de quarante-six à cinquante-deux ans.

Quant aux indications opératoires, il faut s'en rapporter à la séance du 16 mai 1888 de la Société de chirurgie, pour voir combien elles sont peu connues.

M. Segond pose en principe que la castration sera facile ou qu'elle ne sera pas, et avoue l'impuissance de cette opération contre les gros fibromes. Dans ces cas, l'hystérectomie est de rigueur. Chaque fois que la castration est difficile, elle fait courir de grands risques aux malades. « Pour être une opération de choix, la castration doit être avant tout d'une exécution facile. La formule est encore bien vague, je le sais, mais elle n'est pas moins significative, et plus de précision ne serait guère de mise, car, on le conçoit bien, la limite qu'il faut établir entre la castration simple et la castration trop laborieuse restera toujours une question d'appréciation individuelle. »

Pour M. Terrier, la question des indications de la castration est difficile à résoudre. Il est impossible de poser des règles générales de conduite. Parfois, on fera bien d'agir par la voie vaginale; dans d'autres cas, il sera préférable de pratiquer une laparotomie et alors on tentera l'ablation du fibrome, ou celle des ovaires. On tiendra compte des facilités plus ou moins grandes que l'on pourra rencontrer pour mener à bien une opération dans un sens ou dans l'autre, de l'état de la malade et des dangers qu'on va lui faire courir. Les dangers de l'hystérectomie, quoique beaucoup plus sérieux que ceux de l'ovariotomie, vont en diminuant de jour en jour.

Dans le cours de la discussion, M. Terrier ajoute : « Toutes mes tendances sont en faveur de l'opération de Battey, pour remédier aux accidents des fibromes, et cela le plus tôt possible, quand les moyens médicaux sont inefficaces. »

« Les indications de la castration, dit M. Lucas-Championnière, ne peuvent que s'étendre. L'opération est moins grave que l'hystérectomie et donne des résultats qui, dans leur ensemble, sont plus satisfaisants. »

M. Lucas-Championnière avance que les grosses tumeurs fibromateuses donnent rarement lieu à des hémorrhagies. Les petites tumeurs sont toutes justiciables de la castration. « La castration bien faite est, pour la cure des fibromes utérins, une opération vraiment efficace, et qui mérite tous les encouragements. » On pratique tantôt l'hystérectomie, tantôt l'oophorectomie. « La vérité est que l'on fait ce que l'on peut. »

M. Richelot exprime son opinion dans les termes suivants : « Je ne crois pas qu'on doive préconiser, outre mesure, l'ablation des ovaires, mais je ne suis pas tenté non plus de crier sans relâche aux abus de la castration. » Les fibromes très volumineux doivent être traités par l'hystérectomie abdominale. Quant à la cure des fibromes moyens, c'est-à-dire des tumeurs qui remontent au plus jusqu'à l'ombilic, la question est délicate et la conduite à tenir encore hésitante. Il faut entreprendre la laparotomie qui sera, tout d'abord, exploratrice. « Si la tumeur paraît disposée à sortir sans grands efforts, si la castration fait mine d'être laborieuse; enfin, si la malade est vigoureuse et capable de supporter l'opération, on peut adopter l'hystérectomie. Mais dans d'autres conditions, et surtout si les ovaires sont bien accessibles, on sera tenté naturellement de faire l'opération la plus expéditive et la moins dangereuse, puisque, aujourd'hui, elle a fait ses preuves. J'ajoute que notre tendance actuelle est tout en faveur de la castration; que l'hystérectomie abdominale est encore, et dans certains cas, une opération de nécessité, d'autres fois une opération qui peut être choisie, mais qu'il faut encourager le mouvement qui porte actuellement les chirurgiens vers l'ablation des ovaires, en présence des tumeurs de moyen volume. »

S'il s'agit de petits fibromes plus ou moins enclavés dans l'enceinte pelvienne, si l'extirpation par la voie suspubienne est impossible ou trop périlleuse, la castration serait, dans ces cas, formellement indiquée. « Malheureusement, c'est alors que la recherche des ovaires est souvent le plus difficile; or, une castration trop laborieuse, outre qu'elle peut rester en chemin, est tout aussi grave qu'une résection de l'utérus pratiquée dans de mauvaises conditions. »

« En présence de petits fibromes pelviens, c'est un peu le tempérament et les habitudes du chirurgien qui lui dictent sa conduite; mais surtout une analyse clinique laborieuse mettant en parallèle, dans chaque cas particulier, les difficultés présumées d'une castration, celles d'une extirpation vaginale et, enfin, certaines conditions d'attitude et de siège des fibromes qui peuvent être une contre-indication formelle de l'ablation des ovaires. Mais je tiens à le dire, en terminant, les mérites de celle-ci n'en sont nullement diminués, et je m'associe encore une fois à l'opinion que la plupart de ces collègues paraissent avoir aujourd'hui sur son compte. »

M. Tillaux est enclin à donner la préférence à l'hystérectomie. L'oophorectomie est une opération sérieuse et qui n'est pas toujours facile à exécuter. La castration n'atteint pas constamment son but. « Rien de plus cruel pour la malade comme pour le chirurgien, que de voir l'intervention, acceptée et menée à bien, ne pas donner le résultat cherché, ou ne donner qu'un résultat temporaire. » L'oophorectomie enlève d'ordinaire les douleurs, mais cette guérison persiste-t-elle ? M. Tillaux croit que la castration peut-être de mise quand il s'agit d'arrêter les hémorrhagies graves causées par un corps fibreux. Et il termine ainsi : « Sans rejeter l'oophorectomie, j'incline à croire que l'hystérectomie lui est préférable. »

M. Bouilly, partisan de la castration, indique avec un grand sens chirurgical l'opportunité de cette opération : « L'ablation des annexes, dans le traitement des fibromes utérins, me semble représenter un traitement palliatif chirurgical qui, dans certains cas, peut devenir définitivement curatif. Ses indications restent toujours rares et ne deviendront urgentes que si les modes de traitement restent inefficaces. »

Cette intervention est surtout indiquée dans les cas de fibromes interstitiels, qui se caractérisent par l'abondance et la répétition des hémorrhagies. Elle est encore indiquée, alors qu'il n'y a pas d'hémorrhagie, quand la tumeur s'accroît rapidement, détermine des phénomènes douloureux et provoque des poussées de péritonite.

C'est une méthode de choix et de nécessité, si le fibrome a envahi les ligaments larges, quand l'utérus est fibromateux en totalité, et quand il est adhérent aux organes voisins.

L'hystérectomie sera préférée dans les cas de gros fibromes qui ne s'accompagnent guère d'accidents hémorrhagiques graves. A la castration appartiennent plutôt les fibromes moins volumineux, donnant souvent lieu à des écoulements sanguins abondants. « La castration est surtout indiquée, lorsqu'elle est facile. Elle sera difficile ou impossible, si la tumeur est grosse ; on ne la tentera donc pas; il faut alors ou savoir ne rien faire, s'abstenir de toute intervention, ou bien pratiquer, de parti pris, une hystérectomie abdominale. »

Pour M. Polaillon, la castration s'adresse aux fibromes s'accompagnant d'une hypertrophie de l'utérus et d'hémorrhagies abondantes. Elle a peu d'influence sur la tumeur fibreuse elle-même, mais elle arrête radicalement les hémorrhagies. L'opération est indiquée dans le gigantisme utérin. Mais dans tous les autres cas, il préfère l'hystérectomie à l'oophorectomie.

M. Terrillon croit trouver, dans l'étendue de la cavité utérine, le critérium qui lui permet de faire le choix entre l'ablation de l'utérus et la castration.

« Une cavité trop petite, accompagnant les hémorrhagies, montre que le corps fibreux est anomal ou en voie de désorganisation. Une cavité trop grande, dépassant 14 à

15 centimètres, avec écoulement leucorrhéique abondant accompagnant les hémorrhagies, indique que l'opération de Battey n'aura qu'une influence minime. Celle-ci doit être conservée pour les cas de cavités de moyenne grandeur, sans leucorrhée abondante. »

L'opinion de M. Terrillon ne pouvait être et n'a pas été admise sans les réserves les plus expresses.

En admettant qu'une indication quelconque puisse être tirée de l'étendue de la cavité utérine, ne sait-on pas quelle extrême difficulté on éprouve parfois à faire une bonne hystérométrie ? Dans certains cas, la sonde ne peut pénétrer profondément. La tumeur empêche de faire le cathétérisme complet. De plus, en supposant que la sonde soit parvenue jusqu'au fond de l'utérus, il est impossible d'avoir une idée exacte de l'étendue de la cavité utérine par ce seul moyen d'inspection. La cavité utérine n'a parfois que 7 ou 8 centimètres de hauteur, alors qu'elle est spacieuse et développée surtout dans le sens transversal.

Bigelow a écrit : « On peut dire que l'oophorectomie est une opération dangereuse, mais simplement palliative, tandis que l'hystérectomie est également une opération dangereuse, mais radicale. »

Voici comment M. Vautrin apprécie l'oophorectomie : « Il faut se rendre compte qu'en entreprenant l'oophorectomie, on a 13 chances sur 100 de voir mourir la malade, environ 20 chances de ne pas la soulager et autant encore de ne pas produire la diminution de la tumeur. Si, d'un autre côté, on ajoute dans la balance la possibilité d'une récidive, d'un accroissement ultérieur et aussi la gêne que le fibrome continue à causer, on voit, qu'en somme, il y a peut-être encore avantage à extirper le néoplasme. »

Plus loin, M. Vautrin ajoute : « L'oophorectomie, employée contre les tumeurs fibreuses, est une bonne opération, capable, dans certaines conditions, de rivaliser avec l'hystérectomie, mais qui ne constituera, presque jamais, que le meilleur *des traitements palliatifs*. »

L'opération, n'étant pas radicale, ne peut être qu'une méthode palliative, et nous terminerons en citant M. le professeur Duplay :

« La castration ne doit pas être considérée comme susceptible de remplacer les diverses opérations dont nous avons parlé à l'occasion du traitement des fibromes ; elle constitue seulement une ressource précieuse dans les cas où ces opérations ne sont pas applicables. »

Il s'ensuit que l'on n'est pas encore fixé sur les indications de la castration et que, certainement, on abuse de l'opération en l'employant à tort pour remplacer l'hystérectomie qui, parfois, est la seule indiquée.

VI

Conclusions. — Contrairement à ce que l'on croit assez généralement, l'ablation des annexes n'est ni aussi bénigne, ni aussi facile, ni aussi efficace qu'on se l'imagine volontiers. Avant donc d'opérer une femme pour un fibrome, le chirurgien devra y réfléchir sérieusement et ne pas envisager la castration comme une intervention « à peine digne d'être considérée comme une opération ». L'opérateur, qui connaît la mortalité de l'hystérectomie et qui croit à la gravité de la castration, n'entreprendra pas, à la légère, une laparotomie exploratrice. Il sait, en effet, qu'il fait courir des risques de mort à sa malade, quel que soit le parti qu'il prenne au cours de l'opération. On évitera ainsi bien des opérations inutiles et meurtrières. On s'adressera avec plus de conviction et de patience aux méthodes thérapeutiques qui, pour n'être pas brillantes, n'en constituent pas moins de précieuses ressources pour améliorer, soulager et même guérir les malades.

L'hémorrhagie, qui est si souvent la cause déterminante d'une intervention grave, sera avantageusement traitée par l'électricité et surtout par la dilatation utérine ou la section bilatérale du col, suivie d'un curage de la matrice. Ces interventions bénignes arrêteront les pertes de sang qui constituent un véritable danger, et amèneront, sinon la disparition, du moins une certaine diminution du fibrome. Quelques prescriptions hygiéniques, le repos et la médication thermale pourront intervenir, d'une façon favorable, dans la cure des fibro-myomes. Grâce à ces moyens, les malades auront quelques chances d'arriver à l'âge où les fibromes diminuent spontanément de volume. Cependant, si les hémorrhagies résistaient aux séances répétées d'électricité et à plusieurs curages de l'utérus, si le fibrome avait une tendance à augmenter chez une femme relativement jeune, si, enfin, les accidents de compression ne diminuaient pas, il y aurait lieu de penser à une opération plus radicale.

Si l'on rejette l'idée de faire l'ablation du fibrome par la voie vaginale, il est préférable de tenter l'hystérectomie que d'enlever les ovaires d'une malade qui a résisté aux moyens palliatifs, méthodiquement employés. La castration, du moins dans la grande majorité des cas, sera impuissante à arrêter des hémorrhagies utérines qui ont résisté à plusieurs curages. A une situation grave, il faut opposer une opération radicale, certainement efficace, et non pas une intervention aléatoire dans ses résultats curatifs.

La castration ne sera pratiquée que si l'hystérectomie est impossible ou se présente dans de trop mauvaises conditions pour réussir. Comme suprême ressource, on enlèvera les ovaires pour donner quelques chances de guérison à une malade, dont la vie est réellement en danger.

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE

Par M. le professeur Jaccoud.

Avant la période bacillaire, j'ai formulé, pour la prophylaxie de la tuberculose, un certain nombre de mesures issues de la notion de transmissibilité.

Il y a précisément neuf années, c'était au mois de décembre 1880, seize mois avant la découverte de Koch, j'ai exposé, dans mon cours à la Faculté, les faits qui, déjà alors, démontraient d'une façon certaine la transmission de la tuberculose par inoculation, par inhalation de particules de crachats, par ingestion du lait des vaches tuberculeuses.

Après avoir établi ces trois modes de transmission, je me suis attaché, par un enseignement plus personnel, à formuler nettement les obligations prophylactiques que dictent ces notions étiologiques. J'ai montré que le médecin n'a plus seulement à se préoccuper de traiter les tuberculeux, mais qu'il doit, en outre, s'efforcer, dans la mesure du possible, de préserver, de tout danger d'infection, les personnes qui sont habituellement en rapport avec eux.

J'ai prescrit, par suite, la présence permanente d'un liquide désinfectant dans les vases qui reçoivent les crachats, la désinfection des linges et des pièces de literie maculés par l'expectoration, la désinfection du milieu par les pulvérisations bi-quotidiennes d'acide phénique ou de benzoate de soude. Dans un autre

ordre d'idées, j'ai prescrit, pour le cas de maladie d'un conjoint, la séparation des époux, auxquels, ai-je dit, il ne faut permettre ni lit commun ni chambre commune.

J'ai fixé la même règle absolue pour les enfants, qui ne doivent, sous aucun prétexte, partager la chambre d'une personne affectée de phthisie, quelque peu avancée, d'ailleurs, que soit la maladie.

Pour les nouveau-nés, j'ai interdit l'allaitement maternel, lorsque la tuberculose existe chez les générateurs; j'ai interdit les embrassements de bouche à bouche, dont les parents sont si prodigues pour leurs enfants en bas âge.

Enfin, j'ai demandé une surveillance rigoureuse des animaux qui fournissent le lait. Faute de preuves suffisantes, j'ai fait des réserves sur la question de la viande.

Voilà mon enseignement, voilà mes prescriptions d'il y a neuf ans. J'ai publié ces leçons très peu de temps après, au mois de février 1881.

Je suis donc de longue date absolument convaincu de la transmissibilité de la tuberculose. De plus, j'ai été un promoteur féroce des mesures de prophylaxie qu'impose cette étiologie. Et pourtant, je ne voterai pas ce qui vous est proposé; je ne suis point arrêté par des dissidences de détail; je tiens pour inopportune la manifestation projetée.

Cette opposition peut sembler en contradiction avec mes prescriptions personnelles, qui sont antérieures de neuf années. Pour que l'Académie puisse apprécier mes raisons, je lui demande la permission de poursuivre quelque peu l'examen historique par lequel j'ai commencé.

J'ai dit les mesures prophylactiques que j'ai prescrites dans mes leçons de 1880.

Au printemps de l'année 1882, Koch fait connaître sa découverte, et, dès son premier travail, il formule des conseils pour la protection des individus sains; ces conseils, semblables aux miens, mais moins complets, visent, d'une part, les crachats des malades, d'autre part, le lait et la viande des animaux tuberculeux.

Le 31 août de cette même année, le département médical de la guerre de Berlin édicte une instruction sur la phophylaxie de la tuberculose dans l'armée allemande; entre autres mesures, il ordonne la désinfection des crachats qui sont les porteurs de l'agent infectieux, la séparation des phthisiques et des autres malades dans les lazarets militaires, le licenciement aussi prompt que possible de tous les individus affectés de maladies chroniques des poumons.

En 1883, Baer, recherchant les moyens de restreindre la phthisie dans les prisons, conclut à la séparation des malades, à la désinfection des crachats et des objets souillés par l'expectoration.

Cette même année, le Congrès de médecine interne de Berlin charge une commission de faire une enquête sur certaines questions relatives à la tuberculose. Au nombre de ces questions est la contagion : l'année suivante, Meyerhoff, rapporteur pour cette question, publie un travail, et, de l'analyse des cas de transmission, il conclut, sans entrer dans de plus grands détails, qui ne relèvent pas de son sujet, que la notion de contagion doit être la base de la prophylaxie.

En 1884, également, Sormani étudie la persistance de la vitalité du bacille dans les crachats, dans les mouchoirs, et dans un autre mémoire il demande que l'on utilise la notion bacillaire pour la prophylaxie de la tuberculose, dans l'armée italienne, indiquant, pour l'application, l'exemple du département de la guerre prussien.

A la même date, l'office de santé de Berlin publie le travail de Schill et Fischer sur la désinfection des crachats des phthisiques; les auteurs établissent d'abord, par leurs recherches expérimentales, que les bacilles peuvent conserver leur virulence pendant quarante-trois jours, dans des crachats humides en putréfaction, et pendant cent quatre-vingt-six jours, dans des crachats desséchés à l'air; après quoi ils étudient les moyens les plus simples et les plus rapides de stérilisation.

Peu après, dans cette année 1884, Koch produit son beau travail sur l'étiologie de la tuberculose; après avoir fait toute la part qui convient à la disposition organique, il se pose la question suivante : Comment le bacille du phthisique peut-il être transporté chez l'individu sain? Dans sa réponse, il montre que les particules des crachats humides ne peuvent avoir qu'un rôle accessoire en raison de leur poids, qui les empêche de rester longtemps suspendus dans l'air, et il assigne l'importance prépondérante aux crachats desséchés, dont les débris pulvérulents arrivent facilement dans l'air, peuvent y rester suspendus pendant un temps relativement long, et y être ramenés encore par le moindre courant, après leur précipitation sur le sol. Il rappelle naturellement la démonstration de Fischer et Shill touchant la persistance de la virulence du bacille, pendant six mois dans les crachats desséchés, et, complétant ainsi sa découverte de 1882, il établit et explique la transmissibilité de la phthisie par l'intermédiaire de l'air.

En 1885, une autre préoccupation surgit; cela devait être, puisque la question des crachats infectants est, dès lors, totalement résolue sous toutes ses faces : aussi les travaux afférents à la prophylaxie de la tuberculose visent-ils surtout la séparation des phthisiques et des autres malades. A cette série appartiennent les recherches de notre collègue M. Ollier, qui conclut à la nécessité de l'isolement des enfants tuberculeux, soit dans la famille, soit à l'hôpital; les recherches de Zanguer qui, après enquête dans un des hôpitaux de Vienne, déclare que la présence d'un grand nombre de tuberculeux dans ces établissements constitue un danger d'infection pour les autres malades, et que, notamment, les individus affectés de pneumonie et de fièvre typhoïde doivent être séparés des phthisiques.

Instruit moi-même, par mes études cliniques, du rapport qui existe entre l'infection bacillaire et les reliquats pneumoniques ou broncho-pneumoniques, qui offrent au bacille le terrain nutritif demandé par Koch, j'ai déclaré, dans une leçon en date du 21 novembre 1885, leçon publiée, que les individus, affectés de lésions broncho-pulmonaires non tuberculeuses, doivent être exclus des sanatoria consacrés au traitement des phthisiques.

En 1886, John publie un travail d'ensemble sur l'isolement des malades atteints de maladies infectieuses, et, pour la tuberculose, il conclut que les phthisiques ne doivent pas être placés dans les salles où se trouvent des malades affectés de laryngites, de bronchites, de pleurésies ou de pneumonies.

La même année, M. Richard revient à son tour sur la nocuité toute spéciale des crachats desséchés et pulvérulents; il dénonce, comme particulièrement dangereux, les objets de literie, les tapis, les tentures, les parquets, et il recommande, pour la désinfection, les procédés conseillés par Schill et Fischer dans leur mémoire de 1884.

En 1887, M. Galtier insiste avec force sur la longue conservation de l'activité du bacille à la surface des objets quelconques qui out pu être souillés par les produits tuberculeux, soit dans les maisons, soit dans les étables, et il réclame une désinfection complète pour prévenir la propagation de la maladie.

Je signale enfin les travaux de M. Cornet; le plus récent est celui de 1889. Par des recherches aussi multipliées que bien conduites, dont les détails sont consignés dans le mémoire de 1888, l'auteur conclut qu'il ne peut être question ni d'une ubiquité des bacilles tuberculeux, ni d'un danger d'infection présent partout (*sic*); après quoi il formule la déclaration suivante que je reproduis littéralement : « Et pourtant, c'est justement l'air que nous avons à craindre comme porteur de l'infection, car lui seul permet la communication entre notre poumon et le monde extérieur, c'est lui qui introduit et dépose en nous les hôtes hostiles; car il ne peut plus rester aucun doute là-dessus, que la forme la plus commune de la tuberculose, la phthisie pulmonaire, prend naissance par inhalation des bacilles. »

En fin de compte, il base la prophylaxie de la tuberculose sur la désinfection, et, pour les hôpitaux, sur la séparation des malades.

Tels sont les principaux documents produits dans la dernière période décennale sur ces questions connexes de la transmission et de la prophylaxie.

En cette situation, on nous demande deux choses distinctes : une approbation officielle d'un certain nombre de propositions étiologiques relatives à la transmissibilité de la tuberculose ; secondement, une instruction populaire indiquant les moyens préservatifs de la transmission.

Pour la première demande, il suffit, pour connaître la raison de mon opposition, de songer à la revue sommaire que je viens de faire. Elle nous apprend que, depuis l'époque éloignée où j'ai posé, sur la transmissibilité de la tuberculose, des règles sévères de prophylaxie, les faits justificatifs de ces mesures rigoureuses se sont accumulés, avec une telle puissance de nombre et de vérité démonstrative, que les notions relatives aux divers modes de transmission de la maladie peuvent être aujourd'hui simplement affirmées, sans qu'il soit besoin d'en redire incessamment les preuves. On les énonce, on ne les discute plus. Ce sont des vérités banales.

Eh bien ! de cette certitude, de cette vulgarisation universelle, naît mon éloignement pour la déclaration qu'on sollicite. Je me demande s'il convient à la dignité de l'Académie d'intervenir sur le tard dans un débat qui n'en est plus un, pour consacrer, par une appréciation plus ou moins superflue, les faits pathogéniques et les règles prophylactiques irrévocablement dépouillées de ces caractères de nouveauté et d'incertitude qui, seuls, justifient les manifestations solennelles. Et à cette question que je m'adresse en toute sincérité, je suis contraint de répondre par la négative : non, la dignité de l'Académie ne permet pas cette intervention tardive.

Vainement invoquerait-on, pour la justifier, l'argument puéril : Mieux vaut tard que jamais ; je ne veux pas l'entendre ; il est des occurrences, et celle-ci en est une, où c'est un devoir de ne pas l'entendre. Je ne puis oublier, en effet, — et qui de vous le pourrait ? — que c'est de cette tribune même qu'est partie la réforme de la phthisiologie, et que, grâce à l'initiative géniale de notre collègue Villemin, qui a inspiré tous les travaux ultérieurs, cette Académie a été, pendant nombre d'années, à la tête de ce grand mouvement de rénovation. Et c'est à nous, qui avons dû, au reflet de cette lumineuse découverte, l'honneur d'un poste d'avant-garde, et qui avons su l'utiliser, que l'on vient proposer une déclaration sans actualité, qui ne peut plus être qu'une vulgaire copie et qui, avant trois mois, avant un mois peut-être, fera dire, non sans une certaine apparence de raison : En l'année 1890, l'Académie de médecine de Paris a reconnu la transmissibilité de la tuberculose et la nocuité des crachats des phthisiques.

Pour ma part, je ne puis souscrire à cette proposition ; je ne crois pas que nous devions patronner une déclaration rétrospective qui, ne fût-ce qu'en apparence, peut compromettre la dignité de l'Académie en lui infligeant, bien à tort, le rôle plus que modeste de l'ouvrier de la treizième heure.

Passe encore s'il s'agissait de répondre à une mise en demeure de l'autorité supérieure ; dans ce cas, la situation serait tout autre : c'est alors une requête à laquelle nous sommes tenus d'obtempérer ; cette obligation nous couvre, elle nous justifie à l'avance, et l'inévitable banalité de notre réponse ne peut plus être imputée qu'au retard de la question. Mais que, de propos délibéré, sans y être nullement contrainte, l'Académie entreprenne bruyamment une campagne de porte ouverte, pour promulguer un enseignement devenu classique, c'est là ce qu'il m'est impossible d'admettre, quelque raison que l'on invoque en faveur de cette singulière initiative.

J'ai, d'ailleurs, un autre motif, non moins respectable, pour rejeter cette déclaration étiologique.

Quoi que vous fassiez, votre affirmation sera le point de départ d'une exagération dangereuse, elle fera beaucoup plus de mal que de bien, parce qu'elle dépassera le but. Ferez-vous comprendre au public, à qui cette déclaration est destinée, que, si la tuberculose est transmissible, elle ne l'est que suivant certains modes et dans certaines conditions déterminées ? Ferez-vous comprendre que la provocation bacillaire est impuissante par elle seule à reproduire la maladie et qu'elle a besoin du concours de la réceptivité organique, de ce terrain nutritif dont Koch, lui-même, a si souvent proclamé la nécessité ? Non seulement vous ne le ferez pas comprendre, mais vous ne pouvez même pas introduire ces données, de haute pathologie, dans un document du genre de celui que vous préparez.

Forcément, la transmissibilité apparaîtra seule, isolée des conditions qui, dans la réalité, en limitent efficacement la puissance ; et le lecteur mal éclairé, et qui ne peut pas l'être mieux, ne retiendra qu'un fait, c'est que la phthisie est contagieuse. Dès lors, malgré vous, et en dépit de tous vos efforts d'atténuation, cette étiologie unilatérale, qui a tout le danger des enseignements incomplets, créera cette situation déplorable contre laquelle j'ai déjà mis en garde, il y a plusieurs années. L'amplification aidant, le phthisique sera considéré comme un pestiféré, semant fatalement, partout autour de lui, la contagion et la mort.

Donc, pour l'Académie, pour le public, je vois, dans la déclaration projetée, un double danger auquel il est vraiment téméraire et inutile de s'exposer.

Je conviens qu'on peut aisément échapper à ces risques, en supprimant le préambule étiologique, et en limitant le programme à l'indication des mesures préventives. Sans doute, on peut faire ainsi, mais le malheur, en ce qui me concerne, c'est que je n'approuve pas davantage l'instruction prophylactique, et cela, pour diverses raisons.

En premier lieu, les précautions recommandées impliquent un diagnostic préalable, c'est-à-dire l'intervention du médecin ; ce sont donc les médecins, et eux seuls, qui peuvent décider de l'opportunité de ces mesures, et les faire exécuter, soit dans les familles, soit dans les administrations, dans les établissements publics dont ils ont la direction sanitaire. Ce sont donc les médecins qui doivent être instruits et convaincus de l'importance de ces précautions ; c'est donc aux médecins qu'il faut s'adresser ; il est inutile, il est illusoire de s'adresser au public. Que voulez-vous qu'il fasse de ces conseils, puisqu'il ne peut, sans l'aide du médecin, savoir le moment où il doit les mettre en pratique ?

Les Sociétés savantes, qui, dans la dernière période décennale, se sont occupées de la prophylaxie de la tuberculose, ont consigné leurs travaux dans leurs recueils ordinaires, et ne les ont point directement adressés au public. C'est dans des journaux médicaux qu'ont été insérés les documents issus de l'office de santé de Berlin.

Quand le département de la guerre prussien a produit son instruction relative à la prophylaxie de la tuberculose dans l'armée, il ne l'a point adressée à son public, c'est-à-dire aux soldats, il l'a adressée aux médecins militaires. Et ainsi des autres. Soit donc que je considère les exemples donnés, soit que je tienne compte de ce fait indéniable : nécessité absolue de l'intervention médicale pour décider l'application des mesures proposées, je suis forcé de conclure que l'instruction se trompe d'adresse, et que de tels conseils ne peuvent être utilement donnés qu'au corps médical lui-même. Or, pour les médecins, les publications scientifiques sont amplement suffisantes.

En second lieu, si je les ramène à leur plus simple expression, je vois que, en somme, les mesures prescrites visent d'une part les crachoirs, la désinfection des crachats et des objets souillés, d'autre part le lait et la viande des animaux tuberculeux. C'est exactement la même chose qu'en 1880 et dans les années qui ont suivi. Eh bien ! il me semble, sauf erreur, que des prescriptions de cet ordre et de cet âge ressortissent aux divers Conseils d'hygiène et de salubrité, et non plus à l'Académie de médecine.

Au point de certitude et de vulgarisation où sont arrivées les notions relatives au danger et à la désinfection des matières tuberculeuses, il n'y a plus aujourd'hui, dans le vaste domaine de la prophylaxie de la tuberculose, qu'une seule question qui soit vraiment digne d'un débat et d'une instruction académiques, c'est la question de la séparation des phthisiques dans les établis-

sements hospitaliers. Or, cette question ne figure pas au programme qui nous est soumis.

Au total, la déclaration étiologique est trop tardive; de sorte que, malgré une incontestable vérité, elle risque de porter atteinte à l'autorité scientifique de l'Académie; de plus, elle est dangereuse pour le public; quant à l'instruction prophylactique elle commet, à mon sens, une erreur d'attributions.

Par ces motifs, sans prétendre juger en aucune façon le travail de la Commission, je crois devoir repousser en bloc la manifestation qui vous est proposée; et si ce n'est pas excéder mon droit, je demande que, lorsque viendra le moment du vote, nous soyons appelés à voter avant tout sur la question suivante : L'Académie consent-elle à publier une instruction sur la transmissibilité et la prophylaxie de la tuberculose?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 janvier 1890. — Présidence de M. Le Dentu.

LECTURE

Tumeurs des glandules de la muqueuse buccale. — M. MONOD lit un travail de M. Larabrie sur ce sujet.

On trouve, chez les sujets âgés de dix-neuf à soixante ans, des tumeurs qui partent des glandes de la muqueuse buccale, et qui ont un volume et une consistance variables. Ces tumeurs, facilement énucléables, en règle générale, ne s'ulcèrent jamais et siègent sur la muqueuse qui recouvre le voile et la voûte du palais. Ces néoplasmes ont été considérés comme des hypertrophies glandulaires, et rangés ensuite dans la classe des adénomes.

En 1872, M. Verneuil enlève une tumeur du voile du palais. Cette pièce est examinée par Thaon, qui porte le diagnostic histologique de sarcome glandulaire.

M. Larabrie a pratiqué l'examen histologique de plusieurs tumeurs semblables. Il propose le terme générique d'épithélioma, pour caractériser ces néoplasmes. D'après la prépondérance des différents tissus qui entrent dans la composition de ces tumeurs, on aura des mixo-sarco ou des chondro-épithéliomes.

La conclusion pratique, qui se dégage de l'observation clinique et de l'examen microscopique, est qu'il faut pratiquer de bonne heure l'ablation de ces tumeurs. Ces néoplasmes restent bénins pendant longtemps et peuvent se transformer en tumeurs malignes.

M. VERNEUIL. Il est impossible d'admettre l'unicité des tumeurs décrites sous le nom d'adénomes du voile du palais. Tous les néoplasmes de cette nature, enlevés par M. Verneuil, ont été présentés à la Société anatomique.

Parmi ces tumeurs, il y a des adénomes, des myxomes, des fibro-chondromes, etc. Ce sont des néoplasmes de nature bénigne. M. Verneuil n'a jamais vu un véritable épithéliome ni un carcinome type. Toutes ces variétés histologiques se présentent avec les mêmes caractères. Mais on remarque, dans ces cas, la substitution d'une tumeur à une autre. Ces néoplasmes peuvent récidiver sous la forme d'un autre tissu. C'est ainsi qu'une tumeur, primitivement bénigne, peut se reproduire sous forme de néoplasme malin.

M. Verneuil a enlevé une tumeur fibro-glandulaire de la joue. Le néoplasme s'est reproduit, mais c'était un sarcome.

Quand on enlève ces tumeurs, on procède par énucléation. On laisse la capsule qui contient des éléments fibro-plastiques. Lorsque la tumeur récidive, les éléments contenus dans la capsule se multiplient. C'est peut-être l'explication de la production d'une nouvelle tumeur, différente au point de vue histologique de la première. Aussi M. Verneuil a-t-il pris l'habitude d'exciser la tumeur et de cautériser la poche qui reste, de façon à détruire le pseudo-kyste.

M. QUÉNU. La substitution d'un tissu à un autre peut s'expliquer de plusieurs façons. Certaines tumeurs adénoïdes sont considérées comme des sarcomes, d'autres comme des épithéliomes. M. Quénu pense que certaines tumeurs, dites adénoïdes, sont des néoplasmes mixtes ou polymorphes.

M. DESPRÉS a opéré, en 1874, une femme qui avait un adénome du voile du palais. La tumeur, examinée au microscope, entrait dans la catégorie des adéno-sarcomes. Or, cette dame est vivante encore et ne présente aucune trace de récidive.

Au point de vue clinique, il est bon de savoir que ces tumeurs, qui évoluent lentement, ne récidivent pas, même quand il s'agit d'un sarcome.

M. MONOD. L'anatomo-pathologie et la clinique n'ont pas été toujours d'accord.

A côté des tumeurs du voile du palais, qui ne récidivent pas, d'autres se reproduisent et infectent les ganglions.

PRÉSENTATION DE MALADE

Pied-bot congénital. — M. BERGER présente à la Société un individu qui présentait un pied-bot congénital. L'enroulement du pied était complet de chaque côté. L'opération a été faite sur chaque pied, mais à une distance de quelques mois. M. Berger a pratiqué l'extirpation de l'astragale et l'excision de la partie antérieure du calcanéum. Cette tarsectomie cunéiforme a réussi admirablement. On n'a pas fait de drainage.

M. LE FORT. Le résultat obtenu par M. Berger est remarquable. Cependant, l'opération qu'il a pratiquée donne parfois des insuccès déplorables. Il ne faut pas trop multiplier les opérations de ce genre. M. Le Fort fait des réserves sur la fréquence des indications de la tarsectomie.

M. TERRILLON a fait la même opération que M. Berger. Mais il a opéré les deux pieds à huit jours d'intervalle. Il y a bénéfice pour le malade à pratiquer les deux opérations presque simultanément. Si l'on veut obtenir un réel bénéfice de l'opération, il faut faire marcher les malades quelque temps après l'intervention.

M. LE FORT a protesté contre la fréquence des opérations de ce genre, parce que les résultats sont parfois excellents, mais parfois aussi très mauvais. Il a eu l'occasion de voir, dans un service, un enfant qui avait subi la résection cunéiforme du pied. L'opération n'avait guère été utile à cet enfant.

Anévrysme artério-veineux. — M. TILLAUX demande aux membres de la Société un conseil sur le cas suivant :

Un jeune homme reçoit, le 14 juillet 1888, une balle de revolver de 11 millimètres dans la région parotidienne gauche. La blessure n'occasionna aucun accident. M. Tillaux ne fit aucune recherche pour trouver la balle. Mais bientôt apparut une varice anévrysmale. M. Tillaux pensa à une communication entre la carotide interne et la jugulaire interne.

Ce malade ne présente pas de tumeur, mais au niveau de l'angle de la mâchoire, il existe un thrill manifeste. Les douleurs de tête commencent à inquiéter ce jeune homme qui réclame une intervention. Que faut-il faire?

M. LE FORT. La ligature pratiquée dans les cas d'anévrysme artério-veineux est une mauvaise opération, d'abord parce que des accidents graves et même mortels peuvent survenir, en deuxième lieu parce que la guérison n'est pas obtenue. Somme toute, on peut vivre avec un bruit dans la tête et il vaut mieux ne pas courir les risques d'une opération grave.

La compression digitale a procuré quelques guérisons. C'est une méthode prudente. On pourrait l'essayer et voir si on arrête les battements. Si on n'obtient pas ce résultat, si les accidents sont pressants, on peut tenter la ligature.

M. TRÉLAT. La compression guérit les anévrysmes artério-veineux qui ont quinze jours, trois mois de durée. Quand la lésion date de plus longtemps, l'ère de la compression est terminée. On n'obtient aucun résultat. La ligature de l'anévrysme artériel est grave dans la grande majorité des cas. Il ne faut opérer que si les accidents prennent de l'importance. Il faut alors lier l'artère et la veine au-dessus et au-dessous de la communication; il est même nécessaire de passer des ligatures sur tous les vaisseaux efférents et afférents, c'est la seule bonne méthode.

M. BERGER est du même avis que M. Trélat.

M. LE FORT. Il ne faut pas comparer les accidents qui sur-

viennent, quand l'anévrysme artério-veineux siège sur un gros vaisseau, comme la carotide ou la sous-clavière, et les accidents qui accompagnent une tumeur anévrysmale d'un vaisseau des membres. L'anévrysme d'un gros vaisseau (carotide, sous-clavière) est moins dangereuse que celui d'une artère du membre inférieur, par exemple.

Le malade de M. Tillaux ne doit pas être opéré maintenant.

Les individus qui ont eu la carotide liée meurent par le fait de la production de caillots qui remontent jusqu'à l'artère sylvienne.

M. QUÉNU. Les accidents cérébraux, qui succèdent à la ligature de la carotide, sont moins à craindre dans les cas d'anévrysme artério-veineux. La pression est moindre. La circulation cérébrale n'est pas normale. Quand on lie la carotide, dans ces cas, les accidents du côté de l'encéphale ne sont pas aussi fréquents que s'il s'agissait de la ligature d'un anévrysme artériel.

M. DESPRÉS. Le diagnostic n'est pas certain. Peut-être l'anévrysme artério-veineux s'est-il produit aux dépens de la carotide et d'une petite veine. Dans ce cas, les accidents actuels n'augmenteront plus. Il ne faut donc pas opérer ce malade.

M. TRÉLAT. Les accidents qui ont été signalés ont suivi la ligature des anévrysmes artériels, mais non pas celle des anévrysmes artério-veineux.

M. TILLAUX déclare qu'il n'opérera pas son malade.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 janvier 1890, M. le docteur Philippi a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Concours de l'internat.* — Oral : mercredi 8 janvier, « Nerf radial. Paralysie radiale » ; — vendredi 10, « Uretère chez la femme. Valeur séméiologique et pronostique de l'albuminurie chez la femme » ; — dimanche 12, « Valvule mitrale. Symptômes et diagnostic du rétrécissement mitral » ; — lundi 13, « Ligaments et synoviales de l'articulation coxo-fémorale. Signes de la coxalgie ».

— *Concours de l'externat.* — Les dernières questions tirées sont les suivantes : « Symptômes de la fièvre typhoïde. — Épistaxis. — Vésicatoire. — Saignée. — Vaccine et vaccination. »

— Dans sa séance du 15 janvier 1890, la Société de chirurgie a nommé : correspondants nationaux, MM. Badal (de Bordeaux), Chavasse (armée), Duret (de Lille), Masse (de Bordeaux) et Tachard (armée); — correspondants étrangers, MM. Roux (de Lausanne), Pereira-Guimaraès (de Rio-Janeiro) et Wolfler (de Vienne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 9. — MARDI 21 JANVIER 1890. 63e ANNÉE. MARDI 21 JANVIER 1890. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Quelques particularités sur les affections du cœur. De l'insuffisance et du rétrécissement mitral. De la signification du bruit de galop.

Un garçon d'office, âgé de trente-sept ans, est couché au n° 16 de la salle des hommes. Il a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu, il y a deux ans, et présente en ce moment les signes d'une lésion mitrale très avancée.

Le plus habituellement, le rhumatisme articulaire aigu, quand il agit sur l'endocarde, détermine la production d'une insuffisance mitrale et ce n'est que longtemps après que le rétrécissement de la valvule mitrale apparaît. Or, notre malade a une insuffisance et un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Comment expliquer cette double lésion en si peu de temps? La raison est facile à comprendre : cet homme a subi une attaque de rhumatisme d'une intensité peu commune. Il est resté, sept mois, en proie à des rechutes successives. Celles-ci ont déterminé une série de poussées sur l'endocarde, ce qui équivaut à plusieurs attaques de rhumatisme plus ou moins distantes l'une de l'autre.

Comment reconnaît-on les lésions cardiaques que présente cet homme? Il se plaint de palpitations et a de l'oppression quand il monte les escaliers; ses jambes sont enflées. Le diagnostic est donc presque fait. Le pouls est faible, petit, mais régulier.

L'auscultation est caractéristique. Au niveau du cinquième espace intercostal, le long du bord gauche du sternum, on entend un roulement présystolique. Il existe un souffle plus intense à quelques centimètres au-dessous du mamelon. Dans l'aisselle, on perçoit un souffle et un dédoublement du deuxième bruit. Cet homme est porteur d'une lésion considérable de l'orifice mitral, il a un rétrécissement et une insuffisance, comme je vous le disais. Cette constatation entraîne un pronostic grave. Tandis que l'insuffisance est compatible avec une longue survie, l'insuffisance qui se complique de rétrécissement mitral amène la mort à échéance relativement brève. Les malades succombent ordinairement au bout de un ou deux ans, car ils sont sans cesse sous la menace d'une congestion pulmonaire, hépatique ou rénale.

Au n° 1 de notre salle se trouve un homme qui a de l'oppression. C'est un asthmatique et un goutteux. Les urines renferment de l'albumine et l'auscultation du cœur permet de reconnaître un bruit de galop.

Garrod, dans son remarquable traité sur la goutte, ne parle pas des lésions du cœur dans cette affection. Il a mis en lumière l'uricémie et, pour lui, l'altération du sang est la seule cause des lésions viscérales. Il constate l'état pathologique du rein et c'est tout. Certes, il n'est pas douteux qu'il y ait trouble de la nutrition, chez les goutteux. L'acide urique et les urates s'accumulent dans le sang de ces malades et il est certain que ces substances participent dans une large mesure à la production des dépôts tophacés et des lésions rénales.

L'asthme existe souvent chez les goutteux et on peut expliquer ce fait en disant que l'adultération du sang agit sur le pneumogastrique. Mais les lésions du cœur doivent être rapportées à l'athéromasie ou à l'artério-sclérose pour parler le langage du jour.

Notre malade a eu une attaque de goutte et a un bruit de galop sans souffle. Qu'est-ce que cela veut dire? Comment expliquer ce bruit morbide?

On a dit que l'albuminurie déterminait, par l'intermédiaire de la crase sanguine, une modification dans les contractions et les relâchements des oreillettes et des ventricules, d'où la production de ce bruit de galop. Mais cette interprétation ne résiste pas aux deux faits suivants : d'abord, on peut trouver de l'albumine en abondance dans l'urine et le bruit de galop ne pas exister; ensuite le bruit de galop est très nettement perçu, alors que parfois il n'y a pas d'albuminurie. Ce bruit existe quelquefois chez les individus atteints de néphrite interstitielle, mais il n'est pas constant. Le bruit de galop n'est pas produit par la la néphrite interstitielle, il est sous la dépendance de l'artério-sclérose qui est générateur et de l'affection rénale et du bruit pathologique en question.

L'artério-sclérose existe chez notre malade : les tracés sphygmographiques vous montrent un plateau caractéristique de cette altération artérielle.

L'homme, dont il est question, est albuminurique, parce qu'il a une néphrite interstitielle et il a cette néphrite et le

bruit de galop, parce qu'il a de l'artério-sclérose. A quoi est due cette artério-sclérose? Le malade est goutteux et est, en même temps, alcoolique : double raison pour avoir de l'artério-sclérose.

Je veux étudier avec vous les causes mécaniques qui produisent le bruit de galop.

Dans les phénomènes de la circulation, il faut envisager les contractions du cœur et celles des muscles des artères. Quand le cœur a lancé le sang dans les artères, celles-ci ont un rôle important à remplir : la distribution du liquide sanguin dans toutes les parties du corps, à chaque viscère. Vous savez que les petites artères sont pourvues d'une tunique musculaire développée et qu'elles peuvent fournir à chaque organe une quantité variable de sang, suivant les nécessités du moment. Les muscles vasculaires sont animés par le grand sympathique, et le myocarde par ce nerf et le grand sympathique.

Quand les valvules du cœur sont altérées, il y a compensation par le fait des contractions du cœur. En même temps, les artères se mettent de la partie pour aider le cœur dans son nouveau travail.

Quand les vaisseaux faiblissent, les œdèmes et les congestions apparaissent. La maladie a commencé par le cœur et se termine par les vaisseaux. Mais si ceux-ci sont atteints primitivement — comme dans l'artério-sclérose — les termes de la proposition sont renversés : l'affection débute par les artères et se termine par le cœur.

Le dédoublement du deuxième bruit est dû au défaut de synchronisme des contractions des deux cœurs, par le fait de la gêne dans le débit sanguin à la périphérie. Le bruit de galop signifie donc qu'il y a des lésions artérielles. Or, si les artères sont altérées, elles ne pourront pas établir la compensation. L'artério-sclérose détermine de l'hypertrophie du cœur gauche, par suite de la progression vicieuse du sang à la périphérie.

On a dit que c'était l'atrophie du rein qui produisait le gros cœur que l'on observe souvent dans l'athéromasie généralisée. Or, l'artério-sclérose peut atteindre toutes les parties du système artériel : les artères rénales peuvent être ou ne pas être touchées. Il n'y a pas de relations directes, comme on l'a dit, entre la diminution du champ circulatoire dans le rein et la production de l'hypertrophie du ventricule gauche et le bruit de galop. N'est-il pas vrai que, si cette théorie était vraie, tous les amputés devraient avoir de l'hypertrophie cardiaque et un bruit de galop? Je le répète donc, l'individu atteint d'artério-sclérose peut avoir une néphrite interstitielle, il peut même en mourir; mais la lésion rénale peut aussi ne pas exister chez ces malades; la terminaison fatale survient parfois par apoplexie, qui est due à une rupture d'un vaisseau atteint par l'artério-sclérose.

Le pronostic des individus qui ont un bruit de galop est particulièrement grave. Ils sont exposés aux hémorrhagies, à l'œdème pulmonaire ou cérébral, avec congestions multiples. Ils meurent au bout de trois, six, douze mois au plus.

Je vous citerai l'exemple d'un agent de change, qui fut enlevé trois mois après qu'il me fit appeler. Il ne se croyait pas malade et continuait ses occupations. Mais cet homme avait eu, deux ans auparavant, des saignements de nez. Les artérioles de sa pituitaire étaient donc malades à cette époque.

Quand vous constaterez des épistaxis chez des individus ayant cinquante ans et plus, quand vous ne trouverez pas la cause de ces hémorrhagies, cherchez l'artério-sclérose, ayez recours au sphygmographe et, si l'instrument inscrit le plateau révélateur, soyez persuadés que les artères sont malades, et que vous avez lieu de redouter des accidents graves dans un avenir prochain.

Le bruit de galop vous fera chercher s'il existe de l'albumine dans l'urine, c'est-à-dire si l'artério-sclérose porte aussi sur les vaisseaux du rein.

La constatation de l'albumine démontre que les artérioles des reins sont malades. Le pronostic est donc encore plus grave, parce que la néphrite interstitielle ajoute ses dangers à ceux qui sont dus à l'altération des artères du cerveau, par exemple.

Quand vous entendrez un bruit de galop sans souffle, quand vous vous serez assuré qu'il n'y a pas coïncidence d'insuffisance aortique, vous pouvez porter un pronostic sinistre : la mort guette le malade.

Le traitement ne donne pas de grands résultats. Il faut conseiller à votre client d'éviter toute fatigue et lui faire suivre une bonne hygiène. Vous le mettrez au régime lacté et lui administrerez 1 ou 2 grammes d'iodure de potassium. Vous parviendrez quelquefois à enrayer, de cette façon, les accidents qui menacent immédiatement la vie.

DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE

COMPLIQUÉES DE FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS

Par M. Castex, ancien chef de clinique de la Faculté.

Une lésion traumatique grave, survenue chez un homme entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, soulève l'intéressante question de la conduite du chirurgien, en présence des luxations de l'épaule avec fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Après avoir exposé ce cas particulier, nous examinerons ce qui a été dit du diagnostic, du pronostic et du traitement de ce genre de lésion, pour terminer par la description du procédé de réduction qu'a adopté M. le docteur Richet et par les résultats qu'il procure.

Le blessé est un homme de quarante et un ans, charretier de son état, qui, en conduisant un tombereau, rue Saint-Honoré, glissa les deux pieds en avant et tomba lourdement sur le dos. Si l'on accepte son dire, le coude droit aurait d'abord arc-bouté contre le sol, puis, la chute ayant été complète, une roue du tombereau aurait passé sur toute la partie droite de son corps. Des éraflures et diverses ecchymoses concordent avec cette version. La déformation caractéristique du moignon de l'épaule d'une part, et la crépitation osseuse très nette de l'autre, avec cette particularité que les mouvements imprimés à l'humérus laissaient immobile la tête luxée, rendaient le diagnostic certain, d'autant plus que le gonflement était médiocre. Il s'agissait bien d'une *luxation sous-coracoïdienne compliquée de fracture humérale*. Rien de spécial, d'ailleurs, dans les autres détails cliniques. A noter seulement que cet homme avouait des habitudes alcooliques, et avait déjà les artères athéromateuses.

Il n'y a pas longtemps que les chirurgiens ont entrepris de préciser les règles de leur intervention dans ces cas complexes. Pendant une longue période, ils furent considérés comme au-dessus des ressources de l'art. « Quand la fracture, disait Boyer, est voisine de l'articulation et se trouve au-dessous de la luxation, la réduction de celle-ci

est *impossible*. Il y aurait même beaucoup d'inconvénients à la tenter. »

C'est en 1852 que M. Richet adressait à la Société de chirurgie son important mémoire sur : « La possibilité de réduire les luxations de l'extrémité supérieure de l'humérus et du fémur compliquées de fracture de ces os. » Il était basé sur l'observation d'un homme de soixante-huit ans, atteint d'une luxation avec fracture du col anatomique et que M. Richet avait pu réduire au mois de septembre 1851, à l'hôpital de Bon-Secours, dont il était alors le chirurgien.

Cet homme, en descendant un escalier rapide, était tombé à la renverse. Son épaule gauche était venue heurter violemment le bord d'une marche et il se présentait avec une fracture du col de l'humérus, compliquée de luxation sous-coracoïdienne. Après l'avoir soumis aux inhalations chloroformiques, jusqu'à complète résolution, M. Richet eut recours au refoulement direct de la tête luxée. Embrassant circulairement, avec ses deux mains, le moignon de l'épaule, les pouces appuyant sur l'acromion, et tous les autres doigts enfoncés dans le creux de l'aisselle, il put, par des efforts ménagés, faire rentrer la tête dans la cavité glénoïde. La réduction se fit insensiblement, sans brusquerie. Passé le délai convenable pour l'immobilisation dans un appareil, les mouvements de l'articulation étaient presque nuls; mais ils reparaissaient intégralement dans les mois qui suivirent.

En 1851, Charry (de Castelnaudary), ayant en vain tenté de réduire une luxation de l'épaule avec fracture de l'humérus au tiers supérieur, demandait une consultation écrite à la rédaction du journal l'*Union*. Forget, rédacteur en chef, dans un très savant article, répondait que : « Le chloroforme ne saurait être d'aucune utilité, en l'absence d'un bras de levier suffisant pour agir sur l'extrémité de l'os luxé. » Cette consultation, parue alors que le malade de M. Richet était depuis longtemps guéri (l'observation n'avait pas été, toutefois, publiée), reflétait l'opinion du moment. C'est, en partie, contre ces conclusions trop absolues que le mémoire à la Société de chirurgie déjà mentionné fut présenté.

M. le docteur Richet y démontre, par la clinique et des expériences sur le cadavre, que la réduction est possible à la condition de recourir à des manœuvres directes qui accrochent et refoulent la tête dans sa loge naturelle en la faisant rétrograder sur le chemin qu'elle a suivi pour en sortir.

Ce mémoire fut suivi d'un intéressant rapport de Gosselin et d'une importante discussion à la Société de chirurgie. Gosselin, tout en faisant remarquer que déjà Nélaton, Gerdy, Chassaignac, Morel-Lavallée avaient apporté leur tribut à la solution du problème, ajouta que M. Richet avait eu le grand mérite de la vulgariser « par une agglomération judicieuse de preuves théoriques et pratiques ».

En 1853, Malgaigne réunissait une dizaine de cas dans le *Journal de chirurgie*, t. XIII. On en trouve une soixantaine indiqués par M. le docteur Le Fort, dans la thèse de M. Rendu, en 1874.

Comme documents plus récents, nous pouvons citer : les leçons de M. le professeur Le Fort publiées par M. Paulier; la thèse de M. Oger, en 1884, et l'étude donnée par M. Berger à la *France médicale*, dans la même année.

Le *mécanisme* est variable avec les cas. Tantôt la luxation se produit d'abord, puis l'humérus, venant heurter contre quelque saillie osseuse, se brise, au niveau du col chirurgical le plus souvent; dans un cas de Hingeston, la tête était décomposée en six fragments. Tantôt la fracture se produit la première et la tête est secondairement déplacée par la force vulnérante. On la trouve alors le plus généralement dans l'aisselle sur le bord axillaire de l'omoplate. Dans deux cas (Houzelot, Malgaigne), elle se trouvait dans la fosse sous-épineuse.

Le *diagnostic* de la luxation avec fracture est bien loin d'être aussi facile dans l'ensemble des faits que dans notre cas. Les causes d'erreur sont multiples. Le gonflement souvent considérable est la principale. Il est dû à l'épanchement du sang. Aussi le chirurgien est-il exposé à ne voir que la moitié de la lésion, méconnaissant ou la fracture, ou la luxation, suivant les cas. C'est ainsi que, sur un matelot, la fracture restant méconnue, par deux fois, à Londres, on essaya vainement de réduire. Deux mois après, Langenbeck faisait de nouvelles tentatives plus violentes et, lorsque le malade succomba dix-sept jours après, on put voir, à l'autopsie, que la tête humérale était sous l'apophyse coracoïde.

Se méfier aussi des cas où, dans une fracture comminutive de la tête humérale, sa saillie serait diminuée au point de faire croire qu'elle n'est plus sur la surface glénoïde.

Pour échapper à ces difficultés diverses, lorsque le diagnostic se montre embarrassant, le chirurgien doit s'appliquer d'abord à déterminer s'il y a oui ou non déplacement de la tête, en cherchant les signes de certitude de la luxation : 1° dépression sous-acromiale; 2° présence de la tête humérale dans l'aisselle. Ce premier point fixé, la coexistence de la fracture se dégage des particularités suivantes : possibilité de ramener, sans effort, le coude au contact du tronc, conservation spontanée de cette attitude, facilité de faire exécuter au membre luxé divers mouvements sans rencontrer de résistance. Le diagnostic est confirmé par la mensuration de la partie antérieure de l'acromion à l'olécrane qui révèle du raccourcissement, tandis que dans la luxation simple, il y a plutôt allongement; puis, ultérieurement, par l'ecchymose abondante qui descend jusqu'à l'avant-bras. M. Berger nous dit que, dans ses observations, il a été frappé par l'absence d'allongement vertical de la paroi antérieure de l'aisselle, mais il insiste tout particulièrement sur la possibilité de rapprocher le coude du tronc, car il peut être le seul signe qui permette de reconnaître la fracture.

Le *pronostic* est sérieux, car d'une part la fracture de l'humérus, ne permettant plus d'agir sur la tête luxée, rend plus difficile la réduction, et, de l'autre, le déplacement de la tête empêche que les surfaces de fracture se correspondent et que la consolidation se fasse aisément. Il est à remarquer pourtant qu'en cas de non-réduction de la luxation, la gêne fonctionnelle persiste moins grande que dans les cas de luxation simple invétérée. Cette particularité tient à la fracture qui permet au coude de revenir au contact du tronc. C'est ainsi que, dans les luxations anciennes, la fracture de l'os au-dessous de la tête, dans les efforts de réduction, rend plus aisés un certain nombre de mouvements inhérents à l'articulation.

Reste à examiner l'importante et difficile question du *traitement*.

Trois méthodes ont été successivement préconisées.

La première en date est celle qu'avaient adoptée Heister, J.-L. Petit, Boyer. Elle consiste à traiter la fracture d'abord pour ne s'occuper de la réduction qu'après la formation du cal.

La deuxième, dite de Ribéri (1842), ne tenant aucun compte, ni de la fracture, ni de la luxation, consiste à

imprimer des mouvements variés à l'humérus, par séances répétées, pour arrêter la constitution d'une pseudarthrose.

L'idée de cette méthode était venue à Ribéri après avoir examiné un officier, dont l'affection remontait à la retraite de Moscou et qui avait été laissé pendant vingt-cinq jours sans traitement.

Vient, enfin, la méthode de *refoulement*, mise en honneur par M. le docteur Richet. Elle est généralement adoptée aujourd'hui.

De tout temps, les chirurgiens se sont rendu compte que la résistance des muscles était l'obstacle principal à la remise en place de la tête luxée. Nous les voyons s'ingénier par divers moyens imparfaits à réaliser ce que seul le chloroforme nous a donné : l'annihilation des muscles. Ou bien on saignait jusqu'à obtenir la syncope, ou bien on apostrophait vivement le malade. D'autres avaient recours à l'ivresse alcoolique. Ritt comprimait l'artère principale du membre. Thomas Moore agissait de même sur les gros troncs nerveux.

Grâce au chloroforme, ce premier obstacle est désormais annulé, mais à la condition que l'anesthésie soit poussée très loin, que le sujet soit *perinde ac cadaver*.

Dès 1846, M. Richet, dans ses cours à l'École pratique, avait été frappé de la facilité avec laquelle on réduisait les luxations expérimentales produites sur le cadavre. L'absence de contraction musculaire en est la cause. S'inspirant de ce résultat, il a pu réduire après chloroformisation une luxation sous-scapulaire récente en faisant simplement soulever le bras pour alléger le poids et en accrochant la tête avec les doigts portés dans le creux de l'aisselle, tandis que les deux pouces prenaient point d'appui sur l'acromion.

Vient, en second lieu, l'obstacle qu'oppose la résistance des tissus fibreux. On parle souvent des deux lèvres d'une *boutonnière* qui viendraient entourer le col de la tête luxée et la serrer, d'autant plus qu'elles seraient tendues par des efforts de réduction. Il y aurait lieu, d'abord, de démontrer la réalité anatomique de cette boutonnière. Les autopsies de luxation récente montrent plutôt une déchirure large, irrégulière de la capsule. Mais, en supposant même cette particularité comme démontrée et fréquente, n'est-il pas évident que des tractions étrangleraient plus fortement le col et empêcheraient la tête de rentrer, tandis que le simple refoulement évitera cette tension des parties fibreuses et procurera plus aisément la réduction?

De même pour les luxations de la hanche. Il peut arriver que la déchirure de la capsule, bien que très large, cravate par un de ses bords le col très échancré de la tête fémorale. Toute traction sera vaine. Mais que l'on ait recours au procédé de M. Després qui consiste à faire exécuter à la tête des mouvements de rotation, celle-ci rentrera, après s'être dégagée de l'obstacle. Dans un cas de ce genre produit expérimentalement, M. Richet a réussi très facilement à réduire par refoulement, après avoir scié le fémur au-dessous des trochanters, pour se mettre dans les conditions d'une luxation avec fracture.

D'ailleurs, une fois annihilés, les obstacles qui peuvent venir des muscles et des parties fibreuses, les inégalités osseuses ne sont plus un embarras, puisqu'il devient possible de les dégager les uns d'avec les autres.

C'est donc en s'aidant d'un sommeil chloroformique profond que M. Richet a pu réduire par le refoulement un certain nombre de ces luxations avec fracture.

Son procédé consiste à appuyer les deux pouces sur l'acromion, et à se servir des huit autres doigts enfoncés dans la base de l'aisselle, pour ramener en dehors, sur la cavité glénoïde, la tête humérale qui s'en est plus ou moins éloignée.

Une question se présente ici : est-il utile ou nuisible de pratiquer, entre autres manœuvres, l'extension sur le bras? En général, cette pratique est proscrite. On risque de détruire les ponts périostiques qui rattachent encore la tête au corps de l'os. Hamilton la considère au moins comme inutile. Telle n'est pas l'opinion de M. Berger qui, dans le travail déjà cité, donne l'observation de deux malades, chez lesquels les doigts avaient grand'peine à atteindre la tête très déplacée, tandis que des tractions ménagées et soutenues réussirent à dégager la tête que des manipulations purent ensuite remettre en place.

Quel parti prendre, cependant, si la méthode de refoulement a échoué? On peut essayer d'agir directement sur la tête avec la pointe de Malgaigne. Si, après toutes ces tentatives, la luxation n'a pas été réduite, on a donné le conseil d'attendre que la fracture soit consolidée pour pouvoir agir sur la tête. Cette méthode compte plus d'insuccès que de succès, dans la proportion de 7 sur 3. A mesure qu'on s'éloigne du jour de l'accident, les chances d'échec augmentent en même temps que le danger des efforts violents que comporte ce mode de réduction (rupture du cal, des vaisseaux et nerfs).

Quant au procédé de Ribéri, il est un pis aller, nuisible, en général, car il entretient dans le foyer traumatique une inflammation qui ne peut qu'accroître les atrophies et les raideurs consécutives.

Pour en revenir à notre observation, après ces considérations générales, voici comment la luxation fut réduite :

Le malade était un ivrogne, et on pouvait craindre qu'il ne se débattît beaucoup dans la période d'agitation. Il n'aurait pas manqué de violenter beaucoup sa fracture qui siégeait, du reste, un peu au-dessous du col chirurgical. Pour obvier à cet inconvénient, M. Richet fit d'abord cercler le bras par trois attelles pour fixer les fragments. Puis, lorsque le malade fut amené à résolution complète, il exerça les pressions directes sur la tête humérale, pendant que ses deux pouces s'arc-boutaient sur l'acromion. Sur sa demande, un aide vint encore superposer ses doigts aux siens pour accroître l'intensité des pressions. Un autre aide tenait soulevé le membre du malade pour que son poids ne vînt pas entraver les efforts de réduction. Brusquement, après deux minutes de tentatives, la tête se déroba sous les doigts et reprit sa place dans la cavité glénoïde.

C'était, au total, la cinquième fois que M. Richet réussissait, sur les six cas qu'il a observés dans sa pratique.

Ce malade est sorti de l'Hôtel-Dieu pour être envoyé à Vincennes, cinquante jours après la réduction de la luxation. Il ne présentait alors ni arthrite, ni atrophie du deltoïde. La tête humérale, plus grosse que du côté sain, faisait légèrement saillie en avant. On sentait l'extrémité inférieure du fragment supérieur huméral quelque peu proéminente en avant et en dedans. Mais le malade pouvait assez facilement porter la main sur sa tête. Ni douleurs, ni fourmillements dans le membre correspondant.

Reprenant, en manière de résumé, les conclusions que formulait M. Richet dans son mémoire, nous dirons :

1° Les luxations de l'humérus et du fémur, compliquées de fracture de l'extrémité supérieure de l'os luxé, doivent

être réduites immédiatement et la fracture, ainsi ramenée à l'état de simplicité, être traitée comme les autres ;

2° Pour opérer cette réduction, il faut que le malade soit plongé dans l'anesthésie la plus complète ;

3° La puissance musculaire étant le principal obstacle à la rentrée de l'os, il suffit, quand elle est anéantie, d'exercer des pressions directes sur l'extrémité luxée, sans recourir à l'extension. C'est le procédé du *refoulement*.

DE L'EXPECTORATION

Par M. le docteur Nicaise, chirurgien de l'hôpital Laënnec.

D'une étude physiologique de la trachée et des bronches, nous extrayons les remarques suivantes sur l'expectoration.

Comment se fait l'*expulsion des crachats ?* L'opinion généralement admise, c'est que les bronches se contractent pour chasser les crachats vers le larynx ; on peut même supposer que cette opinion n'a pas été sans influence sur l'idée qu'on se fait des mouvements des bronches pendant la respiration. Il semble naturel, *a priori*, d'admettre que les bronches se contractent et se rétrécissent pour expulser les crachats, et on en a conclu qu'elles se rétrécissent pendant l'expiration, puisque c'est pendant ce temps de la respiration que les crachats sortent, et alors, si elles se rétrécissaient pendant l'expiration, elles se dilataient pendant l'inspiration ; telle est, en effet, l'opinion admise par Béraud, Huschke, Budge, Longet, Béclard, Beaunis, Dubar, etc. Mes expériences démontrent que c'est l'inverse qui a lieu, la trachée et les bronches se dilatent pendant l'expiration, se rétrécissent pendant l'inspiration ; M. Sappey admet que la trachée présente une légère dilatation, dans une expiration brusque.

Ce n'est donc pas par le rétrécissement des bronches que les crachats cheminent dans leur intérieur ; M. Marc Sée l'a dit déjà ; si la contraction de l'urèthre chasse les dernières gouttes d'urine, elle le fait en mettant les parois du canal en contact; rien de semblable ne peut se produire dans les bronches, ni dans la trachée.

Les crachats cheminent lentement dans les bronches ; et il est probable que les cils vibratiles de la couche épithéliale favorisent leur déplacement ; mais ce n'est pas là la cause principale de leur progression.

Il faut distinguer dans l'expectoration deux temps : la *progression* des crachats et leur *expulsion*. Dans le premier, les crachats cheminent lentement vers l'extrémité supérieure de la trachée, sans que le malade s'en aperçoive ; dans le second temps, les crachats arrivés à la partie supérieure de la trachée, qui est plus sensible, l'excitent, et il en résulte une expiration brusque, un accès de toux qui chasse le crachat à travers le larynx, et peut même le projeter immédiatement au dehors.

Le phénomène ne se passe pas toujours avec cette simplicité, les crachats peuvent être plus abondants, plus adhérents, la muqueuse trachéale plus irritable et la toux se montrer bien avant l'arrivée du crachat près du larynx, mais cela ne change rien aux causes qui rendent compte de la sortie des crachats ; il y a toujours à distinguer la progression et l'expulsion. La progression peut être activée par plusieurs accès de toux successifs. Ce que je dis ici est le résultat d'une observation très attentive, répétée pendant longtemps.

Les crachats cheminent dans la respiration calme, pendant laquelle les bronches sont à peu près immobiles, ce n'est donc pas un changement de calibre qui les fait avancer ; nous avons parlé de l'action des cils vibratiles, mais il faut surtout faire intervenir l'influence du courant d'air. Pendant l'inspiration, la vitesse de l'air est plus rapide, mais sa tension est négative pendant tout le temps de l'inspiration ; dans l'expiration, la vitesse de l'air est plus lente, mais sa tension est positive et plus forte, au début surtout ; le crachat sera donc soumis à une pression plus grande pendant l'expiration, malgré la dilatation du conduit, et cette pression le portera vers le larynx ; c'est la seule cause que l'on puisse trouver à la progression du crachat, pendant la respiration calme. Arrivé près du larynx, le crachat, ai-je dit, excite la muqueuse trachéale, plus sensible en ce point; un accès de toux survient et le crachat est expulsé des voies aériennes.

Si le malade tousse, quand le crachat est encore dans les ramifications bronchiques, la tension de l'air est plus grande, sa vitesse plus rapide et le crachat est entraîné plus vite en dehors, par l'impulsion que lui imprime le courant d'air d'expiration, sans que la bronche ni la trachée se rétrécissent, puisqu'au contraire, elles se dilatent pendant l'expiration forte et brusque.

Quand une vomique, quand du pus, du sang, un liquide kystique, fait irruption dans les bronches, leur contact détermine immédiatement une expiration violente et brusque qui dilate les conduits, et le liquide est chassé au dehors par la colonne d'air, comme par un piston, pour ainsi dire ; il sort comme un vomissement.

Je dirai d'une façon générale, sans vouloir appliquer mes remarques à chacun des mille cas variés qui peuvent se présenter, je dirai que la toux, dans les affections sécrétoires des bronches et des poumons, acte nécessaire quand il s'agit de l'expulsion des crachats, est une toux inutile quand elle n'a pas cet effet. Elle peut être dirigée en partie et sa fréquence diminuée par la volonté du malade. En s'observant, on peut résister à une excitation légère de la trachée, qui va amener un mouvement de toux, quelquefois une quinte si on se laisse aller, laquelle ne sera pas suivie d'une expulsion de crachat ; c'est alors une toux inutile et, par conséquent, nuisible, car la toux est elle-même une cause d'irritation pour le poumon. Il ne faut pas s'acharner à vouloir détacher un crachat probable encore éloigné, il faut résister à l'excitation interne que l'on ressent; quand le crachat sera près du larynx, alors surviendra naturellement un accès du toux utile et le crachat sera expulsé.

C'est une indication générale que j'émets, car sans doute la toux est utile pour vider les cavités pulmonaires, les cavernes, etc. ; mais il faut tâcher d'en diminuer la fréquence et résister aux quintes ; on ne le pourra pas toujours, mais on obtiendra souvent le résultat cherché (1).

Enfin, les modifications de longueur, que présentent les petites ramifications bronchiques pendant la respiration, indiquent pourquoi, dans les inflammations broncho-pulmonaires, il est utile d'éviter les grands déplacements du poumon, et de faire en sorte que la respiration reste calme.

Tels sont les résultats physiologiques et pathologiques auxquels m'ont conduit mes expériences. (*Revue de médecine.*)

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT DE L'ACNÉ

Par M. Barthélemy.

Conclusions. — I. *Qui dit acné dit estomac*, c'est-à-dire que la présence de l'acné sur la face ou sur la poitrine doit faire immédiatement penser au médecin : *a.* qu'il existe habituellement, chez cette personne, de la dyspepsie, de la dilatation d'estomac et les symptômes divers qui s'y rattachent; *b.* que c'est seulement en traitant les troubles digestifs qu'il pourra se rendre définitivement maître de l'affection cutanée, et qu'il aura quelque chance d'en prévenir les désespérantes récidives.

II. *La dyspepsie ne fait pourtant que préparer le terrain* sur lequel sera semé et se développera *le germe acnogène*, ce dernier ne trouvant un milieu favorable que dans la *séborrhée*. Cette dernière affection est la conséquence directe de l'élaboration défectueuse des aliments dans l'estomac, des fermentations anomales

(1) Dettweiler. *Traitement hygiénique de la phthisie*, préface par M. Nicaise. In *Revue de médecine*, septembre 1888.

qu'ils y subissent et de l'élimination par les glandes de la peau de tous ces produits, sinon toxiques, du moins inutilisables, qui ont été absorbés avec les produits vraiment utiles de la digestion (leucomaïnes, acides gras volatils, etc.). Cette proposition peut se résumer par ces mots : *Pas d'acné sans séborrhée préalable.*

III. *L'éruption acnéique qui apparait alors est le résultat d'un ensemencement de la peau séborrhéique par des germes venus de l'extérieur.* On peut juger de la facilité d'ensemencement que présente aux germes de l'extérieur une peau séborrhéique par le seul fait de l'adhérence des poussières atmosphériques : tous ceux qui ont la peau grasse, ou plutôt séborrhéique, l'ont facilement malpropre, salissent vite leur linge, etc.

IV. *L'éruption acnéique est contagieuse* et surtout *auto-inoculable de proche en proche*, c'est-à-dire que, transmissible d'un individu à un autre, à condition de rencontrer un terrain séborrhéique, elle se transmet surtout sur le même individu, d'une glande sébacée primitivement infectée aux autres glandes sébacées. Cette propriété de l'inoculabilité permet de ranger l'acné parmi les affections parasitaires à côté de l'ecthyma, de la furonculose, de l'impétigo, etc. C'est l'intérieur qui prépare le terrain, c'est l'extérieur qui l'ensemence.

Suivant la résistance ou la dépression de l'organisme, selon l'état séborrhéique plus ou moins complet de la peau, l'éruption acnéique sera discrète ou confluente, très circonscrite ou très étendue, intermittente ou permanente, etc. C'est l'intérieur qui prépare le terrain, c'est l'extérieur qui l'ensemence.

V. Une fois qu'il y a eu de l'acné sur un sujet, les germes acnogènes semblent résider constamment dans la peau; longtemps à l'état latent, ils n'attendent, pour se développer de nouveau, qu'une occasion favorable, ainsi qu'on le voit par le fait d'écarts de régime, d'ingestions de divers médicaments (iode, etc.) ou de causes débilitantes de l'état général.

VI. Le traitement découle directement des notions étiologiques précédentes : indépendamment des moyens chirurgicaux exceptionnellement indiqués, tels que : ponctions et incisions, raclage, cautérisations simples, cautérisations ignées, drainage, etc., il devra consister, d'une part, dans l'*antisepsie cutanée*, pour combattre les éléments acnéiques en activité; d'autre part, dans l'*antisepsie gastro-intestinale*, pour rendre l'organisme réfractaire à de nouvelles poussées, en stérilisant le milieu de culture. (*Archives de médecine.*)

TÆNICIDE

M. Thomson recommande la préparation suivante contre le tænia.

Chloroforme.	4 grammes.
Sirop de sucre.	35 —

Mêlez. A prendre en trois doses égales, la première à sept heures du matin, la deuxième à neuf heures et la troisième à onze heures. A midi, administration de 35 grammes d'huile de ricin.

POMMADE CONTRE LA BLÉPHARITE SCROFULEUSE NON ULCÉRÉE DES ENFANTS.

MM. de Saint-Germain et Valude recommandent la pommade suivante :

Précipité rouge d'hydrargyre.	10 à 20 centigr.
Vaseline	10 grammes.

Onction, avec une petite quantité de cette pommade, sur le bord des paupières et en dehors, à l'aide d'un pinceau.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Annuaire du Club alpin français (1).

L'*Annuaire du Club alpin français* (1888), renferme comme de coutume, la plus riche collection de courses et d'ascensions. Le Mont-Blanc visité par MM. Janssen et Vallot; la chaîne frontière franco-italienne, par M. Henri Ferrand; la première ascension de la Pointe de Calabre, par M. H. Dulong de Rosnay; de Zermatt à Bourg Saint-Pierre, par la haute route, par M. Gérard Giraud-Jourdan; les ascensions pyrénéennes, du comte H. Russell; les lacs des Pyrénées, par le comte de Bouillé; le versant espagnol près Gavarni, par le comte de Saint-Saud; et pour terminer cette région, huit jours à travers monts.

Faisant trêve un instant, l'alpinisme cède le pas au *grottisme*, représenté d'une manière si distinguée par M. Martel.

Enfin, M. Lequeutre nous fait connaître Nantua et ses environs; un anonyme nous présente la Suisse bourguignonne; M. Boudy nous promène en Khroumirie et M. Delauray nous fait visiter la mer Egée.

Telle est cette première partie de l'*Annuaire* : dire le charme de ces descriptions; les émotions que nous causent ces hardis voyageurs; les tentations qu'ils nous donnent de les suivre; le luxe de cartes et de gravures, c'est répéter ce que se disent tous les ans les membres du Club.

Mais il n'y a pas dans ce livre qu'un côté pittoresque; il faut signaler les articles de sciences et arts et les miscellanées. En résumé, cet *Annuaire*, qui est celui de la quinzième année, est digne de ses devanciers et réussit bien à entraîner dans ces exercices si sains, si excellents à tous les points de vue, soit physique, soit moral, ceux qui aiment la nature et savent en goûter toutes les grandeurs.

Nous avons dit que le livre offrait de nombreuses illustrations, elles sont au nombre de 57, et toutes d'après nature ou d'après d'excellentes photographies.

Les cartes et les plans complètent le caractère scientifique de ce très intéressant volume.

Dictionnaire de botanique (2), par M. H. Baillon.

Le trente-cinquième fascicule s'étend des lettres MERI aux lettres NEPE.

Les hasards de l'ordre alphabétique nous donnent de nombreux articles sur les algues (Merizomyria, Mertensia, Mesocarpus, Mesogloia, Microcladia, etc.); sur les champignons et les mousses. Les articles, consacrés à la mycologie, à ce groupe si intéressant, sont traités d'une façon magistrale. Nous signalerons encore un très intéressant article sur le mouvement chez les plantes.

La chromolithographie, jointe à ce fascicule, nous représente l'*Helleborus niger*, avec ses détails anatomiques.

La délivrance d'Émin pacha (3), d'après les lettres de H. M. Stanley, publiées et traduites avec l'autorisation de l'auteur.

La délivrance d'Émin pacha, que l'insurrection mahdiste avait privé, depuis 1886, de toutes relations avec le monde civilisé, et avait retenu, isolé, presque prisonnier, avec un petit corps de troupes égyptiennes, au centre de l'Afrique. est un fait accompli. Stanley, que l'on avait cru mort au cours de cette expédition de trois ans qu'il vient d'accomplir au travers de l'Afrique, est de retour. Ces événements ont vivement frappé l'imagination publique. L'extraordinaire énergie du célèbre explorateur américain a pu, seule, avoir raison des obstacles de tout genre que lui opposaient la nature, les hommes, jusqu'à ceux-là même

(1) Un fort volume in-8°. Prix : 18 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(2) Gr. in-4°. Prix : 5 francs le fascicule. — Paris, Hachette et Cie.
(3) 1 vol. in-16, avec un portrait et une carte. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Hachette et Cie.

qu'il venait délivrer. Lui seul a pu, dans ses lettres écrites sous l'impression même des difficultés, et avec l'émotion vraie, résultant de la lutte incessante qu'il était obligé de soutenir, donner une idée des péripéties de ce grand drame, si heureusement dénoué.

Ces lettres, dont plusieurs sont, jusqu'à ce jour, restées inédites, viennent d'être réunies en un volume intitulé : *La délivrance d'Émin pacha*, que publie la librairie Hachette, et dont la lecture captivante ne peut laisser froids les plus indifférents. C'est la relation authentique et faite sommairement par Stanley lui-même, et par ses lieutenants, des actes du grand explorateur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Mercredi 15 : « Artère pulmonaire. Embolie pulmonaire. »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Belmant (d'Arras); Bornier, professeur à l'École de médecine de Besançon; Dubois, ancien secrétaire de la Faculté de médecine de Strasbourg, décédé à Nancy; O. Gaillard (de Valence); Guichenet (de Bordeaux); François Humbert (de Nancy); Molard, médecin principal en retraite, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Nancy dans sa soixante-septième année; Daniel Mollière (de Lyon); A. Piroux, ancien médecin des Cristalleries de Baccarat, fils du fondateur de l'Institut des Sourds-Muets de Nancy; Pône (de Pontarlier); E. Rougier (d'Arcachon).

— A Nancy (population 84519 habitants), le nombre des décès causés par la bronchite, la broncho-pneumonie et la pneumonie, pendant les onze premiers jours du mois de janvier, était de quatre en 1885, six en 1886 et 1887, huit en 1888 et 1889; il s'est élevé à vingt-huit en 1890. (*Bulletin hebdomadaire du Bureau d'hygiène.*)

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8** fr. **50.**	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr.	» — 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après la séance orageuse de la semaine dernière, il n'était pas besoin d'être grand prophète pour annoncer d'avance l'effondrement de la discussion sur la tuberculose,

Hier, après un discours de M. Verneuil et des observations de M. Léon Colin, le président a cru pouvoir, avant de passer à la discussion des articles, soumettre au vote les propositions de MM. Hardy et Jaccoud. M. Villemin a demandé alors de retirer le rapport en discussion.

Heureusement, M. Bergeron, qui sait ce que valent les instructions au public, même dans les cabarets, est venu porter des paroles de paix. Il propose une seule conclusion, ainsi formulée :

« La tuberculose est une maladie parasitaire et contagieuse. Le microbe, agent de la contagion, réside dans les poussières qu'engendrent les crachats désséchés des phthisiques et le pus des plaies tuberculeuses.

Le plus sûr moyen d'empêcher la contagion consiste donc à détruire ces crachats et le pus, avant leur dessiccation, par l'eau ou par le feu. »

L'Académie renvoie cette conclusion à la Commission.

Nous ne fatiguerons pas nos lecteurs par un plus long compte rendu de cette discussion avortée. Nous nous bornerons à signaler les intéressantes communications de MM. Terrillon, Chauvel et Renaut (de Lyon).

HOTEL-DIEU. — M. Verneuil.

Fractures spontanées des tabétiques.

(Leçon recueillie par M. A. Chipault, aide d'anatomie à la Faculté, interne des hôpitaux.)

L'histoire des fractures spontanées chez les tabétiques est toute récente. Ceci tient à ce que le tabes lui-même n'est connu et diagnostiqué que depuis peu d'années.

En cherchant dans les vieilles observations de fractures spontanées chez des paraplég[iques], de fractures spontanées par fragilité osseuse, on en trouverait sans doute où le tabes a été méconnu.

Nous nous rappelons avoir soigné, en 1869, une fracture du col, par chute sur la hanche : c'était un cas de ce genre.

Dans ces dix dernières années, les recherches de MM. Charcot, Féré, Bruns ont spécialement éclairé la question. La thèse de M. Simon est un bon résumé de son état en 1886.

La malade, dont nous voulons parler aujourd'hui, est entrée le 14 octobre à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, lit n° 3.

Elle avait le cou-de-pied droit énorme, avec toute l'apparence d'une ostéo-arthrite aiguë tibio-tarsienne : M. Kirmisson reconnut une fracture bi-malléolaire.

Cependant la malade marchait depuis l'accident, remontant à quelques jours, et ne souffrait pas du tout.

Nous appelons votre attention sur ce symptôme « peu de douleur » : il doit rendre méfiant.

Nous avons soigné, il y a quelques années, une fracture type de l'avant-bras, indolore : le malade était diabétique ; d'autres fois, il s'agira d'alcoolisme.

Ici, c'est le tabes qui était en cause, ainsi que nous l'apprit surabondamment l'histoire de la malade : mère névropathe, père ivrogne, migraines pendant la croissance, deux enfants, dont une fille morte de convulsions ; pas de syphilis.

Il y a quatre ans, arthrite sèche des genoux.

A cette époque, apparurent, dans les membres, des douleurs fulgurantes. La vue baissa.

Il y a trois ans, sans chute, sans cause aucune, éclata une douleur très vive dans la cuisse gauche : le fémur était fracturé.

Aujourd'hui, les réflexes rotuliens sont supprimés ; pas d'incoordination motrice. La cuisse fracturée est plus courte que l'autre de 3 centimètres.

Le tabes, chez cette malade, était jusqu'à présent ignoré. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois qu'on est mis sur la voie de cette affection par une fracture spontanée.

Ce nom de « fracture spontanée » répond-il bien à la réalité ? Nous préférerions celui de fracture pathologique ; un os ne se fracture pas tout seul, mais il est soumis à la pesanteur, au poids du corps, à la contraction musculaire. Les fractures des tabétiques portent surtout sur le membre inférieur. Dans la fragilité osseuse de cause inconnue, les fractures portent aussi bien sur les membres supérieurs que sur les inférieurs.

Les fractures des tabétiques sont fréquemment multiples.

Sur 26 cas, réunis par M. Simon, 14 fois il n'y a eu qu'un os fracturé ; 12 fois leur nombre variait de 2 à 8. Dans un cas, la multiplicité des fractures était telle, que la malade était « devenue bosselée et noueuse, transformée, en quelque sorte, en un sac de noix ».

Le plus souvent, le chiffre des fractures est de deux ou trois ; notre malade en eut deux.

Les grands os sont le plus souvent atteints. M. Simon rapporte les chiffres suivants : sur 42 fractures, les fémurs étaient brisés 17 fois, les os de jambe 10 fois, ceux de l'avant-bras 6 fois ; 3 fois la fracture portait sur la clavicule ; 2 fois seulement sur l'humérus.

Les fractures des os plats se comptent par unité (omoplate, os iliaque).

Nous ne trouvons qu'un cas de fracture d'un os court, l'astragale, dans un fait de pied tabétique, publié par MM. Charcot et Féré.

Chez notre sujet, il y a deux fractures d'os long, l'une diaphysaire, l'autre épiphysaire.

Les fractures pathologiques des tabétiques indolores peuvent passer inaperçues. C'est ainsi que M. Féré, à l'autopsie d'une malade porteur d'arthropathies multiples tabétiques, découvrit une fracture de l'os iliaque droit et une autre du péroné gauche méconnues pendant la vie.

On pourrait croire que des fractures, qui se font si facilement, se consolident mal : les lésions sont profondes ; raréfaction du tissu compact ; agrandissement énorme des canaux de Havers, d'autant plus accentué qu'on approche davantage de la cavité médullaire ; ramollissement de l'os, tel que, dans un cas, on pouvait le couper par tranches, avec un couteau. Les phosphates diminuent dans une proportion considérable ; les carbonates restent en quantité normale.

Malgré ces graves altérations de l'os, ces fractures se consolident presque toutes vite et avec un cal exubérant : notre malade en a un gros comme les deux poings.

Il faudrait peut-être faire ici une distinction entre les os plats et les longs. C'est ainsi que, chez le malade de M. Féré, dont nous avons déjà parlé, la fracture de l'os iliaque était restée non réunie, tandis que celle du péroné s'était consolidée. N'y aurait-il pas aussi une différence, suivant que les fractures portent sur la diaphyse ou l'épiphyse d'un os long ? Ce sont là deux régions distinctes à tous les points de vue, ayant, en particulier, une pathologie fort différente.

Ainsi la tuberculose des diaphyses est fort rare ; celle des épiphyses des plus communes.

En 1869, nous avons soigné un tuberculeux pour une fracture diaphysaire de la jambe et une épiphysaire du radius : la première guérit sans peine, la deuxième traîna. Il se fit, à son niveau, une poussée d'ostéite tuberculeuse qui envahit l'articulation et nécessita l'amputation de l'avant-bras.

D'autre part, l'ostéo-sarcome, fort rare dans les régions diaphysaires, est très commune aux épiphysaires.

Chez les tabétiques, les fractures des épiphyses semblent d'une réunion plus difficile que celles des diaphyses. Chez notre malade à la fracture du col, l'immobilisation ne fit rien, et, en quelque temps, l'extrémité supérieure du fémur disparut presque entièrement par résorption.

La malade, actuellement dans nos salles, présente une mobilité astragalienne considérable.

Les fractures des os courts pourraient, à ce point de vue, être rapprochées de celles des épiphyses.

Dans le seul cas connu, celui d'une fracture de l'astragale, il n'y eut pas réunion.

Les fractures des tabétiques exigeront-elles un traitement particulier ? Non, au point de vue chirurgical ; oui médicalement ; et pourtant le traitement du tabes est de valeur bien douteuse. On devra, au moins, tenter le traitement spécifique.

Dans notre cas, en particulier, nous croyons qu'il serait imprudent de laisser marcher la malade avec sa mobilité astragalienne, aussi lui mettrons-nous une botte silicatée.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Formes abortives de la fièvre typhoïde ; éléments d'un diagnostic précoce ; conduite du médecin dans la pratique.

Le jeune homme de vingt ans, qui est couché au n° 37 de notre salle Jenner, offre une occasion des plus favorables pour appeler votre attention sur une forme de fièvre typhoïde qui n'est pas assez connue, du moins dans ses particularités. Elle prête continuellement à l'erreur et les exemples qu'on en trouve sont relativement rares. Je veux parler de la forme nommée abortive par Lebert. Elle est à la fièvre typhoïde vulgaire ce que le typhus levissimus est au typhus exanthématique, mais avec quelques différences. Ce sont, il est vrai, deux formes courtes dans leur évolution. Tandis que la forme abortive du typhus exanthématique, « typhus levissimus », est légère d'emblée, la forme abortive de la fièvre typhoïde peut avoir, dès le début, un appareil symptomatique des plus violents. Elle offre peu de dangers, c'est vrai, mais cette forme abortive peut être marquée par des symptômes légers, moyens ou violents. Elle présente la même symptomatologie du début que la dothiénentérie ordinaire. Aucun phénomène dit caractéristique ne fait défaut ; l'individu, qui est en proie à la forme abortive, peut être touché aussi fortement que celui qui aura la fièvre typhoïde la plus grave et la plus longue.

Notre malade est un type parfait de la forme abortive.

Il se mit au lit le 7 novembre. Ce jour-là, il se sentit tellement souffrant, qu'il se coucha. C'est de ce moment que date probablement sa fièvre. Mais, trois jours auparavant, il n'était pas dans son état normal, il avait de la céphalalgie, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, de la courbature générale et de l'anorexie.

Le 7, comme je vous le disais, il s'alitait par suite de l'exagération des symptômes précédents. Le 8 et le 9, tous les symptômes augmentaient, la fièvre était certainement allumée à cette époque. Le 8 et le 10, il eut des épistaxis, non pas abondantes, mais répétées.

Ce garçon arrive le 12 novembre à l'hôpital. C'était, d'après la supputation précise du début de la maladie, le sixième jour. Il est abattu. Son aspect général est en rapport avec une affection grave. La température du soir atteint 40°5, c'est-à-dire qu'elle dépasse l'ascension thermique habituelle de la dothiénentérie vulgaire, au sixième jour.

Le lendemain 13, je vous ai montré ce malade en insistant sur la netteté du début du typhus abdominal, sur l'intensité des phénomènes initiaux, sur l'hyperthermie. Le matin du 13, la température était à 39°2. Cette rémission d'un degré et demi était satisfaisante. Mais avais-je le droit d'en tirer des conséquences pronostiques ? Non, car cet abaisse-

ment coïncidait avec le septième jour de la maladie et il est de règle de constater ce jour-là une chute thermique marquée. Cet abaissement ordinaire, normal, a lieu du sixième au huitième jour. Dès le septième jour, j'ai pu vous faire voir le début de l'exanthème rosé, j'ai pu vous faire constater que cette roséole était abondante. La peau était le siège d'une suffusion sanguine, assez accentuée. Le soir du septième jour, nous trouvons 39°5 ; le huitième jour, au matin, nouvel abaissement : 38°6. Cette chute thermique avait une valeur, une valeur probable, et j'annonçai que, par suite des abaissements progressifs de la température, le malade n'allait pas tarder à avoir une chaleur normale.

Les phénomènes suivirent leur marche habituelle : l'éruption s'accusa, les râles bronchiques apparurent, la céphalalgie continua, l'insomnie persista, le météorisme et le gargouillement dans la fosse iliaque droite se montrèrent ; bref, le tableau de la dothiénentérie, tel qu'il existe au huitième jour, était complet.

Le neuvième jour, la température du matin était à 38°2, le soir à 39°5. Le dixième jour, le thermomètre marque 38 degrés le matin et le soir 39°4.

Chaque matin, la température baissait donc un peu. Dans ces conditions, j'ai annoncé que la défervescence finale aurait lieu le lendemain, onzième jour de la maladie. Ce matin, en effet, le thermomètre est à 37°2.

Sur quoi me suis-je basé pour affirmer la défervescence qui a eu lieu ? 1° Sur la diminution quotidienne de la température du matin ; 2° sur une modification effective notable de l'urine du malade. Depuis son entrée, ce malade avait une urine limpide, sans dépôt. Elle contenait un peu d'albumine, fait sur lequel nous reviendrons. Hier matin, l'urine avait un dépôt floconneux, blanc, épais, très abondant. Un tel dépôt dans l'urine précède de vingt-quatre heures la chute thermique, c'est un signe précurseur de la défervescence ; 3° la troisième raison qui m'a fait annoncer la guérison, est l'apparition de sueurs abondantes. Ce matin, il existe un état de bien-être chez le malade, ses sueurs continuent, le dépôt de l'urine est moins abondant.

Tel est le type achevé de la fièvre typhoïde abortive. Tous les symptômes de la dothiénentérie vulgaire ont existé. Je le répète, la qualification abortive ne vise que la durée, mais pas la gravité. La violence et l'intensité des symptômes égalent ce qui existe parfois dans la fièvre typhoïde normale.

Dans certains cas, les phénomènes se maintiennent dans toute leur force pendant plusieurs jours et ne tombent que quarante-huit heures avant la défervescence. Rien ne fait prévoir alors la brièveté de la maladie. Cette incertitude est fâcheuse pour la dignité du médecin qui a annoncé, à bon droit, une fièvre typhoïde à la famille et qui voit disparaître, au bout de trois jours, tous les phénomènes morbides. On ne manque pas de dire que le médecin s'est gravement trompé. Retenez bien ceci, il faut, lorsqu'on a porté le diagnostic de fièvre typhoïde, l'annoncer aux parents, mais en ajoutant qu'il existe, à côté des formes graves, des formes courtes.

A partir du huitième jour, on a des indices d'une descente graduelle de la courbe thermométrique et alors l'esprit est en éveil, car ce n'est pas l'époque d'un abaissement thermique régulier dans le typhus abdominal ordinaire. Mais parfois on est pris à l'improviste, la chute est brusque.

Un autre élément qui permet d'espérer que cette forme abortive pourra se déclarer, c'est l'âge du malade. En effet, cette modalité de la fièvre typhoïde existe chez les jeunes gens de seize à vingt-huit ans, de préférence chez les individus du sexe masculin, chez les garçons solides. Ce n'est pas la forme des individus débiles.

Nous avons vu que, dans l'abortive, tous les symptômes du premier septénaire de la fièvre typhoïde peuvent exister avec toute leur intensité. Bien mieux, certains symptômes qu'on est habitué à attribuer aux formes les plus graves peuvent se montrer dans cette forme éphémère. C'est ainsi que le délire apparaît parfois de bonne heure ; c'est ainsi que l'albumine peut exister dès le troisième jour. Chez notre malade, l'albumine n'a fait son apparition que le septième jour. Ce jeune homme, dès le deuxième jour de son entrée, a eu une rétention d'urine précoce dont la signification pronostique est bien différente de la rétention tardive.

Quelle est la durée de la forme abortive ? Dans les cas les plus nombreux, la défervescence finale a lieu du dixième au douzième jour. C'est le fait de notre garçon. D'une façon plus générale, cette défervescence définitive tombe entre le huitième et le douzième jour. Exceptionnellement, elle peut se montrer le septième jour.

Mais quand cette chute thermique arrive si tôt, quelle preuve y a-t-il que c'est une fièvre typhoïde ?

Toutes les preuves qui ressortent de l'ensemble symptomatique, parfois si clair, si évident dans cette forme. La totalité des symptômes de la fièvre typhoïde, à la fin du premier septénaire, existe : que faut-il de plus ?

On a beaucoup discuté sur les fébricules : les uns voulant les rattacher à la fièvre typhoïde, les autres voulant les en écarter complètement. La vérité est qu'on n'a pas assez étudié les cas qui se rattachent à la fièvre typhoïde abortive, car le diagnostic est certain quand on constate les taches rosées lenticulaires qui n'existent malheureusement pas toujours, et quand on a la courbe caractéristique de la fièvre typhoïde au début.

Il faut donc se tenir en garde contre l'éventualité d'une fièvre typhoïde éphémère et savoir que, dans certaines épidémies, la forme abortive est relativement fréquente et que, dans d'autres, elle n'existe pas.

DE LA CARIE COSTALE CONSÉCUTIVE AUX ABCÈS DU FOIE

Par M. le docteur Chauvel, professeur au Val-de-Grâce.

J'ai eu l'occasion d'observer deux cas de carie costale consécutive à des abcès du foie ; c'est là une complication rarement observée et qu'il me paraît intéressant de faire connaître.

Mon premier cas est celui d'un malade atteint, pour la seconde fois, d'un abcès du foie ; la première suppuration hépatique s'était ouverte spontanément, en 1888, dans l'intestin, et la guérison avait été complète. Le second abcès fut vidé par une petite incision entre la septième et la huitième côte ; la guérison définitive ne put être obtenue, un trajet fistuleux persista. L'examen, pratiqué quelques mois après, permettait de constater une carie assez étendue des septième et huitième côtes. Les souffrances du malade, son amaigrissement, l'anorexie qu'il présentait, faisaient penser à une tuberculose osseuse ; mais l'examen bactériologique, pratiqué à différentes reprises, n'avait pas montré l'existence du bacille de Koch dans le liquide qui s'écoulait constamment du trajet fistuleux.

Les injections de teinture d'iode, dans le trajet fistuleux, n'ayant amené aucun résultat, une opération fut décidée. Le trajet fistuleux fut incisé et la poche suppurante mise à nu; il fut facile alors de constater que les septième et huitième côtes étaient malades sur une assez grande étendue. Ces parties malades furent enlevées soigneusement avec la curette tranchante et les surfaces osseuses cautérisées avec une solution forte de chlorure de zinc. L'examen microscopique des parties enlevées n'y décela pas la présence de bacilles tuberculeux.

L'opération fut suivie d'une réaction très vive : lymphangite intense avec adénite axillaire. Ces phénomènes inflammatoires disparurent assez vite, mais la guérison ne se produisit pas. Le trajet fistuleux persista et l'état général s'aggrava.

Cinq mois après l'opération, en novembre 1889, l'état général s'était très sensiblement amélioré, sous l'influence d'un séjour à la campagne, mais l'état local était le même. Une intervention nouvelle paraissait donc nécessaire. Cependant, la suppuration était si peu abondante, le gonflement si léger, que je tentai la compression locale par-dessus un pansement au sublimé.

Une amélioration suivit immédiatement ce traitement, et, le 5 novembre, la guérison était complète.

Il est évident que nous avions affaire à une ostéite chronique, à une carie déterminée par le contact du pus de l'abcès hépatique. Pendant que le foyer de suppuration de la glande s'était fermé, les os et les cartilages altérés avaient maintenu fistuleuses les parties extérieures du canal.

La seconde observation est celle d'un malade qui, après avoir guéri, en 1888, d'un abcès du foie, survenu dans le cours d'une dysentérie, eut un second abcès en 1889. Cet abcès fut ouvert avec le thermocautère, entre la septième et la huitième côte. L'ouverture ne se ferma pas. Cinq mois après, il persistait un trajet fistuleux, et l'examen des parties malades révélait une carie très nette des côtes. La santé générale du malade était bonne; ses poumons étaient indemnes. Une opération fut décidée.

Le trajet fistuleux fut mis à nu; les parties cariées des côtes et des cartilages furent enlevées avec une gouge à main, sur une étendue de 1 décimètre. Cautérisation consécutive au chlorure de zinc. Il y eut une complète guérison.

Il s'agissait ici, comme dans le cas précédent, d'une ostéite consécutive à un abcès du foie. Ces deux observations me permettent de porter les conclusions suivantes :

1° La carie, l'ostéite chronique d'une ou de plusieurs côtes, peuvent se présenter comme complication éloignée d'abcès du foie ouvert à l'extérieur, spontanément ou artificiellement.

2° L'altération osseuse, qui peut s'étendre à une longueur assez considérable des côtes et de leurs cartilages, est le résultat de l'inflammation produite par le contact d'un pus irritant. Elle devient la cause de la transformation de la plaie en un trajet fistuleux indéfiniment persistant.

3° L'indication nette est d'exciser le trajet fistuleux, d'enlever les parties osseuses et cartilagineuses altérées, de gratter les parois de la cavité suppurante et de laisser la perte de substance se combler par bourgeonnement de la profondeur à la superficie.

4° Il peut être nécessaire de réséquer une côte saine pour ouvrir largement le foyer morbide et exciser les os malades. Cette résection, qui seule permet la guérison, n'ajoute rien à la gravité, d'habitude très légère, de l'intervention chirurgicale.

FAUSSE IMPERMÉABILITÉ

DE CERTAINS REINS BRIGHTIQUES; THÉRAPEUTIQUE DE L'URÉMIE COMATEUSE.

Par M. le docteur Renaut,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Dans la majorité des reins altérés par les néphrites chroniques interstitielles à marche lente, dont la néphrite goutteuse et la néphrite sénile sont le type, et même dans beaucoup de reins atteints de néphrite mixte, le nombre des systèmes glomérulaires lésés ou détruits (glomérule et canaux à épithélium strié qui lui font suite), reste insignifiant par rapport à ceux qui ont conservé leur pleine intégrité. Cela est facile à constater quand on emploie, pour fixer le rein, non pas l'alcool fort, mais les méthodes qui n'altèrent pas l'épithélium strié.

Il résulte de ce fait que la plupart des reins des brightiques interstitiels, morts d'urémie, constituaient encore des organes capables de satisfaire aux besoins de la dépuration du sang.

A côté des lésions congestives (œdème aigu) qui sont bien connues aujourd'hui, il est une lésion qu'on rencontre fréquemment dans les reins brightiques et qui est peu ou mal décrite, je veux parler de l' « œdème anémique ».

Cette lésion est bien connue en dermatologie; la papule de l'urticaire en est un type. Elle résulte d'un œdème congestif aigu s'opérant dans un tissu inextensible, le derme. Quand le liquide de l'œdème a acquis une tension suffisante pour contrebalancer celle du sang dans les vaisseaux, il les aplatit et les rend exsangues : d'où l'aspect pâle bien connu du centre de la papule ortiée. Les choses ne se passent pas autrement dans le parenchyme cortical du rein, en cas d'œdème congestif, subit et intense.

Il n'existe pas, on le sait, de tissu conjonctif extensible entre les glomérules du rein; le seul tissu conjonctif fasciculé qui existe est au centre du lobule rénal, formant, entre les rayons médullaires, ce que j'ai appelé la tige connective centro-lobulaire, et à la périphérie du lobule, où il forme le système des bandes marginales péri-lobulaires, satellite des artères et des veines interlobulaires. De ces bandes partent des expansions, satellites des artérioles afférentes des glomérules.

Ce sont là les seules voies de la lymphe, les seuls points où le liquide de l'œdème congestif puisse s'accumuler. Le labyrinthe rénal proprement dit n'est susceptible d'aucune extension. Il en résulte qu'à ce niveau, le liquide de l'œdème est obligé, pour prendre place, de passer directement dans les tubes contournés qu'on trouve alors comme injectés par des cylindres albumineux ou des globules blancs. Quand l'œdème se fait le long des rayons médullaires ou autour des artérioles afférentes des glomérules, ceux-ci, sains ou malades, ne reçoivent bientôt plus de sang, par suite de la compression de leurs vaisseaux. Si le processus est généralisé dans toute l'écorce du rein, ce dernier est annulé et l'urémie se produit.

Le sang, devenu incapable de circuler dans l'écorce, vient distendre, emplir et dilater au maximum toute la surface de l'organe subjacent à la capsule fibreuse. Il se fait là une

dérivation. Mais, à côté de cette voie de dérivation sous-capsulaire du sang, il en est une autre moins importante, il est vrai ; le sang peut encore prendre pour s'échapper la voie des veines droites des pyramides et aller injecter largement les capillaires veineux du bassinet.

Mes recherches m'ont conduit à reconnaître que les veines interlobulaires communiquaient, par les étoiles de Verheyen qui sont à la périphérie des lobules, non seulement avec les veines de la circulation générale, ainsi que l'avait démontré Ludwig, mais aussi avec celles de l'atmosphère adipeuse et, par l'intermédiaire de celles-ci, avec les réseaux sous-cutanés et cutanés du triangle de J.-L. Petit.

Ceci posé, il devient évident que, lorsqu'on se trouve en présence d'un œdème aigu congestif du rein, ayant annulé par contre-pression la fonction de l'organe, il est possible d'agir sur cette congestion, de vider les vaisseaux rénaux par des saignées locales, et, par suite, de faire cesser la sorte d'étranglement dont les portions actives du parenchyme rénal sont le siège.

J'ai observé ce fait sur de nombreux malades, et l'examen attentif de leurs observations me permet de mettre en évidence une série de faits cliniques, absolument concordants avec les faits anatomiques et anatomo-pathologiques que j'ai énoncés plus haut.

a. Le premier de ces faits est que, dans bien des néphrites interstitielles chroniques, les reins qui ont été momentanément annulés par un coup d'urémie, et dont la perméabilité était très amoindrie avant la crise urémique, étaient, en réalité, parfaitement perméables et suffisants. Dans un cas, j'ai vu des reins devenir, après une attaque urémique, la voie de décharges d'urée montant au taux énorme de 49, 54 et 57 grammes en vingt-quatre heures. Ces reins étaient même si peu profondément malades, qu'ils n'émettaient plus d'albumine trois mois après. Il s'agit, dans les cas de ce genre, d'organes au fond peu altérés par la néphrite chronique, et possédant un nombre suffisant de filtres glomérulaires intacts pour satisfaire aux besoins d'une dépuration urinaire suffisante, moyennant certaines conditions.

b. Ces conditions consistent en une alimentation produisant le minimum de résidus toxiques (régime lacté, œufs, maigre de porc en petite quantité, légumes, fruits).

c. L'accumulation dans l'organisme des résidus toxiques de l'alimentation azotée vulgaire ferme progressivement le rein, s'il est incapable de les éliminer complètement. En même temps que les toxines, s'accumule l'urée dans les tissus, jusqu'au moment où, les toxines agissant comme un poison sur le système nerveux bulbo-cérébral, celui-ci entre en jeu à son tour et détermine, par voie réflexe, un œdème aigu congestif qui annule le rein. L'urémie éclate alors, soit spontanément, soit à la suite d'un surmenage musculaire ou d'une congestion accidentelle du cerveau.

Si, ensuite, le rein récupère sa perméabilité, il s'exerce peu à peu, dans les tissus, un véritable effet de lavage qui entraîne des masses énormes d'urée. L'individu, hier urémique, élimine alors, pendant de longs jours, 30, 40, 50 et jusqu'à près de 60 grammes d'urée par jour, bien qu'il ne boive, pour toute nourriture, que 2 litres ou 2 litres et demi de lait. On assiste alors au spectacle paradoxal et vraiment suggestif d'un urémique brusquement transformé en azoturique.

d. Il est extrêmement probable que l'abaissement progressif de la perméabilité du rein, dans les néphrites chroniques dont je m'occupe, tient à un empoisonnement subcontinu du système nerveux bulbo-cérébral par les toxines accumulées. Cet empoisonnement met en jeu l'action neuro-paralytique qui commande l'œdème du rein, lequel s'opère petitement, de façon à encombrer peu à peu la glande, jusqu'au moment où un coup brusque d'œdème généralisé la ferme définitivement et met en train l'urémie. De cet œdème soutenu naît un processus interstitiel de néphrite ; d'où un cercle vicieux.

e. Il résulte de tout ceci que, dans les cas de néphrite chronique que je vise, le traitement préventif de l'urémie doit consister en une alimentation lacto-végétale mitigée d'ingestions d'œufs et de viandes qui, comme celle du porc, ne laissent pas sensiblement de résidus toxiques. Au surplus, cette diététique est bien connue.

Mais la principale indication est la décongestion systématique du rein ; non seulement par l'application biquotidienne de ventouses sèches au niveau du triangle de J.-L. Petit — moyen de dérivation puissant, en vertu même des prémisses anatomiques que j'ai posées — mais encore par des applications discrètes de sangsues, chaque fois qu'on voit le coefficient d'oxydation baisser.

Quant au traitement de l'attaque urémique, il découle de ce qui précède comme un véritable corollaire. Il doit, avant tout, viser la décongestion directe du rein, annulé momentanément par l'œdème.

La saignée générale doit être, dans ce cas, toujours pratiquée ; non pas tant pour soustraire quelques centaines de grammes de sang toxique, que pour rompre le mode aberrant de la circulation considérée dans son ensemble. Mais on y joindra toujours des saignées locales, au niveau du triangle de J.-L. Petit.

Elles consisteront en applications réitérées de sangsues : d'abord six de chaque côté, puis trois seulement de chaque côté, chaque jour, jusqu'à ce que cesse l'anurie.

Une seconde indication, c'est d'élever la tension intra-vasculaire au moyen de boissons, d'ingestions de lait ou d'eau pure, dont l'effet diurétique est certain et éprouvé. Mais jamais ces ingestions de liquide ne peuvent être portées à un taux suffisant quand on opère par la voie buccale. L'urémique comateux boit difficilement et, en somme, peu. On remplit surtout l'indication à l'aide de lavements d'eau pure : 250 grammes chaque fois, injectés dans le rectum toutes les deux ou trois heures, à la suite d'un premier lavement fortement purgatif. Les lavements d'eau sont, en effet, dès lors à peu près complètement conservés et peuvent exercer leur effet utile. Non seulement on élève ainsi la pression vasculaire pour en arriver à l'action diurétique, mais encore on met en train déjà le lavage des tissus et l'on commence à solubiliser les matériaux plus ou moins toxiques et l'urée qui s'y sont accumulés.

Enfin, l'on joint à ces moyens d'action l'inhalation presque continue, et, si je puis m'exprimer ainsi, torrentielle de gaz oxygène, qu'on amène à la bouche et aux narines, à l'aide d'un large entonnoir de verre adapté à l'extrémité du tube de dégagement de l'appareil inhalateur. On agit de la sorte puissamment à la fois sur le système nerveux et sur les combustions interstitielles, que l'on relève et qui entrent pour une large part dans la destruction des toxines retenues dans le milieu intérieur. A ce point de vue, du reste, l'action des inhalations d'oxygène est bien connue et je n'y insisterai pas davantage ici.

Ainsi donc, *saignées locales réitérées* et ayant pour agent les

sangsues ; *lavements d'eau réitérés* concurremment avec l'ingestion du lait par la bouche ; *inhalations fréquentes et presque continues, même de gaz oxygène;* tels sont, à mon sens, les moyens majeurs dont on doit user dans l'attaque d'urémie comateuse. Cette sorte de trépied thérapeutique formera donc la base du traitement, sans préjudice d'une série de moyens accessoires que chacun connaît et applique dans ce cas.

Je ferai remarquer, en terminant, que je ne vise pas ici les cas d'urémie à forme éclamptique des néphrites dégénératives chroniques, dites parenchymateuses. Jusqu'ici, en effet, je ne suis pas fixé entièrement sur l'état des ressources du rein dans ce cas, ni sur le mécanisme de productions de la forme d'urémie qui leur est particulière.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 janvier 1890. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un travail de M. le docteur E. Magnant (de Gondrecourt);

2° Un pli cacheté de M. le docteur G. Bertin et M. Pic, vétérinaire (de Nantes);

3° Une lettre de candidature de M. Hahn, à la place vacante dans la classe des associés libres.

COMMUNICATIONS

Rétrécissement de l'œsophage. — M. TERRILLON a présenté, il y a huit mois, un malade sur lequel il avait pratiqué une gastrostomie pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Le malade s'alimentait convenablement par sa fistule stomacale, mais cette fistule laissait échapper du suc gastrique; il se produisait des ulcérations très douloureuses des bords de la fistule qui faisaient souffrir le malade et lui rendaient la vie impossible.

M. Terrillon résolut donc de fermer la fistule après avoir rétabli la perméabilité de l'œsophage. Le cathétérisme supérieur étant impossible, après comme avant l'opération, il essaya, sous le chloroforme, d'introduire, par la fistule, le doigt jusqu'au cardia et de dilater cet orifice. Il n'y parvint pas, mais il put, quelques jours après, passer une fine bougie de haut en bas. Dès lors, le cathétérisme de la fistule vers l'œsophage devint facile, et, au bout de quelque temps, la perméabilité de l'œsophage était complète.

Pour fermer la fistule, M. Terrillon aviva les bords sur une large surface, allant, en profondeur, jusqu'au voisinage de la muqueuse, et il réunit par deux plans de suture. Une première opération remplaça la fistule, large à laisser passer le doigt, par une fistulette qui suffit à améliorer sensiblement l'état du malade. Une seconde opération ferma définitivement l'orifice. Le malade, actuellement, mange comme tout le monde.

Il va sans dire que M. Terrillon lui a fait les recommandations les plus précises au sujet de la nécessité de continuer indéfiniment les cathétérismes.

Abcès du foie; carie costale. — M. CHAUVEL communique deux observations d'ostéite consécutive à un abcès du foie. (Voir plus haut, page 91.)

DISCUSSION

Prophylaxie de la tuberculose. (Voir le Premier-Paris, page 89.)

LECTURE

Urémie comateuse. — M. ALBERT ROBIN lit, au nom de M. le professeur Renaut (de Lyon), un travail sur la fausse imperméabilité de certains reins brightiques et la thérapeutique de l'urémie comateuse. (Voir plus haut, page 92.)

COMMISSION

Grippe. — MM. Brouardel, Bucquoy, Le Roy de Méricourt et Germain Sée sont nommés membres de la Commission de la grippe.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de la mort de M. Damaschino, les mutations suivantes ont lieu dans les hôpitaux et hospices civils de Paris :

M. Straus passe de la Pitié à Laënnec; M. Moutard-Martin passe de Saint-Antoine à la Pitié; M. Merklen passe de Sainte-Périne à Saint-Antoine; M. Faisans passe de La Rochefoucaud à Sainte-Périne; M. Talamon passe du Bureau central à Sainte-Périne.

— Par décret, en date du 20 janvier 1890, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — MM. les médecins principaux de Fornel, Ely et Mathis.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Abelin, Saffre, Sollaut et Kermorvant.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Bizardel, Le Quément, Echalier, Lota, Kergrohen et Bertrand.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le concours pour le prix de l'internat (médecine) vient de se terminer. La médaille d'or est décernée à M. Parmentier; la médaille d'argent, à M. Vaquez, et l'accessit, à M. Nicolle.

— *Concours de l'internat.* — Oral : mercredi 15 janvier : « Artère pulmonaire; embolie pulmonaire »; — vendredi 17 : « Rapports du rein; abcès périnéphrétique »; — dimanche 19 : « Tuniques des bourses; pathogénie; signes et diagnostic de l'hématocèle de la tunique vaginale. »

— *Concours de l'externat.* — Pathologie : jeudi 16 janvier : « Fractures de côtes »; — samedi 18 : « Signes et diagnostic des fractures. »

— *École de médecine d'Angers.* — M. Legludic, professeur de physiologie, est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Meleux, décédé.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Saint-Ange, professeur de pathologie interne et pathologie générale, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale de ladite École, en remplacement de M. Bonnemaison, décédé.

M. André, professeur d'hygiène et de médecine légale, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie interne et pathologie générale de ladite École, en remplacement de M. Saint-Ange, appelé à d'autres fonctions.

— Les conférences de 1890, de l'Association française pour l'avancement des sciences, auront lieu dans l'amphithéâtre de l'hôtel de Sociétés savantes, 28, rue Serpente et, 14, rue des Poitevins, les samedis, à huit heures et demie très précises du soir. La première conférence commencera le samedi 25 janvier : « La science et les religions (croyances de l'Égypte, de l'Inde, de la Chine et du Japon) », par M. Émile Guimet. Les projections seront faites par M. Molteni.

Les membres de l'Association qui désirent assister à ces conférences sont priés de retirer leurs cartes au secrétariat, 28, rue Serpente, de 9 heures du matin à cinq heures du soir, à partir du 15 janvier.

Les membres fondateurs et les membres à vie auront droit à des places réservées, en les demandant pour la conférence à laquelle ils désirent assister, dans les six jours précédant cette conférence. La demande devra donc être renouvelée toutes les semaines, si l'on désire assister à toutes les conférences. On dis-

posera de ces places réservées, si elles ne sont pas occupées dix minutes avant l'ouverture de la séance.

Pour cette année, deux personnes seront admises sur la présentation d'une carte.

Des cartes d'abonnement sont délivrées aux personnes qui ne sont pas membres de l'Association, au prix de 5 francs pour la série des conférences de 1890.

Des cartes gratuites, valables pour une séance, seront délivrées au secrétariat, dans la semaine qui précédera chaque conférence : elles seront accordées de préférence aux personnes dont les demandes seront appuyées par un membre de l'Association.

On ne sera admis dans la salle de la conférence, que sur la présentation des cartes spéciales délivrées cette année.

La série comprendra dix conférences, qui auront lieu tous les samedis jusqu'au 29 mars inclusivement.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 11. — SAMEDI 25 JANVIER 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 25 JANVIER 1890. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'arrière-gorge et de l'amygdale en particulier, considérées comme portes d'entrée des infections.

Par M. le docteur E. JEANSELME,
Ancien interne des hôpitaux.

Toute la cavité de l'arrière-gorge est tapissée par de très nombreux follicules lymphatiques. Les uns, isolés et répartis sans ordre, occupent la paroi postérieure du pharynx; d'autres, groupés sous forme de traînées verticales, doublent de chaque côté le pilier postérieur du voile du palais; d'autres, étalés sur la face dorsale de la langue, constituent une sorte de nappe comprise entre le V lingual des papilles caliciformes, l'épiglotte et les tonsilles; d'autres, enfin, affectent la forme globuleuse et, de ces amas les plus remarquables et les plus connus sont les amygdales palatines. Un amas folliculaire considérable — amygdale pharyngienne ou de Luschka — existe aussi sous la muqueuse qui recouvre l'apophyse basilaire, c'est une sorte de crête transversale qui s'étend jusqu'aux parois latérales du pharynx et se termine en se renflant dans les fossettes de Rosenmüller, au voisinage du pavillon de la trompe d'Eustache. On voit que l'amygdale pharyngienne, par ses extrémités (tonsilles tubaires), se trouve presque en contact avec le sommet des amygdales palatines, et comme celles-ci, par leur base, sont en connexion avec la nappe folliculaire linguale, l'ensemble des follicules agminés de l'arrière-gorge représente assez bien une sorte de cercle ou d'anneau lymphatique (Waldeyer) à peine brisé. Réunissons maintenant, par la pensée, aux follicules groupés les follicules isolés, disséminés partout en quantité innombrable, et nous pourrons dire, sans forcer les analogies, que l'arrière-gorge est doublée par un ganglion lymphatique étalé.

Une mince membrane sépare seule ce lac lymphatique de la cavité pharyngienne. Partout où siègent des amas folliculaires, cette muqueuse leur adhère intimement, et dans beaucoup de points elle décrit des méandres qui ont pour effet de multiplier les contacts entre la surface absorbante et les liquides de l'arrière-gorge. Telles sont les lacunes qui creusent les amygdales, tels sont les sillons profonds et parallèles qui donnent à l'amygdale pharyngienne une disposition feuilletée, telles sont aussi les dépressions infundibuliformes entourées d'une couronne de follicules clos, qu'on observe sur la base de la langue.

Dans ces anfractuosités, s'accumule souvent une matière grasse, opaque et jaunâtre, peuplée des espèces microbiennes les plus variées. Cela n'est pas fait pour surprendre, quand on songe qu'au sein de cette matière sébacée, toutes les conditions nécessaires à la prolifération des bactéries se trouvent réalisées : chaleur, humidité, stagnation, apport incessant de nouveaux germes par les aliments, par l'air et par les liquides de la cavité buccale, qui baignent des dents cariées ou des parcelles alimentaires en voie de décomposition.

Parmi ces micro-organismes, beaucoup paraissent inoffensifs, mais quelques-uns sont certainement pathogènes. On a trouvé, dans les concrétions amygdaliennes, les microbes pyogènes (staphylococcus et streptococcus, Fürbringer), le pneumocoque de Frænkel (Cornil, Netter), différentes espèces de bactéries septiques (Kreibohm) et le bacillus crassus sputigenus, dont les cultures renferment une substance très toxique. Dans quelques cas exceptionnels, on a décelé dans l'amygdale le bacille de Koch ou le champignon de l'actinomycose.

Ces bactéries pathogènes peuvent vivre à l'état d'épiphytes et proliférer pendant un temps indéfini, sans qu'il en résulte le moindre inconvénient pour le sujet sur lequel elles se sont greffées (1). En effet, il n'y a pas encore infection, à proprement parler, car les germes ne sont qu'au seuil de l'organisme, ils n'ont pas encore envahi le milieu intérieur. Mais, que la faible barrière qui protège l'économie contre l'invasion des parasites soit forcée, que l'amygdale soit désorganisée par des poussées inflammatoires antérieures, qu'une vésicule d'herpès laisse à nu la muqueuse ulcérée, qu'un fragment alimentaire, incomplètement mastiqué, vienne à déchirer la mince membrane protectrice et les accidents infectieux pourront éclater, si d'ailleurs le sujet est en état de réceptivité (surmenage, misère physiologique, etc.). Peut-être même suffit-il, sans traumatisme aucun, que la fonction phagocytaire des follicules soit abolie, pour que l'organisme se laisse infecter.

(1) PFLUGGE. Traduction française, p. 553.

Quelle que soit la cause qui ait favorisé leur entrée dans le lac lymphatique, les micro-organismes sont entraînés vers les ganglions sous-angulo-maxillaires, et, si ces glandes ne dépouillent pas la lymphe par une sorte de filtration des germes qu'elle charrie, l'économie entière sera infectée.

Telles sont les considérations *a priori*, que suggère la théorie générale de l'infection. Il s'agit maintenant de démontrer que ce n'est pas là une pure hypothèse, mais bien l'expression de la réalité.

Dans l'enquête à laquelle nous allons nous livrer, nous serons obligé le plus souvent de nous adresser aux seuls faits cliniques. C'est à l'étude des circonstances qui ont préparé l'infection, des phénomènes généraux concomitants, des déterminations multiples à distance, de l'évolution et de l'anatomie macroscopique, que nous demanderons les principaux éléments de notre démonstration. Pourtant, les progrès de la bactériologie ont introduit récemment, dans la science, des notions fort importantes sur l'origine de certaines infections à déterminations gutturales; nous les utiliserons à l'occasion et, dans plusieurs cas, elles nous donneront le droit d'affirmer ce que la simple observation du malade nous permettait seulement de soupçonner.

I

Depuis longtemps déjà, on sait que certaines infections à évolution chronique peuvent avoir leur point d'inoculation au niveau de l'amygdale. En pareil cas, les accidents progressant avec beaucoup de lenteur, il est facile de suivre la filiation des phénomènes et d'établir leur chronologie. C'est, assurément, la raison pour laquelle l'origine de ces infections à marche chronique était déjà connue, alors qu'on ne supposait pas encore l'existence des infections amygdaliennes à marche aiguë.

Nié par Velpeau, le chancre syphilitique de l'amygdale avait été soupçonné par Rollet (1859). Mais c'est à M. Diday (de Lyon) que revient le mérite d'avoir démontré péremptoirement l'origine amygdalienne de certaines syphilis, et d'avoir, du même coup, réduit à néant la théorie de la vérole d'emblée, qui comptait encore des partisans (1). Dès lors, la syphilis ayant l'amygdale pour point de départ est admise sans conteste, et c'est à retracer sa description avec fidélité, à dépister son existence, que s'appliquent surtout les observateurs. Citons, parmi les travaux les plus importants en cette matière, les leçons sur les maladies vénériennes de M. Mauriac (1883) et le mémoire de M. Legendre sur le chancre de l'amygdale (2), auquel nous avons fait de fréquents emprunts.

L'infection syphilitique par la voie amygdalienne, bien qu'ayant suscité la publication de travaux assez nombreux, paraît être fort rare. En 1858, M. Fournier, dans le service de Ricord, sur 471 chancres, n'en n'a vu aucun de l'amygdale, et, sur 77 chancres buccaux, une seule fois l'amygdale était atteinte. Plus récemment, Fr. Mason, sur 33 chancres extra-génitaux, n'en trouve pas un seul siégeant sur les tonsilles (3). Enfin, tout récemment, un élève de M. le professeur Fournier, M. Nivet, a publié une statistique, de laquelle il résulte que, sur 595 chancres situés au dehors de la zone génitale, 29 seulement occupent l'amygdale, alors que 37 ont pour siège la langue et 268 les lèvres (2). Il est donc vrai de dire, avec M. Legendre, que le chancre amygdalien est une rareté.

(1) Diday (de Lyon). *Mémoires et compte rendu de la Société des sciences médicales de Lyon*, t. I, 1861-1862, p. 45.

(2) Legendre. *Archives générales de médecine*, 1884.

(3) Fr. Mason. *St-Thomas Hosp. Rep.*, t. IV, p. 163, Londres 1873, d'après la *Revue des sciences médicales*, t. VI.

L'accident primitif peut, ici comme ailleurs, avoir des signes objectifs presque pathognomoniques. L'hésitation ne sera pas de longue durée si, comme cela s'observe parfois, il s'agit d'une érosion d'un rouge vif, ovalaire, plane, vernissée et relevée sur les bords, ou d'une ulcération superficielle à fond jaunâtre et à contours nettement taillés, reposant sur une base chondroïde ou parcheminée. Mais, fréquemment, il est impossible de poser le diagnostic à un premier examen, la douleur et la dysphagie, inhérentes à toute affection gutturale, la tuméfaction du cou qui limite parfois l'écartement des mâchoires au point de rendre impossible l'exploration digitale, enfin les aspects variés que peut revêtir le chancre, sont les principales causes qui peuvent induire en erreur un médecin instruit et expérimenté. On a même vu, dans quelques cas, le diagnostic n'être redressé qu'à l'apparition des accidents secondaires. Tantôt c'est un chancre à fond bourbillonneux, qu'on prend pour un accident syphilitique tertiaire, une gomme en particulier; tantôt, c'est une excavation amygdalienne anfractueuse et taillée à pic, surmontant une vaste induration ligneuse, qu'on a tendance à considérer comme un néoplasme, surtout si la tuméfaction ganglionnaire est notable et si le malade est avancé en âge; tantôt, c'est une plaque noirâtre, sphacélique, circonscrite par un sillon d'élimination qui fait pencher vers le diagnostic d'angine gangréneuse; tantôt et plus souvent, c'est un exsudat fétide, épais, grisâtre et assez adhérent, qui coiffe l'amygdale et fait croire presque invinciblement à une angine diphthérique.

Ce qui augmente encore la difficulté, ce sont les caractères que peut prendre l'adénopathie liée au chancre amygdalien. Dans des cas relativement fréquents, les ganglions deviennent volumineux, sensibles, douloureux même, se fusionnent et se recouvrent d'une tuméfaction œdémateuse qui peut envahir une grande étendue de la région cervicale. Il est alors bien difficile de ne pas porter le diagnostic de diphthérie infectieuse avec bubons, surtout si, comme cela s'observe souvent dans les chancres bucco-pharyngés, les symptômes généraux, tels que frissons, fièvre, malaise indéfinissable, teint jaunâtre ou plombé, sont très accentués. Les principaux éléments du diagnostic, dans ces cas épineux, sont les caractères de l'enduit grisâtre qui n'a pas la cohésion et l'élasticité de la fausse membrane diphthérique, l'ulcération constatée au-dessous de l'exsudat, l'induration prononcée sur laquelle repose la lésion; enfin, signe capital, l'*unilatéralité* de l'affection. Plus tard, on pourra tirer, de l'évolution, de précieux renseignements, puis, à l'époque où l'ulcération tendra à se niveler, apparaîtront les accidents secondaires pathognomoniques, la roséole, la céphalée, les plaques muqueuses. Au reste, rien, dans la date d'apparition, ni dans le mode de distribution de ces accidents, n'indique l'entrée du virus par une voie anomale.

Pour ce qui est de la tuberculose, il n'existe pas, à notre connaissance, un seul cas de détermination primitive et

(1) Nivet. Thèse de Paris, 1887.

isolée sur les amygdales. Mais l'arrière-gorge, dans son ensemble, peut être la première région envahie par le bacille tuberculeux. M. Barth, dans sa thèse de doctorat (1880), a bien mis en relief les caractères de cette tuberculose primitive du pharynx, déjà entrevue par Isambert. Elle évolue avec plus ou moins de rapidité ; dans la forme aiguë, le malade se plaint de cuisson, de douleur à la gorge, et aussitôt apparaissent sur le voile, les piliers, les parois du pharynx, un semis de granulations disséminées ou confluentes, d'un blanc jaunâtre. Elles ne tardent pas à s'ulcérer, disparaissent et laissent à leur place de petites érosions arrondies qui, par coalescence, dessinent des ulcérations très étendues, à bords festonnés ; la luette est tuméfiée, les piliers sont déformés, les amygdales sont ravagées par les ulcérations. Le grand caractère fonctionnel qui domine la symptomatologie de cette angine, c'est la dysphagie douloureuse, dont l'intensité est telle que le malade finit par refuser tout aliment. L'adénopathie sous-maxillaire, qui accompagne souvent l'angine, prouve que l'infection ne reste pas localisée à la muqueuse, mais qu'elle gagne les ganglions. Dans quelques cas même, on les voit suppurer ; on trouve alors dans le foyer tuberculeux, transformé en abcès, à côté du bacille de Koch, les microbes ordinaires du pus, le streptocoque en particulier ; c'est à ces derniers seuls, semble-t-il, qu'il faut attribuer la présence du pus, telle est du moins l'opinion émise par M. Babès dans son mémoire sur les associations bactériennes de la tuberculose (1). Les microbes pyogènes qui végètent dans l'amygdale à l'état normal, pénètreraient dans la muqueuse et de là dans les ganglions, à la faveur des ulcérations que laisse après elle la fonte des nodules tuberculeux.

L'infection bacillaire ayant débuté par l'arrière-gorge, quelle voie suivra-t-elle pour envahir l'organisme ? M. Babès semble se rattacher à l'hypothèse « d'après laquelle la tuberculose entre primitivement dans la muqueuse du pharynx et surtout des amygdales, pour se propager ensuite dans les ganglions lymphatiques voisins et de là dans les ganglions médiastinaux ». Toutefois, le mécanisme de l'infection paraît être tout autre en général. L'envahissement des organes respiratoires a pour cause le ramollissement des tubercules développés dans les parois de l'arrière-gorge et du larynx ; pendant l'inspiration, des parcelles de matière caséeuse sont fortement aspirées et vont se greffer dans les divers départements des poumons. De même, c'est par la déglutition de matière tuberculeuse ramollie que s'explique l'inoculation des voies digestives qui est à peu près constante.

L'inanition presque complète à laquelle se condamnent volontairement les malades pour se soustraire aux douleurs intolérables qui accompagnent la déglutition, les localisations laryngée, pulmonaire et intestinale, qui viennent bientôt s'adjoindre à celle du pharynx, ont rapidement raison du malade, qui succombe dans un laps de temps assez court.

Combien la physionomie clinique de cette angine tuberculeuse diffère de celle des ulcérations grisâtres et atones, qui s'étendent sans provoquer de réaction douloureuse, sectionnent le voile du palais, désinsèrent les piliers ou les soudent à la paroi postérieure du pharynx ! Et pourtant, ces ulcérations, auxquelles on donne le nom de lupus, sont aussi de nature tuberculeuse. Il est vrai qu'elles contiennent peu de bacilles, et c'est peut-être la raison pour laquelle elles peuvent se cicatriser et sont rarement suivies d'adénopathie ou de généralisation.

On sait quelle est la fréquence des adénopathies cervicales, dites scrofuleuses, chez l'enfant et chez l'adolescent. Aujourd'hui, l'histologie a démontré qu'il s'agissait encore là de l'envahissement des glandes lymphatiques par le bacille. Quelle a été la porte d'entrée ? Le plus souvent le problème est insoluble. Parfois on trouve, dans les antécédents, des angines à répétition, et comme le bacille de la tuberculose est l'un de ceux qui peuplent — exceptionnellement, il est vrai — les cryptes amygdaliennes, il y a lieu de se demander si ces inflammations gutturales ne sont pas, elles-mêmes, les premières manifestations de la tuberculose, ou si, quoique d'autre origine, elles n'ont pas favorisé du moins la pénétration des germes tuberculeux, grâce aux altérations épithéliales qui les accompagnent nécessairement. Telle est l'opinion avancée, non sans quelque apparence de raison, par certains auteurs et défendue récemment par M. Daremberg, au Congrès pour l'étude de la tuberculose (1888) : « J'ai vu plusieurs fois, dit cet observateur, cette adénopathie spécifique siéger au cou, concurremment avec des amygdalites tuberculeuses ou infectieuses. Les enfants contractent assez souvent ces amygdalites dans la cohabitation avec leurs parents tuberculeux et par le fait des embrassements. Ces amygdalites se révèlent par un gonflement considérable des amygdales, qui sont revêtues d'un enduit spécial dans lequel j'ai retrouvé le bacille spécifique. »

Parmi les infections chroniques qui peuvent avoir l'amygdale pour porte d'entrée, il faut aussi compter l'actinomycose (1). Cette maladie, dont la découverte est de date relativement récente, car les premières recherches qu'elle a suscitées remontent à 1868 (Rivolta, de Pise), reconnaît pour cause l'actinomycète, champignon à filaments mycéliens radiés et terminés en massue. Ce parasite, comme l'ont constaté Poufick sur l'homme et Johne sur le cochon, peut végéter, dans les cryptes amygdaliennes, sans provoquer aucune lésion ; dans ce cas, le champignon est presque toujours encapsulé dans une coque calcaire (Johne), ce qui explique bien son innocuité. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Le plus souvent, chez l'homme, ce qui attire d'abord l'attention, c'est une tuméfaction qui siège à l'angle du maxillaire, gagne de proche en proche, envahit la région cervicale et s'étend jusqu'aux fosses sus et sous-claviculaires. La peau s'ulcère à la longue et donne issue, par des fistules persistantes, à un liquide trouble, séro-purulent, qui contient des grains jaunes d'actinomycètes. Dans les formes graves, à ces lésions de voisinage, s'ajoutent des collections pleurales ou pulmonaires et même des abcès métastatiques dans le foie, la rate, le cerveau, le rein, le cœur, le psoas, etc., et le malade succombe bientôt avec tous les signes de la pyohémie.

De l'actinomycose, nous devons rapprocher une maladie certainement parasitaire et qui présente avec elle de grandes affinités. Elle ne nous est connue que par une seule observation publiée par Birch-Hirschfeld (2). Il s'agit d'un enfant atteint d'une fièvre violente ; on ne trouvait, comme lésion, qu'un dépôt peu adhérent, d'un blanc de stéarine,

(1) Babès. *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, Paris 1888.

(1) Bricon. *Progrès médical*, 1884, p. 130-133 et 167-169 ; — Firket. *Revue de médecine*, 1884.

(2) Bricon. Loc. cit.

sur une des amygdales. Aussitôt celui-ci enlevé, la fièvre cessait, puis récidivait huit jours après la reproduction de la même membrane. L'examen histologique du dépôt démontrait l'existence de filaments de schizomycètes radiés et disposés à la manière d'un buisson, leur extrémité libre était toutefois dépourvue de renflements, ou n'en présentait que de très petits. Entre les filaments inarticulés, on voyait de nombreux et épais amas de fins micrococci. Une quatrième récidive étant survenue, l'amygdale malade fut pendant dix jours lavée à l'éponge et saupoudrée de fleur de soufre ; il n'y eut pas de rechute.

Telles sont, à l'heure actuelle, les seules infections chroniques à point de départ amygdalien que nous connaissions. En ce qui concerne la lèpre, parmi les nombreuses observations rassemblées par M. le professeur Leloir dans son remarquable traité sur cette maladie, il n'en est pas une qui permette d'assigner à l'accident initial, au chancre lépreux, une origine amygdalienne.

II

Si l'histoire des infections chroniques à début pharyngien est assez bien connue, celle des infections qui suivent une marche rapide est à peine ébauchée. En pareil cas, la généralisation est si prompte, qu'il est bien difficile et parfois impossible d'établir la filiation des accidents; c'est ce qui explique la multiplicité des théories émises sur ces angines et, par conséquent, l'obscurité qui environne encore leur pathogénie.

Pourtant le mécanisme de l'une de ces infections, la diphthérie, vient d'être élucidé grâce aux recherches bactériologiques récentes. Nous la prendrons comme type de notre description et nous exposerons sa pathogénie avec quelques détails. De tout temps, de terribles épidémies, malheureusement trop fréquentes, avaient fait considérer la diphthérie comme une maladie infectieuse et contagieuse. Mais quand il s'agissait de préciser davantage, les controverses commençaient. Quels étaient les accidents les premiers en date ? Falllait-il subordonner les phénomènes généraux aux accidents locaux pseudo-membraneux ? ou voir dans ceux-ci des manifestations secondaires d'une infection d'emblée *totius substantiæ?* Aujourd'hui, le doute n'est plus possible. Il s'agit d'une infection primitivement locale : celle-ci pourra rester cantonnée au point d'inoculation, ou bien elle sera suivie d'un état général plus ou moins grave. Cette infection a pour agent un bacille, décrit d'abord par Klebs, puis par Lœffler, qui réussit à le cultiver et à produire, par inoculation aux animaux, des fausses membranes et des phénomènes généraux rapidement mortels. Tout récemment, MM. Roux et Yersin ont démontré l'exactitude des faits avancés par Lœffler et ont, en outre, enrichi la science de notions fort importantes (1). Un premier point établi par ces auteurs, c'est que le bacille de Klebs ne pullule qu'au niveau des fausses membranes et qu'il n'existe pas dans les organes des animaux morts d'infection. Ils ont ensuite prouvé expérimentalement l'existence du *poison diphthérique*. Ils le séparent des cultures du bacille de Klebs par filtration sur porcelaine; le liquide ainsi obtenu est limpide, un peu acide, et ne contient aucun organisme vivant, car porté à l'étuve il ne se trouble pas, et ajouté à des bouillons alcalins il ne donne pas de culture.

(1) Roux et Yersin. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888.

Qu'on injecte ce liquide privé de tout bacille dans le péritoine d'un cobayo ou les veines d'un lapin, et l'animal succombera en cinq ou six jours, avec des accidents rappelant de tout point ceux qui suivent l'injection d'une culture de bacille de Klebs. Dans les deux cas, les accidents généraux, observés pendant la vie, et les lésions constatées à l'autopsie sont identiques : les ganglions axillaires et inguinaux sont tuméfiés, les reins congestionnés sécrètent une urine sanguinolente, la paralysie envahit les muscles du train postérieur en totalité ou en partie. La seule différence c'est que le poison diphthérique, privé du bacille de Klebs, ne détermine pas la production d'une fausse membrane, au point d'inoculation. Ainsi donc, l'existence de la fausse membrane est nécessairement subordonnée à la présence du bacille de Klebs dans le liquide injecté. Les accidents généraux, au contraire, sont sous la dépendance d'un poison sécrété par ce bacille, et ils surviennent identiquement les mêmes, que le poison diphthérique ait été dépouillé ou non de tout germe. Quant à la nature de ce poison, elle est encore imparfaitement connue; l'air et la lumière lui font perdre rapidement ses propriétés, ce qui paraît le rapprocher des diastases.

III

On trouve dans les auteurs anciens, notamment dans Borsieri, la relation d'angines gangréneuses épidémiques; mais il est bien difficile, à l'aide des descriptions incomplètes et confuses qu'ils nous ont laissées, de se faire une opinion exacte sur la nature de ces angines. Au commencement de ce siècle, Bretonneau eut le mérite de démontrer que les maux de gorge auxquels on appliquait communément l'épithète de gangréneux étaient, pour la plupart, des angines diphthériques. Mais cet auteur alla trop loin en niant presque l'angine gangréneuse. Aussi une vive réaction ne tarda-t-elle pas à se produire. Dans le Compendium de médecine (1836), de la Berges et Monneret s'élevèrent contre l'absorption de l'angine gangréneuse dans l'angine diphthérique, commencée par Samuel Bard et consommée par Bretonneau et Guersant. Malheureusement, il est souvent question dans leur description d'une éruption scarlatiniforme ou d'une vraie scarlatine concomitante, de sorte qu'il est difficile de savoir s'il s'agit d'une angine gangréneuse primitive. Mais les observations de Gubler, de Trousseau et Millard échappent à ce reproche (1). Il existe, dit Trousseau, une « angine gangréneuse primitive que l'on doit regarder comme une maladie à part, ayant pour caractère fondamental la mortification de la membrane muqueuse pharyngée, mortification gagnant quelquefois les joues, les lèvres, arrivant d'emblée, et comparable à la gangrène de la bouche ». Dans ces cas, les phénomènes infectieux sont des plus nets; le gonflement ganglionnaire peut être aussi prononcé que dans l'angine diphthérique; la prostration des forces est extrême; la température s'abaisse, les extrémités se cyanosent; le pouls est faible, dépressible, ralenti ou très rapide et, dans ce dernier cas, en désaccord avec la respiration qui est très lente. Des phlébites infectieuses, des éruptions pétéchiales (H. Musset), des phénomènes nerveux bizarres, tels que de la diplopie (Trousseau et Millard), peuvent encore assombrir ce tableau et, à l'au-

(1) Gubler. *Archives générales de médecine*, 1857, et Société médicale des hôpitaux, 1859; — Trousseau. *Cliniques*, t. I.

topsie, on constate dans le sang et les viscères les traces d'une infection profonde.

IV

On voit parfois se développer, dans la région sous-maxillaire, une sorte de phlegmon diffus à tendance envahissante et gangréneuse, qu'il ne faut pas confondre avec l'adéno-phlegmon vulgaire. Décrit pour la première fois par Ludwig, en 1836, sous l'appellation d'induration gangréneuse du tissu cellulaire, périphrase qui résume les principaux caractères de cette redoutable affection, ce phlegmon est plus connu actuellement sous le nom d'angine de Ludwig. Parmi les nombreuses théories qui ont été proposées pour expliquer sa pathogénie, quelques-unes, celle de Cnopf et celle de von Thaden, entre autres, font jouer un rôle important à l'amygdale. Il résulte d'une statistique établie par ce dernier que, sur 18 cas observés par lui, 8 fois le début avait été marqué par une gêne de la déglutition et par une inflammation plus ou moins intense des amygdales, ce qui porte cet auteur à croire que les tonsilles sont l'une des origines les plus fréquentes de l'angine de Ludwig. Mais, avant d'adopter cette manière de voir, un travail de revision est ici nécessaire, car on peut reprocher à Cnopf et à von Thaden d'avoir fait entrer, dans le cadre démesurément élargi de l'angine de Ludwig, la plupart des phlegmasies de la région sous-maxillaire.

V

Après avoir passé en revue la diphthérie, la gangrène de la gorge, le phlegmon de Ludwig, avons-nous épuisé la question des angines infectieuses? Évidemment non. A côté de ces affections qui présentent un cachet incontestable de spécificité, il faut ranger une catégorie de faits nombreux qui sont fort disparates en apparence, quand on envisage les termes extrêmes de la série, mais qui semblent, au contraire, se relier assez naturellement les uns aux autres quand on applique son attention à l'étude des chaînons intermédiaires.

S'agit-il, dans ces cas, d'affections distinctes les unes des autres, ou bien inversement ne faut-il voir dans ces différents types que des formes cliniques d'une seule et même affection, dont les variantes tiendraient au degré de virulence de l'agent pathogène? C'est là un problème dont la bactériologie devra trouver plus tard la solution. Pourtant, bien que les recherches, faites jusqu'à ce jour, soient trop peu nombreuses, il y a tout lieu de croire que ce groupe morbide sera démembré dans l'avenir.

Malgré ces desiderata, un fait demeure acquis dès à présent, c'est qu'à côté des angines qualifiées spécifiques, il en existe d'autres qu'il faut aussi compter parmi les angines infectieuses. Il ne viendra à l'idée d'aucun observateur, par exemple, de contester la nature infectieuse d'une amygdalite accompagnée d'arthrites suppurées, d'endocardite ulcéreuse et de phénomènes ataxo-adynamiques. Mais si l'accord est fait, en ce qui concerne les cas où la marque spécifique est si évidente, il est loin d'en être de même pour les cas légers et, en particulier, pour l'amygdalite bénigne, dite *a frigore*. Actuellement, le principal caractère sur lequel s'appuient ceux qui soutiennent la nature infectieuse de ces angines légères c'est leur *contagiosité*, faible, d'ailleurs, et subordonnée à des circonstances encore mal déterminées. Nous allons donc, avant de passer à l'étude des angines graves compliquées de phénomènes généraux, et de localisations à distance, rappeler les arguments qui tendent à faire admettre l'amygdalite au nombre des affections contagieuses.

Quand le foyer épidémique est très restreint [cas de Siredey (1), de Dubousquet-Laborderie (2)], l'idée de contagion ne s'impose pas à l'esprit; on peut toujours, en pareil cas, invoquer, pour expliquer l'existence simultanée de quelques cas d'angine, l'influence de conditions météorologiques identiques. Cette coïncidence fortuite est déjà plus difficile à soutenir dans l'observation suivante, qui a été lue par M. Fernet, à la Société médicale des hôpitaux (1888), et que nous trouvons reproduite dans la thèse de son interne, M. Laffitte. Il s'agit de trois ouvriers travaillant en Angleterre, dans le même atelier, sur la même table, à la fabrication des cols américains; tous les trois furent pris successivement, dans l'espace d'une semaine, d'accidents angineux, qui furent l'origine de néphrites incurables. Ni la scarlatine, ni la diphthérie ne pouvaient être incriminées. Il y a lieu de se demander s'il s'agit ici d'une intoxication ou d'une infection, d'autant plus qu'il est dit, à l'égard du second malade, que, quelques mois après son entrée dans cette fabrique, il perdit tout désir sexuel, que son appétit diminua, qu'il eut le sommeil troublé par des cauchemars et par des crampes, quoiqu'il ne fît aucun excès de boisson. Toutefois, il nous paraît peu vraisemblable qu'une néphrite toxique se soit développée presque simultanément chez trois individus soumis aux mêmes influences délétères déjà depuis dix-huit mois. Il nous paraît plus rationnel d'admettre, avec l'auteur, que le premier ouvrier infecté a contagionné les deux autres.

J'ai eu, l'année dernière, l'occasion d'observer une épidémie d'angine catarrhale simple, dans une famille composée de sept personnes. Cinq d'entre elles, la mère, trois enfants et une domestique, furent successivement atteintes; je présentai aussi une atteinte légère d'amygdalite, ce qui porte à six sur huit le nombre des sujets qui contractèrent cette singulière angine. Il y avait, à la même époque, dans un établissement scolaire voisin, où deux des enfants faisaient leurs études, un certain nombre de cas d'angines légères. Malgré des recherches attentives et réitérées sur chacun des malades, je ne pus trouver aucune trace d'éruption ou de desquamation, et l'un des enfants atteints avait déjà eu la rougeole et la scarlatine. Il ne pouvait pas plus être question d'angine diphthérique bénigne; à aucun moment, il ne m'a été donné de voir la moindre trace de fausse membrane. Toute cette famille est fortement entachée de lymphatisme; les enfants, notamment, portent des adénopathies sous-maxillaires très prononcées, leurs amygdales hypertrophiées arrivent presque au contact et l'un des deux garçons vient d'être opéré de tumeurs adénoïdes du pharynx. Je tiens de la mère que ces angines sont très fréquentes dans sa famille, et qu'elles y règnent toujours épidémiquement.

Au reste, ces petits foyers ne semblent pas être rares.

J. C. Sexton (3) rapporte sept cas d'amygdalite follicu-

(1) Milsonneau. Thèse de Paris, 1885.

(2) Dubousquet-Laborderie. *Gazette des hôpitaux*, 1887, et *Bulletin général de thérapeutique*, 1886.

(3) J.-C. Sexton. *Cincinnati Lancet*, anal. in *Annales des maladies de l'oreille, etc.*, 1886.

laire aiguë, et cherche à mettre hors de doute le caractère contagieux de cette angine, à laquelle il donne le nom d'amygdalite lacunaire aiguë de Wagner.

M. Tissier (1) a vu récemment se développer, en trois semaines, dans une salle d'hôpital, six cas intérieurs, à la suite d'un cas venu du dehors.

VI

L'angine simple peut se borner à des phénomènes purement locaux; auquel cas elle ne manifeste sa nature spécifique que par sa contagiosité. Parfois elle s'affirme infectieuse, soit par son retentissement sur les glandes lymphatiques voisines, soit par sa propagation aux cavités qui communiquent avec le pharynx.

M. Milsonneau, dans une thèse (1885) faite sous l'inspiration de M. Siredey, rapporte quatre observations inédites, dans lesquelles il a noté la suppuration des ganglions cervicaux, à la suite d'une angine simple. Ces angines sont probablement la cause d'un certain nombre d'adéno-phlegmons du cou: il faut donc pratiquer l'examen de la gorge chaque fois qu'une collection purulente d'origine ignorée siégera dans la région cervicale. Les microbes pyogènes se trouvant communément dans l'amygdale, on conçoit qu'une légère inflammation suffise pour modifier l'épithélium et permette aux micro-organismes du pus, de pénétrer dans les tissus et de là dans les ganglions où ils sont l'origine d'abcès.

Très souvent, l'otite moyenne aiguë a pour origine une infection pharyngée. La bilatéralité si fréquente des otites peut être invoquée en faveur de cette hypothèse. « On conçoit aisément, dit Netter, que les deux trompes, s'abouchant dans le foyer commun, servent l'une et l'autre de voie d'introduction aux agents pathogènes contenus dans ce foyer (2). »

VII

Dans les affections angineuses que nous venons de passer en revue, les accidents locaux (inflammation gutturale) et ceux du voisinage (adénite) sont plus ou moins bruyants, et, quand les accidents généraux éclatent, il est assez facile de remonter à leur source. Dans les variétés que nous allons maintenant aborder, des accidents à distance se manifestent sans qu'aucun phénomène important, du côté de la gorge, fasse penser qu'il s'agit d'une infection d'origine gutturale. Celle-ci passera donc le plus souvent inaperçue, si l'on ne prend pas le soin, dans tous les cas où l'origine d'une infection reste ignorée, d'examiner la gorge systématiquement.

M. Bouchard, en 1881, dans un travail sur les néphrites infectieuses, lu au Congrès international de Londres, compte l'amygdalite aiguë au nombre des maladies qui peuvent se compliquer d'albuminurie infectieuse. En 1883, dans son cours de la Faculté, consacré aux maladies infectieuses, il revient sur cette question. Parmi les observations qu'il donne pour preuve de la nature infectieuse de l'amygdalite, la suivante est des plus caractéristiques. Un jeune homme de vingt-quatre ans entre à l'hôpital pour se faire soigner d'une amygdalite; son urine examinée contient de l'albumine rétractile et des bactéries; l'état général s'aggrave, des douleurs occupent plusieurs articulations et gaines tendineuses, la diarrhée apparaît à plusieurs reprises, et le malade succombe le vingt-neuvième jour, emporté par des accidents typhoïdes.

A l'autopsie, le sang, le foie, la rate se présentent sous l'aspect qu'ils ont dans les infections; les plaques de Peyer, développées et très apparentes, ne sont pas ulcérées comme dans la fièvre typhoïde. Il s'agit donc bien ici d'une infection à début amygdalien.

A la même époque, en Allemagne, on s'occupe aussi de la coïncidence de l'albuminurie avec l'angine. Leyden insiste « sur ce fait que la néphrite peut survenir après l'angine simple ».

Kannenberg (1880), dans un mémoire sur la néphrite dans les maladies infectieuses aiguës, a traité incidemment le sujet qui nous occupe (1). « On sait, dit-il, par expérience, que toutes les maladies aiguës inflammatoires des amygdales sont souvent accompagnées de néphrites aiguës. Depuis le commencement de cette année, j'ai vu trois cas de ce genre, et toujours j'ai pu constater la présence de grandes quantités de micrococcus, dans les cylindres et sur les cellules épithéliales, ainsi qu'à l'état de liberté dans l'urine. » Dans deux de ces cas, l'amygdalite était suppurée; les dernières traces d'albumine disparurent, chez l'un de ces malades, le huitième jour; chez l'autre, le douzième jour. Au reste, cette néphrite ne guérit pas toujours. Dans la petite épidémie, rapportée l'année dernière par M. Fernet à la Société médicale des hôpitaux, la néphrite consécutive devint chronique et se termina par des accidents urémiques mortels. Parmi les observations d'albuminurie secondaire à des angines, que rapporte M. Laffitte dans sa thèse (1888), il en est aussi plusieurs où l'on voit la lésion rénale devenir incurable. Quelquefois même la néphrite affecte une marche suraiguë et emporte le malade, peu après le début de l'angine. Bomsein rapporte le fait suivant: une femme est atteinte d'amygdalite, quatre jours après, son fils souffre d'une angine folliculaire accompagnée de symptômes généraux graves, son état général s'améliore, mais la faiblesse persiste; des convulsions éclatent et l'enfant meurt dans le coma urémique (2).

M. Landouzy, à propos d'un jeune homme entré à la Charité pour une angine légère, a aussi abordé l'étude de l'amygdalite infectieuse (3). Le malade qui fait l'objet de cette clinique présentait une amygdalite qu'on aurait pu considérer comme une maladie locale sans importance, si l'examen du sang n'avait fait découvrir dans ce liquide des micro-organismes sous forme de points brillants et dans l'urine ces mêmes microbes et de l'albumine rétractile. M. Landouzy, en s'appuyant sur ces constatations et sur les phénomènes généraux graves, qui accompagnent certaines amygdalites graves, est amené à poser les conclusions suivantes : « Nous pensons, d'après la série des preuves précédemment accumulées, avoir démontré que, ici, amygdalite et néphrite ont été monnaie de la même pièce et l'expression polymorphe d'une même infection... » Cette reconnaissance d'une maladie générale derrière une angine que l'on croyait toute la maladie, nous rend compte de certains

(1) P. Tissier. *Annales des maladies de l'oreille, etc.*, février 1888.
(2) Netter. *Idem*, octobre 1888.

(1) Kannenberg. *Zeitsch. f. Klin. Med.*, vol. I, 1880, anal. in *Semaine médicale*, 1880.
(2) Bomsein. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1889, p. 318.
(3) Landouzy. *Gazette des hôpitaux*, 1883, et *Progrès médical*, 1883.

phénomènes jusqu'ici inexpliqués : voilà pourquoi certains malades meurtris, brisés, amaigris par une amygdalite, doivent passer par une longue convalescence avant de recouvrer l'intégrité de leurs forces (Landouzy).

Cette nouvelle interprétation rend évidemment bien mieux compte des phénomènes généraux et à distance que toutes les hypothèses invoquées jusqu'alors. Il est bien difficile, en effet, de soutenir, comme l'a fait M. Colrat, en 1880, à la Société des sciences médicales de Lyon, qu'il s'agit de scarlatine frustre, quand les recherches les plus minutieuses ne permettent pas de retrouver la moindre trace d'éruption ni de desquamation.

On n'est pas plus en droit d'admettre, en pareil cas, l'existence d'une diphthérie dont la fausse membrane éphémère aurait passé inaperçue. Que dire de l'opinion de MM. Laure et Benoît-Gonin, qui regardent l'angine compliquée d'albuminurie comme l'expression de la diathèse rhumatismale (1) ? Voici, par exemple, un malade sujet aux angines simples ; dans deux de ces poussées, l'urine examinée renferme de l'albumine et comme, au cours de la deuxième, des douleurs subaiguës apparaissent dans les articulations, cela suffit à l'auteur pour affirmer la nature rhumatismale de l'angine. Chez un autre malade, une angine inflammatoire violente s'accompagne, pendant un mois, d'une albuminurie considérable, avec cylindres abondants dans les urines, troubles de la vue et bouffissure de la face ; comme l'année suivante, dans la convalescence d'une nouvelle poussée d'angine, des accidents articulaires apparaissent, M. Benoît-Gonin se croit autorisé à ranger l'angine en question parmi les manifestations rhumatismales.

Toute cette description, beaucoup trop longue, peut se condenser en quelques mots. Dans le cours d'une angine, bénigne en apparence, l'urine contient ordinairement de l'albumine ; l'altération rénale passe, le plus souvent, inaperçue, car elle ne se manifeste par aucun symptôme ; pourtant, dans quelques cas, l'angine s'accompagne de signes non équivoques de néphrite, tels que douleurs lombaires, mictions fréquentes, urines rares, troubles, albumineuses, sanguinolentes, œdèmes, accidents urémiques. Ordinairement transitoire, la lésion rénale peut passer à l'état chronique et, dans ce cas, l'examen histologique du rein démontre l'existence d'une néphrite diffuse.

VIII

Le rein n'est pas le seul organe qui soit touché par l'infection consécutive à une angine. Les douleurs articulaires, comme on a pu déjà le voir au cours de la description, ne sont pas très rares et c'est ce qui a permis, à certains auteurs, de soutenir que l'angine est de nature rhumatismale. Il ne s'agit pas toujours d'une simple fluxion articulaire ; la synoviale peut être distendue par un épanchement assez notable. Exceptionnellement, on peut se trouver en présence d'une polyarthrite suppurée, que l'on rattachait naguère au rhumatisme. Mais, depuis les recherches de M. le professeur Bouchard et l'excellente thèse de son élève, M. Bourcy (1883), l'on sait qu'il existe un grand nombre d'états morbides, sans parenté aucune avec le rhumatisme, qui peuvent se localiser sur les jointures. L'observation la plus typique, à notre avis, d'angine suivie de suppuration articulaire, est celle qui a été lue, en 1853, à la Société médicale des hôpitaux, par M. Caron. A l'autopsie, on trouva du pus ou de la sérosité louche, dans la plupart des articulations.

M. de Lapersonne, dans sa thèse d'agrégation sur les arthrites infectieuses (1886), rapporte deux observations, l'une de M. Gaucher, l'autre de M. Bourdel qui, toutes deux, sont des exemples très nets d'arthrites suppurées consécutives à des angines.

Les séreuses viscérales peuvent être intéressées par l'infection, aussi bien que celles qui tapissent les articulations. Frænkel a rapporté récemment, à la Société de médecine de Berlin [1887] (1), deux cas d'angines pseudo-membraneuses, probablement non diphthériques, dans lesquels il a observé des épanchements fibrineux et purulents dans les plèvres et le péricarde, de l'endocardite ulcéreuse et de la pneumonie. Dans la même séance, Fürbringer a signalé quatre cas de fausse diphthérie, à l'autopsie desquels on trouva de nombreuses manifestations d'une septicémie grave : endocardite, glomérulo-néphrite avec infarctus de micro-organismes, méningite embolique, pneumonie, ulcération intestinale, ramollissement de la rate. Fürbringer a fait des recherches bactériologiques dans quatorze à quinze cas d'angine infectieuse ; il a trouvé, en général, le streptocoque et le staphylocoque associés ou non, parfois ni l'un ni l'autre ; dans la plupart des cas, il a observé, en outre, un microbe particulier, mais il ne peut affirmer que celui-ci soit l'origine des accidents septiques.

Ces angines, à déterminations viscérales, sont contagieuses au plus haut degré : « Frœlich et son assistant se piquent en autopsiant un individu qui avait succombé à une amygdalite compliquée de péritonite, tous deux eurent de la lymphangite, puis de l'amygdalite (2). »

IX

Depuis longtemps déjà, on sait qu'on peut voir survenir, au cours d'amygdalites simples, des déterminations du côté des testicules ou de l'ovaire. Bergen, au milieu du siècle dernier (1757), signalait déjà ces localisations génitales dans des cas d'angine suppurée, et il a le soin d'ajouter qu'il ne s'agissait pas d'oreillons. Dans un mémoire publié en 1857, dans les *Archives générales de médecine*, M. Verneuil rapporte deux cas d'angine simple qui furent accompagnés d'un épanchement séreux, indolent, dans la tunique vaginale, épanchement qui rétrocéda rapidement quand les phénomènes aigus du côté de la gorge s'apaisèrent. P. James (3) dit avoir observé, dans plusieurs cas d'amygdalite, des douleurs ovariennes, et le fait serait, d'après lui, trop fréquent pour qu'on puisse invoquer une pure coïncidence. En 1860, Edward Gray fait la même remarque (4). Il y a peu d'années, M. Joal, dans un travail sur les orchites et ovarites amygdaliennes (5), a produit plusieurs observations nouvelles dans lesquelles les manifestations génitales ont un cachet manifestement inflammatoire. La résolution est la règle, pourtant dans un cas on a observé la suppuration et, dans un autre, l'atrophie testiculaire. L'auteur prévoit les objections qu'on pourrait lui

(1) Benoit-Gonin. Thèse de Lyon, 1883.

(1) Frænkel. *Semaine médicale*, 1887.
(2) Frœlich. *Deuts. Med. Zeitung*, 1887, t. VIII.
(3) P. James. *Med. Times and. Gaz.*, 1859.
(4) E. Gray. *Idem*, 1860.
(5) Joal. *Archives générales de médecine*, 1886.

faire, en déclarant qu'il n'existait, chez les malades observés par lui, aucune maladie générale (oreillons, fièvre typhoïde, etc.), aucune affection locale propagée (uréthrite, cystite, métrite, etc.), pouvant tenir la détermination génitale sous sa dépendance. Rejetant l'hypothèse admise jusqu'ici, pour expliquer ces phénomènes, celle d'actions réflexes à point de départ amygdalien, M. Joal se prononce en faveur de la théorie de l'infection, mais il ne croit pas que l'amygdale soit le point de départ des accidents, l'angine, au même titre que l'orchite ou l'ovarite, serait la manifestation secondaire d'un état infectieux primitif d'origine inconnue. Les observations sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse prendre nettement parti pour ou contre l'une des hypothèses émises. Dans aucun cas, il n'est fait mention des urines; or, l'examen de celles-ci pourra fournir des arguments, peut-être décisifs, en faveur d'une théorie.

X

Quelques infections, dont la porte d'entrée est ordinairement une érosion cutanée, peuvent par exception présenter leurs premières manifestations du côté de la gorge.

Chez l'homme, le charbon a pour accident primitif la pustule maligne : pourtant une observation de Gubler (1) semble prouver que le charbon peut débuter par l'arrière-gorge, ce qui serait à peu près la règle, chez les animaux.

Dans ses cliniques, Graves (2) rapporte une observation fort intéressante, qui démontre que les accidents de la morve peuvent aussi commencer par le pharynx. Nous y trouvons ce détail étiologique important, qu'il s'agit d'un jeune homme employé à soigner un cheval morveux et qui avait l'habitude de boire dans le même vase que l'animal. Macdonel a également observé un cas dans lequel le début de la morve fut marqué par une violente amygdalite (3).

Le charbon et la morve sont-elles les seules maladies qui se comportent ainsi ? Il est permis d'en douter, et l'on peut se demander si, dans l'ostéomyélite, la fièvre typhoïde, la scarlatine surtout, une angine prémonitoire ne serait pas, dans quelques cas, la porte d'entrée de l'infection. M. Hingston Fox se pose cette question à propos de la scarlatine et soutient que cette pyrexie est une infection qui envahit l'organisme par l'amygdale. Il y a sans doute là une exagération, mais il faut remarquer que, dans les scarlatines puerpérales et traumatiques, qu'on tend de plus en plus à considérer comme des scarlatines véritables, l'angine est légère ou fait même totalement défaut.

XI

En raison du nombre considérable d'infections qui empruntent la voie amygdalienne, il ne peut être ici question d'exposer le diagnostic dans tous ses détails. Nous nous bornerons donc à en tracer les grandes lignes.

Le premier problème à résoudre est celui de savoir si le malade porte ou non une angine. Des causes multiples peuvent faire méconnaître une affection de la gorge. Ici, c'est une tuméfaction ganglionnaire considérable qui gêne l'écartement des mâchoires et rend tout examen impossible. Là, c'est la bénignité même des accidents qui les fait passer inaperçus, si on ne les recherche pas systématiquement : telle est, par exemple, l'angine fugace qui précède certaines albuminuries graves, même mortelles. Quand on se trouve en présence d'un de ces états infectieux mal déterminés, qu'on range volontiers sous la rubrique d'embarras gastrique fébrile, on ne devra jamais oublier d'explorer la gorge du malade ; on y trouvera parfois l'explication logique de phénomènes morbides qui, sans cette recherche, seraient restés sans signification.

L'existence d'une angine étant démontrée, il faut en découvrir la cause. Est-elle accompagnée d'un exanthème, d'une desquamation ? Il faudra penser tout d'abord à une fièvre éruptive, à la scarlatine surtout. Est-elle accompagnée de symptômes généraux graves à forme typhoïde ou septique ? Il s'agira d'établir quel a été l'enchaînement des accidents, chose toujours très délicate. L'existence d'une épidémie d'angines analogues, constatée dans le voisinage, pourra, dans certains cas, apporter quelques lumières. Ailleurs, la bactériologie seule donnera la clé du diagnostic : certaines angines causées par le bacille de Koch ou l'actinomycète, par exemple, ne peuvent qu'être soupçonnées tant que la présence de l'agent spécifique n'est pas démontrée à l'aide de l'inoculation, du microscope ou des cultures.

Il faut, en outre, se rendre un compte exact de la gravité de l'affection. C'est ce qu'on ne pourra faire qu'après l'examen attentif des symptômes généraux et des complications : albuminurie, endocardite, arthrites, etc.

XII

L'antisepsie de la cavité bucco-pharyngienne est le moyen le plus sûr de prévenir le développement des angines. Les soins de propreté, les gargarismes antiseptiques, ont pour effet de diminuer le nombre et l'activité des microbes buccaux. Ils sont donc d'une incontestable utilité.

Ce sont les amygdales hypertrophiées, enflammées chroniquement, qui sont le terrain le plus favorable à la culture microbienne. La prophylaxie consistera donc à détruire les tonsilles anomalement développées à l'aide de l'amygdalotomie ou mieux de l'ignipuncture. Le thermocautère n'est pas d'un maniement commode au fond de la gorge. « Le galvanocautère a, au contraire, le grand avantage de pouvoir être introduit à froid dans la cavité buccale et presque sur l'amygdale; il peut être chauffé instantanément à la température voulue; il se refroidit très vite dès qu'on interrompt le courant. Enfin, il rayonne peu, et son action immédiate est très limitée (1). » L'opérateur transfixe l'amygdale d'avant en arrière, parallèlement à la paroi latérale du pharynx, et « s'arrange de façon à toujours avoir deux ouvertures, une d'entrée et une de sortie, afin de ne pas faire de cratères, ce qui permet d'éviter les inflammations consécutives à l'opération. Il fait ainsi de quatre à six cautérisations sur chaque amygdale. » Ordinairement trois à quatre séances sont nécessaires; elles doivent être séparées par un intervalle d'une douzaine de jours.

Quand, malgré les mesures prophylactiques, une affection de nature spécifique s'est greffée sur l'amygdale, il faut recourir au traitement curatif. Celui-ci varie suivant les

(1) Gubler. *Gazette médicale*, 1856.
(2) Graves. *Cliniques*, trad. par M. Jaccoud, t. II, 1871.
(3) P. Brouardel. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Morve et Farcin, 1876.

(1) Balme. Thèse de Paris, 1888.

cas. S'agit-il de la syphilis? Chacun sait que la destruction de l'accident primitif, l'éradication, est de nul effet. S'agit-il, au contraire, de la diphthérie? L'on s'efforcera de détruire la fausse membrane qui, seule, contient les bacilles de Klebs fabricateurs du poison. Pour atteindre ce résultat, on s'adressera aux antiseptiques. Plusieurs formules ont été proposées; la plupart ont pour base le phénol ou le naphtol camphré.

Il sera bon de combiner les attouchements avec des lavages, gargarismes, pulvérisations à l'eau phéniquée au 100e ou à l'acide borique.

Des antiseptiques pourront également être administrés, soit par la voie digestive, soit par la voie sous-cutanée.

On s'efforcera, dans la mesure du possible, de soutenir les forces du malade à l'aide des toniques et surtout d'une alimentation réparatrice. On sait combien ce traitement général est utile, notamment dans la diphthérie.

DE LA STOMATITE URÉMIQUE

Par M. le docteur E. Barié, médecin des hôpitaux.

Conclusions. — I. A côté des formes cérébrale et dyspnéique de l'intoxication urémique, on décrit encore, d'après les auteurs, une troisième modalité clinique, ou forme gastro-intestinale, qui réunit les accidents morbides localisés dans l'estomac (gastralgie, dyspepsie, vomissements, etc.), ou dans le tube intestinal (catarrhe, diarrhée dysentériforme).

Ainsi limitée, cette forme clinique ne comprend qu'une partie des phénomènes morbides observés dans l'appareil de la digestion.

L'urémie, en effet, peut s'attaquer aux voies digestives supérieures, et déterminer, dans la cavité bucco-pharyngée, des troubles spéciaux que nous proposons de désigner sous le nom de *stomatite urémique*.

II. La stomatite urémique occupe la bouche (langue, gencives, lèvres, face interne des joues, etc.), l'isthme du gosier et le pharynx.

III. La maladie comprend deux formes cliniques bien nettes : *a.* la *stomatite érythémato-pultacée*, ou plus simplement *pultacée; b.* la *stomatite ulcéreuse*.

IV. Au début même de la stomatite pultacée, la muqueuse buccale est sèche, épaissie, injectée d'une coloration rose vif avec des stries irrégulières; plus tard, la langue, large, étalée, est recouverte d'un enduit grisâtre, épais et pâteux, analogue à de la colle, d'une odeur fade, qui encombre la cavité buccale, s'écrase sous le doigt, et qu'on peut enlever par un grattage superficiel. On voit alors que la muqueuse sous-jacente est brillante, d'un rouge vif, luisant comme un vernis, mais l'enduit pultacé ne tarde pas à la recouvrir de nouveau pour s'étendre aux joues, aux gencives et même au pharynx.

V. La stomatite ulcéreuse prélude, généralement, par quelques-uns des symptômes de la forme précédente, mais ce qui la caractérise, ce sont les ulcérations. Celles-ci n'ont aucune localisation spéciale : on les voit surtout sur les gencives, puis sur la face interne des joues et des lèvres; je ne saurais dire si elles peuvent occuper la langue, les amygdales et l'isthme du gosier : je ne les y ai pas rencontrées.

Les ulcérations sont variables d'étendue et de forme : tantôt très superficielles, linéaires, en coup d'ongle, quelquefois plus profondes, se rapprochant de la forme ovalaire, à bords irréguliers, à fond gris sale, garni d'une couche mince d'un enduit caséeux. Aux gencives, elles peuvent donner lieu à du décollement au pourtour des dents qui sont ébranlées.

La stomatite ulcéreuse est accompagnée par une salivation excessive; dans un cas, la salive renfermait de l'urée en quantité plus de mille fois supérieure à celle qui y est contenue à l'état physiologique.

Les troubles fonctionnels sont profonds : l'appétit est nul, les sensations gustatives détruites ou perverties. L'haleine est fétide, la mastication difficile et fort douloureuse.

La stomatite est suivie d'un état général grave : l'adynamie est profonde et entretenue incessamment par le ptyalisme des malades.

VI. Le pronostic de la stomatite urémique découle de deux éléments distincts : d'une part, du pronostic général de l'urémie dont d'autres manifestations plus ou moins sévères (encéphalopathie, dyspnée, vomissements, etc.) marchent parallèlement avec elle; d'autre part, de la forme particulière de la stomatite.

VII. La stomatite pultacée n'a point, par elle-même, de gravité réelle; la stomatite ulcéreuse, au contraire, est d'un pronostic fâcheux : les ulcérations peuvent s'étendre, gagner en profondeur, et présenter des délabrements notables.

Ces ulcérations sont cependant susceptibles de guérir complètement, en laissant après elles des traces cicatricielles variables.

VIII. La stomatite urémique reconnaît pour cause probable l'élimination, en proportions insolites, des poisons urinaires, par les glandes bucco-salivaires.

IX. Parmi les poisons urinaires ainsi éliminés, il en est un qui possède un pouvoir sialogène considérable; on peut alors supposer qu'il agit directement sur les glandes dont il exagère les fonctions de sécrétion. Bientôt, par suite de l'élimination persistante du poison, la muqueuse buccale, qui ne présentait tout d'abord que de simples perturbations fonctionnelles, devient le siège de véritables altérations anatomiques et la stomatite est créée. Celle-ci réagit à son tour, par voie réflexe, sur l'appareil glandulaire : le ptyalisme devient plus abondant encore, et les altérations de la muqueuse persistent, entretenues par un travail irritatif permanent.

X. Un état défectueux, antérieur, de la muqueuse de la bouche (irritation chronique du tabac, mauvais état de la dentition, gingivites, etc.), favorise sans doute l'apparition de la maladie.

XI. Le traitement de la stomatite urémique comprend un traitement général qui est celui de l'urémie, et des soins locaux, parmi lesquels il faut placer les bains de bouche, avec des solutions alcalines, fréquemment répétés, des collutoires et des gargarismes à base de chlorate de potasse.

Les ulcérations seront touchées avec de la glycérine salicylée ou une solution de chlorure de chaux, ou mieux encore avec le jus de citron et le crayon de nitrate d'argent mitigé. (*Archives de médecine.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 22 janvier 1890. — Présidence de M. Le Dentu.

M. LE DENTU prononce un discours pour remercier la Société de chirurgie de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant président pendant l'année 1889. Il n'a eu qu'à se féliciter d'avoir exercé les hautes fonctions qui lui ont été confiées. La courtoisie la plus grande n'a cessé de régner pendant tout le cours des séances. C'est à peine s'il y a eu quelques escarmouches entre différents membres de la Société de chirurgie.

M. Le Dentu passe en revue les différents progrès qui ont été réalisés durant l'année 1889. En quelques mots émus, il fait l'éloge des chirurgiens que la Société a perdus, et il souhaite la bienvenue aux nouveaux élus.

M. POZZI estime que le rôle de secrétaire annuel, dans la solennité d'aujourd'hui, est ingrat et mal délimité. La tradition même n'indique pas, d'une façon suffisante, sur quels points précis le secrétaire général doit faire porter le discours qu'il est d'usage de prononcer. M. Pozzi remercie ses collègues de leur bienveillance à son égard. Il jette un rapide regard en arrière et

examine en quelques mots les grandes discussions qui ont été portées à cette tribune.

La gynécologie a occupé une large place dans les débats soulevés à la Société de chirurgie, en 1889.

M. le secrétaire annuel donne son approbation à l'hysteropéxie. C'est une conquête qui permet de lutter avantageusement contre la rétrodéviation utérine. Quant à l'opération de Nicoletis, préconisée par M. Richelot, elle tombe sous le coup de la critique de M. Pozzi, qui déclare que cette intervention nouvelle est sans avenir.

L'électrothérapie a été l'objet d'un débat important devant la Société de chirurgie. On connaît l'enthousiasme avec lequel a été accueillie, au delà des mers, la cure des fibro-myomes utérins au moyen de l'électricité. Les chirurgiens français, du moins la majorité, ont pensé que l'électricité pouvait donner d'excellents résultats dans les cas où l'on ne peut enlever les fibromes. En somme, les avantages de l'électricité ont été exagérés en Amérique.

Le traitement des plaies abdominales par armes à feu a occupé plusieurs séances. Les uns ont préconisé l'intervention précoce par l'incision de la paroi abdominale; d'autres ont mis en relief les avantages de l'expectation. M. Pozzi se déclare partisan de la laparotomie immédiate.

M. CHAUVEL prononce l'éloge de Legouest. Le secrétaire général a su caractériser, dans un langage élevé, l'élévation de caractère de l'homme dont la Société de chirurgie déplore la perte. Il énumère ses remarquables travaux et les longs services qu'il a rendus à la science et à l'armée. C'est lui qui, en grande partie, a su délivrer le corps de santé militaire du joug que l'intendance faisait peser sur les médecins militaires, au grand détriment de la bonne organisation des services sanitaires. Legouest a eu le bonheur de voir ses désirs réalisés. Il a assisté à l'émancipation du corps de santé militaire qui a conquis son indépendance au prix de luttes mémorables.

PROCLAMATION DES PRIX

Prix Duval. — M. le docteur Carlier pour son travail : « Du doigt à ressort. »

Prix Gerdy. — M. le docteur Delbet pour son travail : « Des suppurations du petit bassin. »

Prix Laborie. — La Société de chirurgie ne donne pas de prix, mais décerne des mentions honorables : 1° à M. L.-H. Petit (de Paris) pour son travail : « Rupture du biceps », avec une récompense de 400 francs; 2° à M. Schmidt, pour son travail : « Ostéome de la cuisse », avec une récompense de 200 francs.

Prix Demarquay. — La Société de chirurgie ne décerne ni prix ni récompenses.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Concours pour l'admission à l'emploi de médecins et de pharmaciens stagiaires à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Conformément à l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, un concours s'ouvrira le 26 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens diplômés de première classe civils, aux emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Être né ou naturalisé Français;

2° Avoir eu moins de vingt-six ans au 1er janvier 1890;

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée. Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de deuxième classe au moins;

4° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur promotion au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir seront :

Pour les docteurs en médecine. — 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie chirurgicale;

2° Examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale;

3° Une épreuve de médecine opératoire, précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter;

4° Interrogations sur l'hygiène.

Pour les pharmaciens de première classe. — 1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale;

2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie;

3° Préparation d'un ou de plusieurs médicaments inscrits au codex et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés).

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la Guerre (direction du sercice de santé, bureau des hôpitaux), avant le 1er décembre prochain. Ces pièces sont :

I. *Avant leur entrée à l'École :* 1° Acte de naissance revêtu des formalités prescrites par la loi;

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmaeien de première classe (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves);

3° Certificat d'aptitude au service militaire;

4° Certificat délivré par le commandant de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire;

5° Indication du domicile où lui sera adressée, en cas d'admission, sa commission de stagiaire.

II. *Aussitôt après leur admission à l'École :* L'engagement de servir pendant six ans dans le corps de santé militaire, contracté devant le maire de leur résidence dans la forme des engagements militaires.

Les stagiaires sont rétribués, pendant leur séjour à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, sur le pied de 3096 francs par an; ils portent l'uniforme, et il leur est accordé une première mise d'équipement.

Les stagiaires, qui ont satisfait aux examens de sortie, sont nommés aides-majors de deuxième classe.

Ceux qui n'auront pas satisfait seront licenciés et tenus au remboursement de l'indemnité de la première mise d'équipement.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient plus tard, volontairement, le service de santé militaire avant d'avoir accompli l'engagement de six ans.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Lundi 20 janvier : « Face inférieure du foie. Symptômes et diagnostic des kystes hydatiques du foie. » — Mercredi 22 : « Racines postérieures des nerfs rachidiens. Symptômes et diagnostic de l'ataxie locomotrice progressive (sclérose des cordons postérieurs de la moelle épinière). »

— *Concours de l'externat.* — Mardi 21 janvier : « Symptômes et diagnostic de la scarlatine. » — Jeudi 23 : « Du lavement. »

— *Hôpitaux de Paris.* — MM. les élèves actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours

sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition, dans les établissements de l'administration, pour l'année 1890. En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au secrétariat général de l'administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes, à partir du samedi 25 janvier, et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 12. — MARDI 28 JANVIER 1890. 63e ANNÉE. MARDI 28 JANVIER 1890. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 27 janvier 1890.

M. Thévenet, ministre de la Justice, vient d'adresser aux procureurs généraux la circulaire suivante :

Monsieur le procureur général,

Mon attention a été appelée sur les difficultés qui se sont élevées dans quelques ressorts, entre les magistrats chargés de la police judiciaire et les médecins requis de prêter leur concours à l'œuvre de la justice.

Ces difficultés sont nées des tarifs que le décret du 18 juin 1811 sur les frais de justice, en matière criminelle et de police, établit pour les constatations médico-légales et que les médecins ne considèrent pas comme suffisamment rémunérateurs.

Il est regrettable que certains médecins aient cru devoir traduire leurs protestations contre les dispositions de ce décret par des refus d'obtempérer aux réquisitions de l'autorité judiciaire, qui ont contraint le ministère public à exercer contre eux des poursuites.

Mais ce ne sont là heureusement que de très rares exceptions, et je me plais à constater que la justice continue à trouver, dans le corps médical, le précieux concours auquel il l'a habituée.

C'est, qu'en effet, quel que soit leur désir de voir rémunérer plus équitablement leurs services, les médecins, en général, estiment que la mission judiciaire qui leur est donnée s'impose à leur conscience comme un de leurs premiers devoirs envers la société.

Si je blâme l'attitude de certains médecins, ce n'est pas que je ne reconnaisse, dans une certaine mesure, la légitimité des prétentions qui l'ont provoquée. Le décret du 18 juin 1811, pendant un certain temps, a été en harmonie avec les besoins de notre état économique et social. Mais, depuis, la situation s'est modifiée et les tarifs que ce décret consacre peuvent paraître insuffisants.

C'est en s'inspirant de cette pensée qu'un de mes prédécesseurs a institué au ministère de la justice une commission chargée d'établir de nouveaux tarifs des frais en matière criminelle, correctionnelle et de simple police. Sans attendre que cette commission ait terminé son œuvre, je désire rechercher s'il n'y aurait pas lieu, dès à présent, de modifier le taux des honoraires qui sont alloués aux médecins.

Pour compléter les éléments d'appréciation que je possède, je vous prie de consulter les syndicats ou associations de médecins de votre ressort sur les modifications qui leur paraissent devoir être apportées au tarif qui leur est actuellement applicable et de me faire parvenir, avec une copie de leurs délibérations, votre avis personnel.

Recevez, etc.

M. le ministre de la Justice peut blâmer « l'attitude de certains médecins », le corps médical tout entier s'est associé à la courageuse initiative des médecins de Rodez.

HOTEL-DIEU. — M. Tillaux.

Des différents traitements du cancer du rectum.

Lorsqu'un homme d'un certain âge, ayant déjà dépassé la cinquantaine, se plaint de troubles de la défécation; quand il a des envies fréquentes d'aller à la garde-robe; quand les matières qu'il expulse difficilement sont petites; quand il présente des alternatives de diarrhée et de constipation ; lorsqu'enfin cet homme signale la présence de *glaires* dans ses selles, on peut presque affirmer qu'il est atteint d'un cancer du rectum, surtout si son état général s'est sensiblement détérioré. L'hypertrophie prostatique, les hémorrhoïdes peuvent donner lieu à des accidents de ce genre, mais pas aussi marqués. Dans tous les cas, le toucher rectal permettra de constater le corps du délit.

Notre malade est âgé de soixante ans. Son père est mort à quatre-vingt-deux ans, mais sa mère a été enlevée par un cancer du sein. En 1865, cette homme a rendu du sang par l'anus et semble avoir eu une fièvre typhoïde à forme dysentérique. Depuis cette époque, il existe un peu de gêne dans la défécation. Mais la difficulté d'aller à la garde-robe est devenue considérable dans ces derniers temps et, à l'heure actuelle, ce malheureux est tourmenté par des envies incessantes. Dans la journée, ce besoin de défécation se fait sentir plus de cent fois. On devine aisément dans quel état se trouve ce malade.

Le toucher rectal fournit des indications qui ne laissent pas de place au doute. Les portions anale et ampullaire sont saines. Il faut introduire profondément l'index pour constater, à 6 ou 8 centimètres de l'anus, la présence d'une tumeur qui part de la paroi postérieure du rectum. Cette tumeur irrégulière, bosselée, remplit presque entièrement le calibre du rectum, à cette hauteur. Le doigt trouve, en effet, difficilement l'ouverture par laquelle se fait la circulation des matières. Le néoplasme envahit les parois latérales et une partie de la paroi antérieure, mais pas entièrement. Comme l'index ne peut franchir l'obstacle, il est impossible

de savoir jusqu'où remonte la tumeur. Le palper abdominal ne donne que des résultats négatifs. En somme, j'ignore jusqu'où remonte le néoplasme.

Mais quelle est la nature de la tumeur? L'hésitation n'est pas possible, c'est un cancer du rectum. Il est probable que le cancer se sera développé sur une cicatrice résultant d'une ulcération intestinale qui date de 1865. Cette hypothèse fait comprendre les troubles déjà anciens quoique peu marqués de la défécation. Le diagnostic du cancer du rectum n'est pas toujours facile. Le rétrécissement syphilitique, en particulier, peut donner lieu à des erreurs, mais dans le cas de notre malade, il est absolument avéré que nous sommes en présence d'un cancer du rectum.

Que faire contre cette cruelle affection?

Le traitement du cancer rectal peut être curatif ou palliatif.

Le traitement curatif, qui est le traitement de choix, a la prétention d'enlever complètement tout le mal. Il faut donc pratiquer l'ablation totale de la tumeur par le rectum, quand cela est possible.

Mais quand peut-on enlever tout le néoplasme? Vous savez que le rectum a une portion extra-péritonéale et une autre, plus élevée, intra-péritonéale. Or, je ne tente jamais l'ablation quand je ne connais pas exactement les limites du cancer, et *a fortiori* quand je sais que la portion intra-péritonéale est envahie. Je respecte aussi la tumeur quand la paroi antérieure est envahie à une certaine hauteur, quand la prostate et la vessie sont atteintes par la propagation du mal. Certains chirurgiens n'ont pas craint de passer outre et d'opérer même dans ces cas. L'opération par elle-même n'est certes pas bien difficile, mais malgré les avantages de la méthode antiseptique, je crois que l'on ne doit pas ouvrir à la légère le péritoine, dans un cas de cancer rectal. A mon avis, le traitement curatif ne sera employé que si l'on peut enlever toute la tumeur sans toucher au péritoine, à l'urèthre, à la prostate et à la vessie.

Je ne toucherai donc pas à la tumeur de mon malade.

Il faudra donc tenter chez cet homme une *cure palliative.*

Différents moyens ont été employés pour soulager le malade atteint d'un épithélioma rectal.

On peut introduire une sonde jusqu'au-dessus de l'obstacle et faire régulièrement des lavages avec de l'eau boriquée, par exemple, afin de dissoudre les matières et favoriser leur expulsion. Ces lavages, continués pendant longtemps, soulagent beaucoup et j'ai pu prolonger la vie de quelques patients, qui ne se doutaient même pas de la gravité de leur mal.

Mais, le plus souvent, cette intervention si simple ne suffit pas. C'est le cas de notre malade. Il est évident, qu'il faut mettre fin à ses envies si fréquentes d'aller à la garde-robe. Pour atteindre ce but, nous allons pratiquer la *colotomie.* L'ouverture du gros intestin, au-dessus du rétrécissement, calme rapidement les souffrances, fait disparaître les épreintes.

Et, d'abord, doit-on toujours faire la colotomie, chaque fois que l'ablation totale de la tumeur n'est pas possible? Je crois que non. Il y a des malades, chez lesquels il est préférable de ne pas pratiquer la colotomie. Certains individus atteints de cancer rectal ne souffrent pas, n'ont pas de ténesme; ils vont, ils viennent comme de coutume.

Dans ces conditions, il vaut mieux laisser le malade tranquille, si le cancer est inopérable. La colotomie ne crée-t-elle pas une véritable infirmité?

Il y a trois ans, je donnais des soins à un homme intelligent, atteint d'un cancer rectal de la région intra-péritonéale. Il ne souffrait pas, il menait sa vie habituelle. Il a vécu ainsi deux ans et demi, et je n'ai eu garde de lui proposer la colotomie. Un chirurgien lui fit la proposition de lui ouvrir l'intestin, mais il repoussa l'offre avec horreur.

La colotomie doit être faite toutes les fois qu'il y a obstruction, toutes les fois qu'il existe de la douleur et des épreintes.

A quelle colotomie doit-on avoir recours? à la colotomie lombaire, dite opération de Callisen, ou à la colotomie iliaque, appelée opération de Littre? Il y a un certain nombre d'années, j'étais partisan de la colotomie lombaire, parce que cette opération permettait d'ouvrir l'intestin sans toucher au péritoine. Or, on n'a pas oublié qu'à une époque peu éloignée de nous les plaies du péritoine avaient une gravité particulière. L'expérience a prouvé que la méthode antiseptique permettait d'ouvrir le péritoine, presque sans danger, pour faire l'anus iliaque. L'argument principal qu'invoquaient les partisans de la colotomie lombaire a donc perdu beaucoup de sa valeur. Mais la colotomie lombaire est une opération très difficile. Il faut être chirurgien de profession pour la tenter. Et on n'est pas toujours sûr de tomber sur le colon. Au contraire, la colotomie iliaque est une opération simple, facile, à la portée du plus grand nombre des praticiens.

En quoi consiste la colotomie iliaque? A faire dans la fosse iliaque gauche, à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pli de l'aine, une incision de 6 centimètres environ. L'incision, qui n'est pas sans analogie avec celle que l'on pratique dans la ligature de l'artère iliaque interne, divise la peau, le tissu cellulaire, le fascia superficialis, l'aponévrose du grand oblique, les muscles petit oblique et transverse, le fascia transversalis et le péritoine. La difficulté commence à ce moment. Parfois le gros intestin se présente du premier coup entre les lèvres de la plaie; parfois, cependant, il n'en est pas ainsi. Pourquoi ne trouve-t-on pas toujours l'S iliaque à la même place? Parce que le mésocolon est très long, d'où possibilité pour l'S iliaque de se porter sur la ligne médiane, et même du côté droit. Il s'agit, cependant, de trouver cette portion du gros intestin. Pour ma part, voici comment je procède : j'introduis mon doigt dans la plaie, je lui fais suivre un trajet sur le péritoine qui revêt la fosse iliaque interne, de façon à tomber sur le mésocolon qui m'arrête dans mon exploration. Ce repli péritonéal me conduit sur l'S iliaque. Il est facile de reconnaître le gros intestin à ses bosselures, à ses franges, à ses bandelettes longitudinales. Le troisième temps consiste à établir l'anus artificiel. L'S iliaque est attiré au dehors. A l'étranger, on le laisse hors de la plaie, pendant quelques jours, afin d'attendre la production des adhérences. J'aime mieux faire immédiatement l'anus.

Une précaution indispensable est de faire un éperon très prononcé, très saillant. Pour cela, il faut que l'on passe sous l'intestin une sonde, un instrument quelconque, avant de pratiquer l'ouverture. Malgré l'observation de ce principe, l'éperon tend à disparaître et les matières, au lieu de sortir par la plaie iliaque, descendent dans le rectum. De sorte que l'anus artificiel ne sert à rien ou presque à rien.

Aujourd'hui, je veux éviter cet inconvénient. Je vais passer une sonde au-dessous de l'S iliaque que je diviserai complètement. Le bout supérieur sera tenu par un aide. Pendant ce temps, je m'empresserai d'oblitérer le bout infé-

rieur en faisant des sutures de Lembert. Le bout inférieur sera réduit dans l'abdomen; un ou deux fils maintiendront cette portion de l'S iliaque à proximité de la plaie. Le bout supérieur sera soigneusement suturé à l'incision de la paroi abdominale. De cette façon, les matières fécales ne pourront plus tomber dans le rectum et produire des phénomènes d'obstruction, comme cela arrive parfois. Il est vrai que la muqueuse du bout inférieur sécrète et qu'il peut se produire une accumulation de sécrétions intestinales. Mais une sonde, introduite par le rectum, permettra de nettoyer la partie située au-dessus du rétrécissement (1).

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE

Courbures rachitiques de la jambe; ostéotomie.

Par M. G. Phocas,

Professeur agrégé de la Faculté, chargé du cours de clinique chirurgicale des enfants.

I

Avant d'exposer l'histoire de la petite malade que nous allons opérer tout à l'heure, permettez-moi, en deux mots, de vous expliquer ce qu'on entend sous le nom de *rachitisme*. Cette singulière maladie, connue dès 1645, en Angleterre, sous le nom de « the rickets », fut décrite à cette époque, pour la première fois, par Glisson. Depuis, elle fut l'objet de nombreux travaux; mais ce n'est qu'à notre siècle que les travaux de Rufz, Bouvier, J. Guérin et Broca, ont fixé son anatomie pathologique. Tous les histologistes modernes s'en sont occupés, et ce qui reste d'obscur dans l'histoire du rachitisme est l'étiologie, qui, malgré les travaux de Parrot, ne paraît pas encore complètement élucidée.

Le rachitisme est une maladie de la période de croissance, caractérisée par un trouble de la nutrition et du développement du tissu osseux.

L'os se développe aux dépens du cartilage; mais, avant d'arriver à son complet développement, il passe par certaines phases anatomiques bien connues, pendant lesquelles il revêt un aspect *chondroïde* et *spongoïde*. Le tissu chondroïde n'est, en somme, que du cartilage proliféré; le tissu spongoïde fait rapidement place au tissu osseux. Il persiste, au contraire, et s'accroît avec quelques variantes dans l'os rachitique. L'ossification ne s'accomplit donc pas d'une façon normale dans cette maladie, d'où il résulte l'état de flexibilité et de mollesse particulière des os atteints de rachitisme. On comprend ainsi comment, le poids du corps et les contractions musculaires aidant, les os rachitiques, qui sont mous et friables, arrivent à se déformer ou à présenter de véritables fractures. Plus tard, l'ossification solidifie le squelette, et le rachitisme guérit. Mais les déformations de la période antérieure peuvent persister et devenir définitives.

A l'aide de ces notions très simples, vous comprendrez la division qu'on trouve dans tous les auteurs et qui consiste à diviser le rachitisme en trois périodes : une période de ramollissement des os, une période de déformation et, enfin, une période de guérison avec éburnation de l'os.

(1) L'opération a été faite suivant le plan qui avait été indiqué. Le gros intestin fut facilement trouvé. Les suites opératoires ont été excellentes. Pas de fièvre, suppression de ces envies si fréquentes d'aller à la garde-robe.

La malade que nous allons opérer aujourd'hui présente précisément des déformations rachitiques des jambes, qui persistent malgré la guérison du rachitisme.

Elle nous fut amenée à la consultation pour un abcès tuberculeux de la région abdominale, abcès de peu d'importance et qui est en bonne voie de guérison. Mais à son aspect, nous fûmes frappé de la déformation considérable de ses jambes. Nous proposâmes à la mère de nous confier son enfant et de nous permettre de le soigner. Notre proposition fut acceptée. Nous avons eu soin, auparavant, de nous renseigner sur ses antécédents, et voici ce que nous avons recueilli. La mère est une femme du peuple, forte et grasse, n'ayant jamais fait de maladie sérieuse. Elle mit au monde six enfants, tous bien portants et bien conformés, et n'a jamais eu de fausses couches. Malgré l'examen auquel nous nous sommes livré, nous n'avons pu découvrir chez elle aucun accident ou antécédent syphilitique. Ne manquez jamais de faire cette enquête quand vous vous trouverez en présence d'une déformation rachitique. Depuis quelques années, sous l'influence des remarquables travaux de Parrot, on a beaucoup parlé de l'identité de nature de la syphilis et du rachitisme. Sur 100 rachitiques, Parrot découvrait 90 sujets syphilitiques. Cette théorie était basée sur l'anatomie pathologique, qui, selon Parrot, serait commune aux deux maladies, et sur la clinique. Nous n'avons rien à dire au point de vue de l'anatomie pathologique; mais, au point de vue clinique, notre observation n'est pas favorable aux idées de Parrot et viendrait à l'appui de l'opinion inverse, si brillamment défendue par MM. Cazin et Iscovesco.

Quoi qu'il en soit, il est bon de noter que les autres enfants de cette femme sont atteints d'un léger degré de rachitisme, et que tous, par exemple, ont le thorax rétréci et les extrémités articulaires noueuses.

Le début de la maladie, chez notre petite fille, âgée actuellement de sept ans, paraît avoir eu lieu à l'âge de vingt-deux mois. Jusque-là, l'enfant se portait bien; mais, à cette époque, elle contracta la scarlatine, qui la retint longtemps au lit. A la suite de la scarlatine, la rougeole finit d'affaiblir la petite malade. Remise de ces deux fièvres éruptives, la petite fille n'a pu marcher que difficilement. Bientôt on remarqua une légère courbure des jambes, qui s'accentua progressivement dans la suite. Il est remarquable de constater que le début du rachitisme a coïncidé avec la guérison des fièvres éruptives. Cette coïncidence, qui a été souvent notée, confirmerait peut-être l'opinion de ceux qui croient, avec Kassovitz, que le rachitisme n'est qu'une forme d'*inflammation* osseuse. Vous savez, en effet, que souvent on constate des ostéites à la suite des maladies infectieuses.

Les causes banales, invoquées pour expliquer l'apparition du rachitisme, se retrouvent du reste dans notre observation. Je veux parler de l'humidité et de l'alimentation défectueuse. Notre enfant habite un grenier dans un pays très humide, et elle fut nourrie au biberon.

Je ne veux pas terminer cet inventaire des antécédents sans vous signaler l'abcès tuberculeux de notre petite fille. Les rapports du rachitisme et de la tuberculose ne sont pas si connus pour qu'on puisse passer à côté de cette coïncidence sans la signaler.

L'enfant est vif et intelligent. Le crâne, comme cela arrive souvent dans le rachitisme, paraît plus grand proportionnellement à la face. Mais les fontanelles sont ossifiées. L'embonpoint est conservé et l'état général est

assez bon. Les altérations dentaires, sur lesquelles on a tant discuté, se retrouvent chez la petite malade. Sa denture est mauvaise. Les dents sont mal plantées et irrégulières; les incisives sont crénelées sur leur bord libre. La cage thoracique est légèrement aplatie sur les côtés et le sternum est convexe. A la palpation, on constate facilement le chapelet rachitique, formé par l'intumescence de l'extrémité antérieure des côtes. Il existe une légère scoliose. Toutes ces déformations ne sont pas très accentuées. L'abdomen est un peu volumineux. Rien de particulier à signaler aux membres supérieurs, sauf une légère nouure du côté des extrémités inférieures des os de l'avant-bras. Le bassin paraît normal. Le fémur gauche est un peu plus incurvé dans le sens physiologique que le fémur opposé. Mais tout ceci, ce sont des déformations peu accentuées, qu'il faut chercher pour les découvrir, et qui ne gênent nullement la malade. J'arrive aux déformations qui, par leur importance et leur gravité, nécessitent une intervention chirurgicale. Ces déformations siègent du côté des deux jambes. Elles sont, du reste, absolument semblables des deux côtés, la description de l'une suffira pour vous donner une idée très exacte de celle du côté opposé.

Le tibia, dans ses deux tiers supérieurs, paraît normal; il offre, au moins à première vue, une direction physiologique; mais un examen plus approfondi montre une légère incurvation selon l'axe de l'os, incurvation telle que la face antéro-interne du tibia est reportée plus en dedans; elle est, dès le commencement de l'os, franchement interne. Vers son tiers supérieur, la jambe s'incurve brusquement pour décrire un arc de cercle à petit rayon. Cet arc présente une concavité brusque qui répond à la face interne du tibia; la courbure est si apparente qu'on peut voir le point concave de l'os, sous forme d'un léger coup de hache. Cette concavité se termine en bas par la malléole interne, plus saillante et plus relevée qu'à l'état normal. La flèche de cet arc est de 3 centimètres et demi. La convexité de l'arc est délimitée par le péroné. Cet os, obligé de parcourir un chemin plus long, paraît s'être allongé pour s'accommoder à sa nouvelle position. Il est saillant et facilement tangible à travers la peau. Sa courbure n'est pas douce et uniforme. Un peu plus bas que le point maximum, qu'on observe sur le tibia dans la concavité de l'arc, on remarque sur le péroné, du côté de la convexité de la courbe, un point brusque et saillant qui mesure 1 centimètre environ. Dans ce trajet, l'os est très superficiel. L'extrémité inférieure de l'arc convexe se termine en bas par la malléole externe, recouverte et garnie d'une énorme bourse séreuse. Une autre bourse séreuse s'observe au milieu du bord externe du pied, vers la tubérosité du cinquième métatarsien. Cet arc, formé par les deux os de la jambe, nous venons de l'étudier dans sa concavité et sa convexité. Sa partie moyenne doit être à présent examinée. Cette partie moyenne est formée par une portion supérieure, où la face externe du tibia et son bord antérieur doivent être examinés. La face externe est large, le tibia paraît aplati. Le bord antérieur de l'os est saillant et décrit, lui aussi, une légère courbe à convexité antérieure. Les muscles paraissent sains. Arrivons maintenant aux surfaces articulaires tibio-péronières. Il est facile de comprendre, d'après la description précédente, que ces surfaces ne regardent plus en bas, mais en dedans et légèrement en avant. La surface postérieure de l'astragale présente donc une direction inverse, et le pied, au lieu de reposer sur le sol par sa plante, ne prend appui que par son bord externe. La voûte plantaire, d'ailleurs normale, regarde en dedans et un peu en avant, et ce qui sert de voûte de sustentation, c'est le bord externe du pied et de la jambe, où deux piliers prennent spécialement point d'appui : la malléole externe et le tubercule du cinquième métatarsien. Deux bourses séreuses s'y sont développées.

Pour vous donner, enfin, une idée du degré de la déformation, qu'il me suffise de vous dire que la petite fille peut facilement, et sans effort, juxtaposer ses deux plantes de pied, de façon que le premier orteil du côté droit touche, par sa face plantaire, le même orteil du côté gauche, etc., absolument comme nous pouvons, nous, juxtaposer les deux paumes de nos mains, dans l'attitude de la prière.

Je ne m'attarderai pas à poser le diagnostic de ces difformités. Tout, dans l'histoire de la malade, nous indique le rachitisme, et l'aspect seul des incurvations jambières a un cachet assez caractéristique. La seule difficulté qui, dans les cas de ce genre, peut se présenter, est de savoir si ces déformations résultent d'une *courbure rachitique* ou d'une fracture rachitique vicieusement consolidée. Les courbures de notre petite fille sont trop classiques pour donner lieu à une pareille confusion, et si je vous le rappelle, c'est plutôt pour attirer votre attention sur un petit garçon, couché dans notre salle, qui nous fut amené pour une fracture du tibia aujourd'hui consolidée, et qui présente une déformation en arc de cercle des os de l'avant-bras. A propos de cette déformation, nous n'avons pu nous prononcer s'il s'agit d'un cal vicieux ou d'une courbure rachitique. Mais, chez notre petit garçon, il s'agit du membre supérieur, et ses déformations n'amènent pas de gêne véritable. Elles ne se comparent pas, en tout cas, avec les déformations de notre petite fille, qui intéressent le membre inférieur et compromettent gravement la station debout et la marche.

Dans le premier cas, une intervention opératoire serait de luxe; dans le second, cette intervention s'impose.

Pourrons-nous redresser ces courbures, et quelle est l'opération que nous devons faire pour arriver à ce but? — Telles sont les deux questions que nous avons encore à examiner.

LE BACILLE DE L'INFLUENZA

Par M. le docteur W. Petit.

Les journaux d'Autriche annoncent qu'un professeur de bactériologie de l'Université de Wurtzbourg, le docteur Jolles, a découvert le bacille de l'influenza.

Ce micro-organisme a été trouvé dans les expectorations de la pneumonie consécutive aux premières atteintes de l'épidémie.

Cette observation intéressante amène une conclusion conforme à celle qui vient d'être proposée à l'Académie de médecine, à la suite de sa longue discussion sur la propagation de la tuberculose : que le microbe de la contagion réside dans les crachats desséchés des malades.

L'une des démonstrations produites sur les causes de transmission des affections épidémiques reste inattaquable après la découverte du docteur Jolles, c'est que l'eau potable, l'eau d'alimentation des villes est le véhicule constant des organismes contaminants; c'est qu'à Vienne, au moment où l'épidémie y sévissait avec intensité, l'éminent professeur constatait la présence de 228 bacilles de l'influenza, dans un centimètre cube d'eau.

Le procédé habituel de préservation, c'est, sans doute, un filtrage aussi intime que possible; c'est encore, pour ceux que la dépense pourrait retenir, l'eau bouillie, malgré ses inconvénients, la lourdeur et l'insipidité; mais pour ceux qui le peuvent, il

existe le moyen tout-puissant des eaux où dominent l'agent sodique et l'acide carbonique, éléments spéciaux des eaux dites de table, alcalines faibles, essentiellement protectrices de l'estomac, comme l'est plus particulièrement l'eau de la Source Saint-Jean, de Vals.

L'acide carbonique est le spécifique de ces formes de contamination.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

I

Le zona chez les enfants — Le zona, dit M. le docteur Comby, est rare chez les enfants, 1 cas sur 1.000 en moyenne, mais il n'est pas moins rare chez les adultes.

Il se rencontre dans la première comme dans la seconde enfance, cependant il est très rare chez les nouveau-nés. Le plus jeune de nos malades avait huit mois.

La série que j'ai observée me donne une forte proportion de filles, 15 sur 22.

Sur mes 22 cas, 15 siégeaient à gauche, et 7 seulement à droite; le zona intercostal, aussi commun que tous les autres réunis, s'est rencontré 11 fois sur 22.

On peut en déduire que le zona thoracique ou intercostal est, chez les enfants comme chez les adultes, de tous le plus fréquent.

Le zona intercostal gauche s'est montré quatre fois plus fréquent que le droit.

Le zona de la face et des membres est rare.

J'ai observé plus de zonas pendant la saison chaude — 16 cas — que pendant la saison froide — 6 cas.

Les mois de mai et d'août m'ont fourni, à eux seuls, près de la moitié des cas (9 sur 22).

La plupart des enfants atteints de zona avaient des troubles digestifs (dyspepsie, dilatation de l'estomac, entérite).

Le nervosisme des jeunes sujets, de leurs ascendants, de leurs collatéraux, ne m'a pas semblé jouer un rôle décisif dans la production de cette dermato-névrose, qu'on appelle le zona.

Le zona infantile est remarquablement bénin, il ne récidive pas, il n'entraîne pas de suites fâcheuses, ses symptômes sont fugaces, superficiels et purement objectifs.

Tandis que, chez les personnes âgées, le zona est souvent précédé, accompagné ou suivi de douleurs névralgiques, il est absolument indolore chez la plupart des enfants.

Cependant, à mesure que les enfants avancent en âge, après dix ans par exemple, le zona commence à devenir douloureux, et sa symptomatologie se rapproche de celle qu'il revêt chez les adultes.

Le traitement du zona infantile est purement local, il se réduit à la protection aseptique des surfaces malades (vaseline boriquée, poudre d'acide borique, ouate hydrophile), qui prévient les complications inflammatoires, les lésions de grattage, les cicatrices désobligeantes.

Je n'ai pas observé un seul cas de récidive du zona. (*Revue des maladies de l'enfance.*)

Le lait bouilli au point de vue de l'allaitement artificiel. — En 1873, une Commission composée de MM. Bergeron, Boudet, Broca, Chauffard, Delpech, Devergie, Fauvel, Husson et de Villiers, avait rédigé des conseils aux mères et aux nourrices, pour l'élevage des enfants. Dans l'article premier on lisait : « Le lait *ne doit pas avoir bouilli*, mais être chauffé sur la cendre chaude ou au bain-marie, et être donné tiède. »

En 1885, la Commission d'hygiène de l'enfance confirmait cette recommandation.

Mais, cette année même, M. Villemin, rapporteur d'une Commission nommée par l'Académie, formule des prescriptions qui vont à l'encontre de celles édictées jusqu'à ce jour. On lit, en effet, dans l'article 4 ce qui suit : « Si l'allaitement au sein est impossible et qu'on le remplace par l'alimentation au lait de vache, ce lait, donné au biberon, au petit pot ou à la cuillère, *doit toujours être bouilli.* »

La contradiction est flagrante.

Quelles sont les idées dominantes qui ont présidé à la rédaction de ces nouveaux conseils? M. Villemin a été chargé d'examiner les mesures qu'il fallait prendre pour combattre la tuberculose. Or, on connaît la fréquence de la tuberculose chez les enfants d'une certaine catégorie d'habitants de Paris. Le lait a été incriminé et on l'a considéré comme le véhicule du bacille de Koch. L'origine alimentaire de la tuberculose chez l'enfant étant établie, la conclusion qui s'imposait, au point de vue de l'hygiène, était la suivante : Faire bouillir le lait pour tuer les bacilles qu'il contient.

Mais quelle est la valeur nutritive du lait bouilli?

M. le docteur Laurent démontre que le lait bouilli est un aliment difficile à digérer et non approprié à l'état physiologique de l'appareil digestif des nouveau-nés.

Pour ce motif, il donne lieu à des troubles gastriques et intestinaux, plus ou moins manifestes, qui ne laissent pas d'avoir un certain retentissement sur l'économie tout entière. Il en résulte que le développement corporel n'acquiert pas le degré qu'on obtient avec le lait non bouilli.

La diminution de résistance vitale qui provient de l'emploi du lait bouilli peut, par cela même, faciliter l'action des influences délétères et des virus microbiques.

En conséquence, il est préférable, pour l'élevage des nourrissons, de se servir du lait non bouilli.

Telles sont les conclusions de M. Laurent. Le lait bouilli a-t-il, sur l'organisme de l'enfant nouveau-né, une action aussi mauvaise que l'affirme l'auteur de ce mémoire? Des études comparatives démontreront l'inanité ou la réalité des craintes de M. Laurent. S'il est démontré que l'alimentation avec le lait bouilli débilite l'économie des nourrissons, il faudra y renoncer.

Sous prétexte de préserver de la tuberculose les enfants nourrissons, il ne faudrait pas les jeter à coup sûr dans l'athrepsie et délabrer leur santé d'une façon irremédiable.

La contagion de la tuberculose, par le lait, est un fait qui semble bien démontré. Mais il s'agit de connaître la fréquence de la transmission du bacille par le lait. Cette transmission est-elle exceptionnelle ou fréquente? C'est là une question non résolue. Il est évident que la prudence commande de traiter tous les laits comme s'ils étaient contaminés, à une condition cependant : c'est que le remède ne soit pas pire que le mal. Peut-être y aurait-il lieu de tourner la difficulté en accordant une extrême attention aux laits qui servent à l'usage des enfants nouveau-nés.

Les vaches devront être soigneusement examinées par des vétérinaires compétents. Mais une telle vérification est presque impossible. Aussi est-il urgent d'étudier, d'une façon précise, la digestibilité du lait bouilli. Si le lait qui a subi l'ébullition produit les méfaits dont on l'accuse, il faudra, coûte que coûte, y renoncer, sauf à édicter des mesures nouvelles pour préserver de la tuberculose alimentaire les enfants nouveau-nés. (*Revue d'hygiène.*)

II

De l'étranglement de la hernie crurale par le collet du sac et par l'anneau. — L'agent d'étranglement de la hernie crurale, dit M. Nicaise, est le plus souvent l'anneau fibreux accidentel, qui forme le collet du sac; dans certains cas, le collet dilaté vient au contact de l'arcade crurale ou du bord externe du faisceau pectinéal du grand oblique, qui prennent alors une part active à l'étranglement.

Dans l'un et l'autre cas, l'étranglement siège profondément au niveau de l'anneau crural.

Dans l'opération de la hernie crurale étranglée, il faut donc aller chercher l'étranglement profondément, vers l'anneau crural. On pratiquera plusieurs petits débridements sur le collet du sac,

puis, si cela est nécessaire, sur le bord externe du faisceau pectinéal ou sur l'arcade crurale. (*Revue de chirurgie.*)

La bourse pharyngienne ou de Luschka. — La tonsille pharyngienne, dit M. le docteur Potiquet, est située sur la paroi supéro-postérieure du pharynx nasal. Chez un enfant de trois à quatre ans, elle représente une masse oblongue, assez régulière, appliquée sur la paroi postéro-supérieure du pharynx nasal, formée par six ou huit bandelettes à direction antéro-postérieure qui, généralement, convergent en arrière autour d'une dépression. C'est cette dépression, en forme de fente ou d'entonnoir, que Mayer (1842) a désignée sous le nom de bourse pharyngienne.

Le tissu adénoïde, qui constitue la tonsille pharyngienne, subit un processus de régression à partir de la puberté. Chez l'adulte, l'amygdale pharyngienne, quand elle existe encore, n'offre plus qu'une configuration irrégulière. Souvent on rencontre, en un point variable, soit à l'endroit où convergeaient les sillons latéraux, soit au quart postérieur du sillon médian, une cavité dont l'ouverture est variable, comme forme et comme largeur, et dont le trajet plus ou moins profond est dirigé de bas en haut et d'arrière en avant.

Pour Luschka, ce diverticule est un appendice de la voûte du pharynx. Cet auteur considère cet organe comme une poche oblongue qui se dirige de l'amygdale pharyngienne vers le corps de l'occiput et s'y termine par une extrémité effilée. Luschka croit que cette poche est le vestige du canal qui, chez l'embryon, fait communiquer la cavité buccale primitive avec l'hypophyse cérébrale.

D'après différents travaux, cette cavité existe de temps à autre chez l'adulte et est relativement fréquente chez l'enfant et les sujets jeunes.

M. Potiquet pense que la situation de cette cavité sur la ligne médiane, sa profondeur, que n'atteignent pas les cryptes latérales, assignent à ce diverticule une place à part, d'autant plus que des inflammations catarrhales peuvent s'y localiser.

M. Potiquet propose d'adopter le nom que Robin avait donné à ce diverticule. Le célèbre histologiste considérait la bourse pharyngienne comme l'extrémité postérieure du sillon médian : « L'extrémité postérieure du sillon médian se termine en *infundibulum* ou *foramen cæcum.* » (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.*)

III

Traitement des tænias. — I. *Traitement par la fougère mâle et le calomel.* — Mettre le malade à la diète dès la veille au soir.

Le lendemain administrer les capsules d'extrait de fougère mâle et de calomel.

Pour les adultes, on peut donner quinze capsules, dont chacune est ainsi dosée :

Extrait éthéré de fougère mâle . .	45 centigr.
Calomel.	5 —

Ces capsules sont ingérées trois par trois, de quart d'heure en quart d'heure.

Pour les enfants, il faut se servir de la formule suivante :

Extrait éthéré de fougère mâle, suivant l'âge des enfants. . . . 3 à	6 gr.
Calomel . . . . 30 à	50 centigr.
Sucre.	q. s.
Gélatine	q. s.
Eau de laurier cerise.	q. s. p^r aromatiser.

II. *Traitement par la pelletiérine.* — Diète dès la veille. Le lendemain, lavement. Immédiatement après, administration de 25 à 40 centigrammes de tannate de pelletiérine. Le malade reste au lit pour éviter les vomissements, vertiges et troubles oculaires.

Une demi-heure après, purgatif : 40 à 60 grammes d'huile de ricin ou 20 à 30 grammes d'eau-de-vie allemande. (*Gaz. hebdom.*)

Contre la sciatique. — M. P. Vigier recommande la formule d'un empirique de Normandie pour combattre les névralgies, les arthralgies localisées, les douleurs rhumatismales ou goutteuses et surtout la sciatique.

Axonge	28 grammes.
Acide sulfurique pur.	4 —

Ajoutez l'acide à la graisse, petit à petit, en battant, sans interruption, dans un mortier en porcelaine. Enfermez le mélange dans un flacon à l'émeri à large ouverture. Cette pommade s'emploie en frictions très douces sur le point douloureux. (*Gaz. hebd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé samedi soir, 25 janvier 1890, par la nomination des 307 candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite.

Ce sont MM. :

1. Planque, Pauchet, Lacour, Le Moniet, Perregaux, Bensaude, Sergent, Michon, Delanglade, Jorand.

11. Lalande, Rispal, Fiquet, Schweisguth, Ardillaux, Du Bouchet, Venot, Mirallié, Chevereau, Mortagne.

21. Desfosses, Brunswic, Perrin, Teissier, Schwaab, Landowski, Follet, Nimier, Paul-Boncour, Lévy (Armand).

31. Martin-Durr, Bourcart, Mermet, Huart, Deguéret, Lévi (Charles), Longuet, Zeimet, Auvray, Radovici.

41. Salmon, Mme veuve Eliacheff, née Roginski (Pauline), Collet, Bernardbeig, Bellot (Paul), Frémin, Jeannin (Georges-Paul-Honoré), Thiénot, Gasne, Ranglaret.

51. Pouquet, Canuet, Bacri, Claude, Ripault, Bodin (Eugène-Marie), Chatelot, Bernard, Sarafoff, Braquehaye.

61. Reymond, Morel, Lombard, Escat (Jean-Joseph), Fournier (Louis-Joseph), Touchard, Mlle Broïdo (Sarah), Phulpin, Bois, Pouillot.

71. Vermorel, Fort, Genouville, Litinsky, Bize, Wesberge, Nollet Damay, Pêtre, Decès.

81. Fournier (Alfred-Edmond), Comar (Gaston), Cocquelet, Lavocat, Picou, Danseux, Meyer, Riche, Bodin (Léonce-Gabriel), Girard.

91. Dauny, Gorse, Capdepont, Mlle Bouët (Françoise), Marion, Potel, Jacquinet, Virchaux, Vandaele, Cange.

101. Cazenave, Darquier, Chéron, Lenormand, Bellot (Eugène-Marie-Louis), Cadéac, Leroux (Auguste-Émile), Paté, Poussard, Bastide.

111. Beaussenat, Mesnil, Tissier (Paul), Baudron, Paturet, Baley, Anghelovici, Orrillard, Richard (Louis-Pierre-Marie), Damourette.

121. Marchadier, Widiez, Ravanier Chaudet, Tissier (Henry), Gallard, Trouillard, Sauvage, Mignot, Mercier.

131. Puech, de Gaulejac, Champenois, Laugier, Baillet, Maire-Améro, Christen, Hulot, Dupuy (Paul-Marie-Édouard), Apert.

141. Greuet, Cocquerelle, Ménard, Chassevant, Ferrier, Escat (Étienne), Bolognesi, Tsakiris, Dominguez, Diaz.

151. Cazin, Bonnus, Marçais, Moity, Kahn, Dumontier, Luyt, Didier, Cerf, Mougeot.

161. Guilliou, Guibert-Lasalle, Thirard, Daude-Lagrave, Théodore, Halipré, Harou, Prieur, Galtier, Floersheim.

171. Alleaume, Pribat, Decréquy, Lhomme, Janin (Joseph-Marie-Auguste), Guilleminot, Devillas, Cohanesco, Quignard, Sallé.

181. David (Léon-Jules), Chailloux, Javey, Pley, Gosset, Macrez, Marinco, Meusnier, Jouglet, Bouzon.

191. Lemelletier, Desforges, Babon, Dufour (Etienne-Louis), Laurens, Maksud, Boëteau, Royer (Adolphe), Ehrhardt (Christian).

201. David (Marie-Henri), Hannion, Brosset, Duchesne, Eichmüller, Mathanson, Verdier, Rocquet, Lacaze, Leroy.

211. Trognon, Lemaire, Moundlic, Miquel, Couvreur (Achille), Gibert (Marie-Joseph-Théophile-André), Sauvez, Corby, Pingat, Guyard.

221. Gouvernaire, Couillaud, Courtillier, Delmas, Le Roux (Emile), Aublé, Tacquet, Heins, Lemoult, Callais.

231. Loriot, Chabry, Gestat, Vergues, Barjon, Rochon, Le Maître, Dardel, Vincent, Guillemot (Jules-Albert).

241. Cuénot, Charpentier, Constantinidès, David (Jacques), Deronde, Decornet, Mlle Lipinska, Sarremone, Guillemet, Berthe-rand.

251. Pargoire, Abramovitsch, Lafond, Fonlladosa, Mérieux, Schwob, Lévy (Georges-Lazare), Hamaide, Léger, Pouteau.

261. Joly, Laporte, Valentin, Malfuson, Sebilotte, Seguin, Berceot, Barthélemy, Maupâté, Bouju.

271. Himely, Guillon, Klefstad-Sillonville, Emerit, Bouteil, Coulon, Roché, Grilhault des Fontaines, Sarrouy, Dreyfus.

281. Verin, Presle, Vidal, Estay, Semens, Marcopoulos, Benoit, Jonnart, Yvinec, Horay.

291. Paley, Charrade, Vivier, Elmassian, Goupil, Morisse, Soulié, Désiré, Lafaye, Delmond-Bébet.

301. Texier, Euvrard, Royer (Pierre-Victor-Charles), Bron, Rottenberg, Desgenétez et Beretta.

— Par décision ministérielle, en date du 22 janvier 1890, les médecins-majors de deuxième classe, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. Boutié, pour le 46e d'infanterie ; M. Pongis, pour le 10e dragons.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Par suite de la retraite de M. le docteur Laure et de la nomination de M. le docteur Perret, comme chargé du cours clinique des maladies des enfants, les mutations suivantes viennent d'avoir lieu :

M. Perret passe de Saint-Pothin à la Charité ; M. Weill passe de la Croix-Rousse à Saint-Pothin ; M. Rabot entre comme titulaire à la Charité ; M. Jousserand entre, au même titre, à la Croix-Rousse.

— Le lundi 17 mars 1890, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les élèves, qui désireront prendre part à ce concours, seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 février 1890, jusqu'au lundi 24 du même mois, inclusivement.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Andrieu (de Paris) ; Bertault (de Chalon-sur-Saône) ; M. le professeur Cauvet (de Lyon) ; Delarbre (du Chambon) ; E. Destrez (de Fraillicourt) ; F. Dreyfous, médecin des hôpitaux de Paris ; L.-F. Dufour, médecin principal de deuxième classe ; Gautier (de Mamers) ; J. Niverd (de Neufchâtel).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la prophylaxie de la tuberculose est close. Les premières conclusions de la Commission ont été écartées et celles de M. Bergeron, amendées pour satisfaire aux observations de MM. Nocard et Trélat, ont été adoptées.

Deux courants se sont très manifestement dessinés dans cette discussion. L'un, considérant les conclusions comme la dernière expression du « struggle for life » et n'y voyant que la mort sans phrases, imposée aux tuberculeux; l'autre, faisant passer, avant toute considération, le droit de la société à se défendre contre une cause de destruction. C'est ce dernier courant qui l'a emporté.

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur deux intéressantes communications, l'une, sur l'épidémie régnante et l'autre sur des accidents qui semblent devoir faire exclure le sulfate de cuivre des antiseptiques employés en obstétrique.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. HUTINEL.

Diagnostic différentiel entre la broncho-pneumonie simple et la broncho-pneumonie tuberculeuse des enfants.

Je veux vous parler aujourd'hui des difficultés qui surgissent, dans la pratique des maladies des enfants, quand il s'agit de se prononcer entre la broncho-pneumonie simple et la broncho-pneumonie d'origine tuberculeuse. Vous devinez aisément l'importance qu'il faut attacher à établir le diagnostic différentiel entre ces deux affections, de nature différente, mais qui ont de nombreux points de ressemblance.

Le début de la broncho-pneumonie tuberculeuse est moins franc, plus insidieux que le début de la broncho-pneumonie inflammatoire. Les granulations tuberculeuses peuvent rester latentes dans le poumon pendant un temps variable. Les symptômes n'apparaissent guère qu'au moment où se produit une poussée inflammatoire autour des granulations.

On peut donc avancer que la broncho-pneumonie tuberculeuse détermine, au début de la maladie, une réaction moindre que celle qui se manifeste sous l'influence de la broncho-pneumonie inflammatoire.

Il faut maintenant étudier séparément les différents symptômes qui existent dans le cours des deux affections.

La toux existe aussi bien dans la broncho-pneumonie ordinaire que dans la broncho-pneumonie tuberculeuse. Il n'y a aucune différence dans l'intensité, dans la fréquence de la toux. Cependant, la toux coqueluchoïde appartient plutôt aux enfants qui ont une broncho-pneumonie tuberculeuse. Il faut signaler aussi le spasme de la glotte, qui accompagne de préférence les affections broncho-pulmonaires d'origine tuberculeuse. Mais il faut avouer que la toux coqueluchoïde et le spasme de la glotte ne se montrent que rarement dans le cours de ces affections. De sorte que la toux, considérée séparément, ne peut révéler la nature de la broncho-pneumonie qui évolue chez l'enfant.

Il faut attacher une importance plus grande à la constatation d'une dyspnée excessive. Quand la dyspnée de l'enfant n'est pas en rapport avec les phénomènes d'auscultation et de percussion, il y a lieu de penser à l'origine tuberculeuse de la broncho-pneumonie. On trouve quelques râles disséminés, parfois une légère submatité dans un point circonscrit, et cependant la dyspnée est considérable. On compte cinquante ou soixante respirations par minute, et la cyanose est très apparente. La discordance entre les phénomènes décelés par l'auscultation et la percussion, d'une part, et, d'autre part, la dyspnée et la cyanose, est en faveur d'une broncho-pneumonie tuberculeuse. La granulation est une petite néoplasie évoluant sournoisement et ne produisant aucun signe stéthoscopique. Cependant ces granulations, qui envahissent le parenchyme pulmonaire, réduisent et troublent le champ de l'hématose. C'est ce qui explique la rareté des signes que l'auscultation peut révéler et l'intensité de la dyspnée.

On a dit qu'on pouvait tirer quelques renseignements, sur la nature de l'affection pulmonaire, en inspectant soigneusement le thorax des petits malades. Le thorax des tuberculeux atteints de broncho-pneumonie serait plus étroit que celui des enfants n'ayant qu'une simple broncho-pneumonie inflammatoire. Cet affaissement de la cage thoracique se rencontre, il est vrai, chez les tuberculeux; mais on ne le constate que rarement. Pour qu'il se produise, il faut que le poumon malade diminue de volume, s'aplatisse, revienne sur lui-même. Cette disposition ne se réalise que

rarement dans la broncho-pneumonie tuberculeuse. Il est bon d'ajouter que la mensuration du thorax n'est pas toujours facile, et qu'il faut un soin extrême pour obtenir des résultats dignes d'être consignés.

La percussion donne-t-elle des signes pouvant permettre d'établir le diagnostic différentiel? Dans la broncho-pneumonie inflammatoire comme dans la tuberculeuse, on constate, dans un point, une légère matité et, plus haut, de la sonorité. Ces différences dans la tonalité du son obtenu par la percussion ne peuvent donner aucun renseignement sérieux sur la nature de l'affection pulmonaire.

Si la percussion est impuissante, l'auscultation donne-t-elle la solution du problème? Voici tout ce que l'on peut dire à ce sujet : dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, les signes de catarrhe sont moins prononcés. A l'auscultation, on constate relativement peu de râles sonores, sibilitants ou sous-crépitants fins.

S'il s'agissait d'une broncho-pneumonie simple, les signes stéthoscopiques seraient plus marqués, les bruits seraient plus nombreux, plus éclatants. La tuberculose se manifeste par des râles disséminés et discrets dans les deux poumons.

Dans d'autres circonstances, la nature de l'affection pulmonaire ne peut se reconnaître que dans le cours de la maladie. Parfois, l'affection revêt, au début, les allures d'une pneumonie lobaire, puis d'une broncho-peumonie qui traîne. Mais l'enfant ne se remet pas; les signes stéthoscopiques persistent, l'affaiblissement général survient. C'est alors que l'on est éclairé sur la nature de la manifestation broncho-pulmonaire.

Tout dernièrement, j'ai eu l'occasion d'examiner, en votre présence, un enfant de treize ans, qui avait de la fièvre et du malaise. Ses antécédents tuberculeux m'avaient mis en défiance. Je ne tardai pas à reconnaître les signes d'une spléno-pneumonie. Une première ponction dans la plèvre ne donna qu'un résultat négatif, mais plus tard je pus retirer du liquide. En ce moment, il existe de la matité, de l'égophonie, un souffle discret, des râles humides à timbre caverneux. Au sommet de l'autre poumon, on entend des râles sibilants. Enfin, l'état général est mauvais; le malade a maigri beaucoup.

Quelle est cette affection? Il s'agit d'une broncho-pneumonie tuberculeuse qui avait les allures d'une pleurésie. Ce sont les symptômes généraux qui permettent de faire le diagnostic de la nature bacillaire de la maladie.

Je vous ai dit que, au sommet d'un des poumons de cet enfant, on entendait des râles sibilants. Je n'ai pas insisté sur cette localisation pour affirmer le diagnostic de broncho-pneumonie tuberculeuse. C'est que, en effet, la localisation des tubercules aux sommets des poumons ne se rencontre pas aussi souvent, — à beaucoup près, — chez l'enfant que chez l'adulte. Les enfants âgés de moins de six ou sept ans ont rarement des tubercules localisés à l'extrémité supérieure du poumon. Au contraire, chez les enfants qui ont dépassé six ou sept ans, cette localisation est la règle, comme chez les adultes.

Ce qu'il y a de certain, c'est que la broncho-pneumonie simple peut siéger au sommet du poumon, et que les lésions de la broncho-pneumonie tuberculeuse ne se rencontrent parfois qu'à la base du poumon.

Cependant, si les signes stéthoscopiques étaient très marqués à la partie supérieure du thorax, j'avoue que je serais disposé à admettre la nature tuberculeuse de l'affection. Cette localisation, quand elle est bien nette, constitue un signe de présomption.

On a cherché à établir le diagnostic différentiel des deux affections que j'étudie, en se basant sur les indications fournies par le thermomètre. Dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, a-t-on dit, la température est moins élevée que dans la broncho-pneumonie simple. Ce n'est pas toujours exact. Néanmoins, on peut admettre, en thèse générale, que le thermomètre monte plus haut dans cette dernière affection que dans la broncho-pneumonie tuberculeuse. Dans cette dernière maladie, les oscillations thermométriques sont plus considérables. C'est là un point important que je vous prie de retenir.

Le pouls peut-il donner quelque indice sur la nature de la broncho-pneumonie? Dans les deux cas, on constate 140, 150 et même 160, 180 pulsations. Le nombre des pulsations n'a aucune signification dans l'espèce. Mais une remarque qui ne doit pas être négligée est la suivante : dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, souvent le pouls est en désaccord avec la température. Le thermomètre ne marque que 38 degrés, le pouls bat à 140, à 150, et il existe une forte dyspnée. Au contraire, le pouls peut être lent et la température élevée. Ces deux éventualités se rencontrent dans la broncho-pneumonie tuberculeuse.

Les sueurs, l'amaigrissement, la perte des forces s'observent dans les deux affections. Cependant la broncho-pneumonie tuberculeuse, plus que la broncho-pneumonie simple, provoque des sueurs profuses et donne naissance à une déchéance organique marquée.

On pourra reconnaître la nature tuberculeuse de la détermination pulmonaire en inspectant soigneusement tous les organes. Il faut chercher partout les signes d'une autre manifestation due au bacille de Koch. La constatation, soit d'un foie gros, soit d'une synovite tuberculeuse ou d'un testicule tuberculeux, peut éclairer le diagnostic sur la nature de l'affection pulmonaire.

Les convulsions, qui éclatent au cours d'une broncho-pneumonie, ont moins de signification. En effet, les convulsions peuvent être considérées comme un phénomène presque banal chez l'enfant. Une mauvaise digestion suffit pour faire apparaître des convulsions. Celles-ci peuvent exister aussi dans la broncho-pneumonie simple, pour peu qu'il y ait un trouble profond dans l'hématose et une irrigation défectueuse de l'encéphale.

Si les convulsions, par elles-mêmes, ne peuvent être utiles au clinicien pour établir le diagnostic de la nature de la broncho-pneumonie, il n'en est plus de même quand les convulsions sont symptomatiques d'une affection méningitique. Tout signe réel de méningite sérieuse, doit être pris en considération. Observe-t-on, dans le cours d'une broncho-pneumonie, soit du strabisme, soit de la raideur du cou, etc., on peut dire que le symptôme de l'irritation méningée est la signature de la nature tuberculeuse de l'affection pulmonaire.

Il faut donc explorer tous les appareils, chercher, sur toute la surface du corps, les traces d'une des localisations habituelles de la tuberculose.

Mais ce qui lèvera tous les doutes sur la nature de la broncho-pneumonie, c'est la marche de la maladie.

La broncho-pneumonie n'a pas, comme la pneumonie, une marche cyclique et ne présente pas une chute de la température le septième jour. Mais dans la broncho-pneumonie simple, la température baisse peu à peu, l'état gé-

néral s'améliore progressivement et l'appétit renaît. Au contraire, dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, la température remonte, présente des oscillations à une époque éloignée de la période d'état; en même temps apparaissent un amaigrissement plus ou moins prononcé, de l'anorexie, une diarrhée plus ou moins profuse, des sueurs abondantes. C'est la cachexie qui s'installe.

Si on ausculte le malade, on n'entend pas ou presque pas de bruits dans les poumons. Les souffles et râles ont disparu. Mais, de temps à autre, des poussées congestives se font dans l'appareil broncho-pulmonaire, et alors on entend de nouveau les signes stéthoscopiques qui venaient de disparaître.

L'aggravation des symptômes s'accentue et les enfants finissent par mourir.

Il est rare que le clinicien n'ait pas le temps de faire un diagnostic ferme avant la terminaison fatale, qui survient quatre, cinq ou six semaines après le début des premiers accidents. Parfois le diagnostic est hésitant pendant de longues semaines, et il peut arriver que l'autopsie ne soit pas très démonstrative. Le poumon est lourd, congestionné. Certains points sont plus congestionnés que d'autres. Par places, on trouve des petites tumeurs du volume d'un grain de millet. Ce sont les granulations tuberculeuses. Dans certaines portions du poumon, on peut rencontrer des cavernes. La présence des cavernes dans un poumon, la constatation de ganglions tuberculeux dans une partie quelconque du corps, suffisent pour affirmer que les granulations observées dans le parenchyme pulmonaire sont de nature tuberculeuse. Mais ces cavernes et ces ganglions tuberculeux n'existent malheureusement pas dans tous les cas de broncho-pneumonie tuberculeuse.

D'une façon générale, on peut dire que cette affection est constituée par la présence de tubercules miliaires disséminés avec une certaine régularité dans les poumons. Le bacille de Koch pénètre dans les voies respiratoires et s'arrête à l'endroit où les bronchioles s'abouchent aux canaux alvéolaires. Il se produit, dans ces points, un travail qui aboutit à la production du nodule tuberculeux. Les granulations tuberculeuses, en naissant aux extrémités des bronchioles, prennent une disposition qui rappelle l'aspect d'un trèfle. Mais les granulations inflammatoires affectent une disposition semblable, car les micro-organismes, qui donnent naissance à l'apparition de ces symptômes inflammatoires, s'arrêtent au même endroit que le bacille de Koch, c'est-à-dire à l'extrémité terminale des bronchioles.

La broncho-pneumonie simple est produite par la pénétration de micro-organismes divers. Dans un cas, on trouve des streptocoques, dans d'autres des pneumocoques, etc. Dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, les accidents sont produits non seulement par le bacille de Koch, mais aussi par d'autres germes. Ce sont des inflammations complexes, qui sont sous la dépendance de microbes nombreux. Désormais, il faudra étudier avec soin ces associations microbiennes. J'admets que, dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, les lésions inflammatoires sont dues, non plus au bacille de Koch, mais à d'autres microbes (streptococcus, etc.).

Le pronostic est fatal. La broncho-pneumonie tuberculeuse peut présenter des rémissions; elle affecte quelquefois une forme subaiguë et même chronique. Mais la terminaison est toujours la même.

Aussi est-il inutile d'insister sur le traitement. La révulsion, les toniques, le sulfate de quinine, peuvent être employés. On fera une médication symptomatique. Mais il faut savoir que la broncho-pneumonie tuberculeuse ne guérit pas.

Le médecin fait, dans ces cas, ce qu'il peut, et ce qu'il peut faire ne vaut pas grand' chose.

LA GRIPPE ET SES COMPLICATIONS

Par M. le docteur Tueffert (de Montbéliard).

La grippe a fait son apparition à Montbéliard, le 13 décembre 1889. Avant cette époque, elle sévissait dans les villes avoisinantes, à Neufchâtel, au Locle, à Chaudefonds, à Bienne, à Berne. Le 9 décembre, un habitant de Montbéliard, de passage à Paris, reste une grande partie de la journée dans une infirmerie où étaient soignés des malades atteints de grippe. De retour à Montbéliard, il est frappé par la grippe, le 13.

Le 17, ses deux filles sont affectées; le 19, son fils; le 20, un ami de ce dernier; le 21, le père de cet ami; le 23, le beau-frère du précédent. Le même jour, la femme du premier malade est atteinte en même temps que trois jeunes gens, parents ou amis des derniers. Ainsi, en dix jours, on a pu suivre l'apparente filiation du mal chez onze personnes. En même temps, l'importation se faisait par d'autres voies.

Le 21, la grippe éclatait chez un négociant qui s'était trouvé cinq jours auparavant à Neufchâtel.

Le 22, la maladie était apportée de Soleure par un autre négociant.

Ces faits donneraient à penser que la grippe est contagieuse. Il y a d'autres faits qui viennent confirmer cette manière de voir, ce sont ceux dans lesquels on voit la maladie procéder par étapes successives, de capitale à capitale; puis, de la capitale se propager vers des foyers plus restreints.

Une ville frontière importante, par exemple, n'a eu la grippe que dix-huit jours après que cette maladie s'était manifestée à Paris, et, pendant dix jours, on a pu suivre exactement la filiation des cas susceptibles d'expliquer la propagation de la capitale à la ville frontière.

M. Bouchard fait suivre cette note des réflexions suivantes :

Si ces divers faits peuvent être démontrés sans contestation, nous devons modifier les notions qui ont cours sur la nature de la grippe, notions qui résultent de l'étude des épidémies antérieures. En ce qui me concerne, j'ai dit que la grippe n'était pas une maladie contagieuse, ni infectieuse, je me garderais bien d'être aussi affirmatif aujourd'hui.

Une question qui se pose en ce moment est celle de savoir si la grippe est due ou non à un microbe. Pour moi, je crois que si la grippe est due à un microbe, ce microbe doit être un microbe familier, inoffensif d'habitude, mais qui, dans une circonstance particulière, peut ou bien acquérir une virulence qu'il ne possède pas, ou se fixer sur un organisme amoindri, qui ne pourra plus le tolérer.

Les recherches microbiologiques, que j'ai entreprises, m'ont permis de trouver un certain nombre de microbes, non pas dans la grippe, mais dans les affections secondaires, qui constituent l'appareil symptomatique de la grippe.

Or, ces microbes sont au nombre de trois, et tous, à l'état de santé, hantent certaines régions du corps où ils sont inoffensifs.

Le premier de ces microbes est le staphylococcus pyogenes, je l'ai trouvé dans l'herpès fébrile de la grippe; il avait ses caractères habituels, et, inoculé à des lapins, amenait la formation d'abcès.

J'ai également trouvé le pneumocoque, il existait dans certaines pneumonies et dans certaines otites.

J'ai trouvé enfin le streptococcus, et il existait surtout dans le pus bronchique, dans les crachats de pneumonies et de pleurésies suppurées, dans la méningite, certaines arthrites et des amygdalites de la grippe.

Or, ce streptococcus est un agent indifférent, sauf quand il passe dans certains tissus. Les cultures de ce microbe ne produisent que des accidents de peu d'importance quand on l'injecte dans le sang d'un lapin, dans son poumon, dans son péritoine, mais dans le tissu cellulaire de l'oreille, il produit un érysipèle manifeste, avec suppuration.

Ce fait, qui rapproche l'érysipèle des complications de la grippe, nous fait souvenir de la coïncidence fréquente des épidémies de grippe et d'érysipèle. Il nous permet de supposer que le même organisme peut produire soit la grippe, soit l'érysipèle.

En ce qui concerne les pneumonies si fréquentes dans la grippe, et que l'on a désignées, pour cette cause, sous le nom de pneumonies grippales, je crois pouvoir dire qu'il s'agit, en pareil cas, d'une pneumonie vulgaire et non d'une pneumonie spécifique; c'est la pneumonie dans la grippe.

Elle se produit parce que, sous l'influence de la grippe, comme sous l'influence de beaucoup d'autres causes, les défenses de l'organisme contre l'envahissement microbien viennent à fléchir, parce que la phagocytose est entravée, certaines cellules chargées de nous défendre de cet envahissement nous défendent moins bien ou se laissent surprendre par le microbe. C'est alors que la pneumonie apparaît.

Ces pneumonies vulgaires n'en sont pas moins contagieuses, sinon au début, du moins au bout d'un certain temps, alors que le microbe qui leur donne naissance a pu, par des cultures successives, dans des poumons malades, acquérir une virulence qu'il ne possédait pas tout d'abord ou, tout au moins, exalter une virulence jusque-là obscure.

C'est parce que la virulence du microbe de la pneumonie augmente au fur et à mesure du développement de l'épidémie, que la contagiosité des pneumonies de la grippe augmente parallèlement. C'est pour cette cause encore, que dans les derniers temps de l'épidémie de grippe, alors que celle-ci semble près de disparaître, par contre, les pneumonies infectieuses persistent et sont même plus fréquentes que lorsque l'épidémie de grippe était dans toute sa puissance.

Sous une autre forme, je dirai que ce qui est contagieux ici, ce n'est pas la nature épidémique de la maladie, mais l'exaltation de la nocivité de micro-organismes qui, en quittant leur habitat normal, acquerront une virulence qu'ils gardent ensuite pendant un certain temps.

En résumé, j'ignore si la grippe est contagieuse ou infectieuse, mais ce qui est certain, c'est que, dans la grippe, il survient un élément infectieux qui résulte, soit de la diminution de la défense de l'organisme, qui peut laisser passer des agents qui jusqu'alors n'étaient pas pathogènes, soit de l'exaltation de la virulence de micro-organismes qui, jusqu'alors, habitaient en nous sans danger.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 janvier 1890. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un projet de décret rendant obligatoire la vaccine à l'Ile de la Réunion ;

2° Des états de vaccination et revaccination par MM. Tourneux (de Thiel), Maze (du Havre) et Pernet (de Rambervillers) ;

3° Un rapport sur une épidémie de pelade par le médecin du lycée de Bastia.

COMMUNICATION

Grippe. — M. **BOUCHARD** communique, au nom de M. Tueffert (de Montbéliard), une note sur la contagion de la grippe et ses complications. (Voir plus haut, page 119.)

M. **OLLIVIER** a récemment observé une dame fortement grippée. Cette malade rendait des crachats abondants et très visqueux; elle suçait des morceaux de viande, puis les rejetait sur son assiette, son chat les saisit prestement et les avala. Trois ou quatre jours après, l'animal mourait présentant tous les symptômes de la grippe.

En 1875, M. Ollivier a communiqué, à la Société de biologie, le récit d'une épidémie de grippe chez des chats.

Sans conclure du chat à l'homme, on peut rapprocher de ces faits certains cas de grippe propagés d'une mère à son enfant, ou d'un enfant à un autre enfant, par l'usage du même mouchoir. La contagion de la grippe aurait donc lieu par l'intermédiaire du mucus nasal.

RAPPORT

Tuberculose. — M. **VERNEUIL**, au nom de la commission de la tuberculose, présente un rapport sur les conclusions présentées dans la dernière séance par M. Bergeron.

Il fait observer que ces conclusions ont été légèrement étendues par son auteur, qui a ajouté deux paragraphes nouveaux :

« Le parasite se trouve aussi quelquefois dans le lait des vaches tuberculeuses, il est donc prudent de n'employer le lait qu'après l'avoir fait bouillir.

La notion certaine de la transmissibilité de la tuberculose, impose au gouvernement le devoir de faire rechercher dans toutes les collectivités dont il a la surveillance, lycées, casernes, grandes administrations, ateliers de l'état, les sujets atteints de tuberculose, pour prendre à leur égard, dans l'intérêt des autres, telles mesures de prophylaxie que les circonstances permettront de leur appliquer. »

Pour éviter toute surprise dans le vote, il suffirait de le diviser et de se prononcer séparément sur le dernier paragraphe.

M. **BERGERON**. Les conclusions ajoutées, dont vient de parler M. Verneuil, répondent aux observations de MM. Nocard et Trélat.

M. **LE PRÉSIDENT** met aux voix la première conclusion de M. Bergeron.

« I. La tuberculose est une maladie parasitaire et contagieuse. Le microbe de la contagion réside dans les poussières qu'engendrent les crachats desséchés des phthisiques et le pus des plaies tuberculeuses.

Le plus sûr moyen d'empêcher sa contagion, consiste donc à détruire ces crachats et le pus, avant leur dessiccation, par l'eau bouillante et par le feu. »

Cette conclusion est adoptée à l'unanimité, moins quelques voix.

M. **LE PRÉSIDENT** lit la seconde conclusion :

« II. Le parasite se trouve aussi quelquefois dans le lait des

vaches tuberculeuses, il est donc prudent de n'employer le lait qu'après l'avoir fait bouillir. »

M. HÉRARD demande qu'on ajoute « surtout quand le lait est destiné aux enfants ».

M. LE FORT fait observer que l'Académie a voté autrefois qu'on ne devait pas faire bouillitr le lait.

M. BERGERON. C'était avant la découverte du bacille de Koch.

M. NOCARD fait remarquer que ne pouvant reconnaître à temps la nature tuberculeuse du lait, la prudence exige de le soumettre à l'ébullition.

M. BROUARDEL signale cinq ou six décès de tuberculose dans un grand pensionnat de jeunes filles, après consommation de lait d'une vache atteinte de mammite tuberculeuse.

M. LANCEREAUX croit préférable de demander avant tout une surveillance très active des vaches laitières, le lait étant rarement tuberculeux.

M. BOUCHARD sait que la surveillance à Paris est très bien faite, mais les vaches tuberculeuses sont conduites hors de Paris et abattues aux environs. De là, la nécessité de faire, par prudence, bouillir le lait; celui-ci est presque aussi digestif bouilli que cru.

M. LE FORT insiste surtout à cause des enfants.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la deuxième conclusion, qui est adoptée.

La troisième conclusion, soumise au vote, est ainsi formulée :

« III. La notion certaine de la transmissibilité de la tuberculose impose au gouvernement le devoir de faire rechercher, dans toutes les collectivités dont il a la surveillance, lycées, casernes, grandes administrations, ateliers de l'État, les sujets atteints de tuberculose, pour prendre à leur égard, dans l'intérêt des autres, telles mesures de prophylaxie que les circonstances permettront de leur appliquer. »

M. DUJARDIN-BEAUMETZ pense, qu'en l'absence de lois sanitaires, on ne saurait voter la conclusion soumise actuellement au vote.

M. TRÉLAT ne croit pas à cette impuissance de l'Académie. On peut séparer les tuberculeux des individus sains.

M. VALLIN ne voit pas la nécessité d'une loi pour isoler un tuberculeux comme on isole un varioleux.

M. BROUARDEL. Il n'est pas besoin de loi. On s'adresse à l'armée, aux grandes administrations. L'Académie se borne à signaler le danger de la présence des tuberculeux au milieu des individus sains.

M. OLLIVIER approuve cette conclusion, dont l'importance est si grande pour les établissements d'instruction publique.

M. HARDY fait observer qu'au début les malades ne crachent pas, et que, dans la seconde période, les parents sont les premiers à retirer leurs enfants des établissements scolaires.

M. COLIN demande qu'on ne spécifie pas les collectivités, car on pourrait alors supposer, ce qui n'est pas exact, que, dans l'armée, tout est encore à faire au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose.

M. LE FORT affirme que voter cette conclusion sera l'ostracisme des tuberculeux. Il s'abstiendra donc de voter cette dernière conclusion.

M. BERGERON propose, pour répondre à l'observation de M. Colin, de modifier la conclusion soumise au vote et de la formuler ainsi :

« L'Académie appelle l'attention des autorités compétentes sur les dangers que les tuberculeux font courir aux diverses collectivités dont elles ont la direction, tels que lycées, casernes, grandes administrations et ateliers de l'État. »

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée, moins 4 voix.

PRÉSENTATION

Pseudo-eczéma professionnel. — M. TARNIER présente une infirmière de la Clinique. Cette jeune femme a les deux mains gonflées, gercées et excoriées. Chargée des antiseptiques, elle a constamment les mains en contact avec des solutions de sulfate de cuivre. Analgésique sur toutes les parties du corps, elle doit quitter son service le plus tôt possible.

M. FOURNIER signale les dangers que court cette femme exposée chaque jour à toucher des nourrissons syphilitiques. En présence de ces accidents de pseudo-eczéma, il y aurait à renoncer, en obstétrique, à l'usage du sulfate de cuivre.

M. FÉRÉOL fait remarquer que cette infirmière ne présente aucun symptôme d'intoxication cuivrique.

M. LABORDE déclare que si les sels de cuivre ne sont pas toxiques, en général, ils sont cependant dangereux, quand ils sont mis en contact direct avec les tissus.

M. FOURNIER signale cette analgésie, chez une femme non hystérique; analgésie qui pourrait être causée par le cuivre absorbé. Ceci, sous toutes réserves.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Arrêté fixant les conditions du concours pour l'admission aux emplois d'interne en médecine de la Maison nationale de Charenton.

ARTICLE PREMIER. — Il est établi un concours pour la nomination aux emplois d'interne en médecine de la Maison nationale de Charenton.

ART. 2. — Sont autorisés à concourir, les étudiants en médecine de nationalité française, âgés de moins de trente ans révolus le jour de l'ouverture du concours et pourvus de douze inscriptions, qui auront été agréés par le directeur et par le corps médical de la Maison nationale. Les docteurs en médecine ne pourront pas prendre part au concours.

ART. 3. — Les candidats qui voudront concourir devront se présenter au secrétariat de la Maison nationale pour obtenir leur inscription, en y déposant :

1° Leur acte de naissance;

2° Les certificats constatant qu'ils remplissent les conditions prescrites par l'article 2 et qu'ils sont de bonnes vie et mœurs.

La liste des candidats sera close huit jours avant la date de l'ouverture du concours.

ART. 4. — Le jury est composé de MM. les médecins et chirurgiens de la Maison nationale, auxquels seront adjoints deux membres nommés par nous parmi les médecins-inspecteurs généraux des services administratifs, les médecins de l'Administration centrale ou des Établissements généraux de bienfaisance.

ART. 5. — Sur la proposition du directeur de la Maison nationale de Charenton, le jury sera composé par nous et réuni au ministère de l'Intérieur, toutes les fois qu'il sera nécessaire.

Il dressera la liste des candidats admis, qui seront nommés au fur et à mesure des vacances, dans l'ordre de leur classement.

Cette liste, certifiée conforme, sera adressée, aussitôt après le concours, au directeur de l'établissement, par le président du jury.

ART. 6. — La durée de l'internat est fixée à trois ans. Tout interne titulaire est autorisé à se faire recevoir docteur en médecine dans cet intervalle, sans être forcé de quitter ses fonctions; mais le candidat inscrit sur la liste des admis, qui aura passé sa thèse avant d'être titularisé, aura ainsi renoncé implicitement à sa nomination.

ART. 7. — Les épreuves du concours seront les suivantes :

1° Une composition écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Il sera accordé 30 points pour cette épreuve;

2° Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après quinze minutes de préparation. Il sera attribué 20 points à cette épreuve.

Art. 8. — Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury, avant l'ouverture de la séance.

Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort comme il est dit ci-dessus.

L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance ; dans ce cas, les questions sont rédigées par le jury chaque jour d'épreuves, au nombre de trois, avant d'entrer en séance.

Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance.

Art. 9. — Les candidats sont surveillés pendant la composition écrite par des membres du jury.

Tout candidat qui s'est servi, pour sa composition, de livres ou de notes apportés à la séance, ou qui, en lisant sa composition, en a sensiblement changé le texte primitif, est exclu du concours.

Les compositions sont recueillies et mises sous cachet par le président ; elles sont lues publiquement par leurs auteurs sous la surveillance de l'un des membres du jury.

Art. 10. — A la fin de chaque séance, il peut être donné connaissance aux candidats du nombre de points qui leur sont attribués.

Art. 11. — Le jugement définitif portera sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale).

Nota. — L'allocation accordée aux internes de la Maison nationale de Charenton est : pour la première année, de 1 500 fr. ; pour la deuxième, de 1 600 fr. ; pour la troisième, de 1 700 fr.

En dehors de l'interne de garde, qui est nourri et logé, les internes ont droit au déjeuner.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

50. M. Lauth. Du traitement de l'endométrite par le bâton de chlorure de zinc. — 51. M. Azam. Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand. — 52. M. Épron. Contribution à l'étude des anévrysmes intra-craniens de la carotide interne et de ses branches. — 53. M. Dusser. Des hémorrhagies gastro-intestinales chez les nouveau-nés. — 54. M. Baudry. Étude critique de la méthode des douches vaginales pour la provocation de l'accouchement prématuré artificiel. — 55. M. Deroche. Étude clinique et expérimentale sur les amyotrophies réflexes d'origine articulaire. — 56. M. Giraud. Traitement de l'uréthrite blennorrhagique par le salol. — 57. M. Darricarrère. La paralysie générale dans l'armée. — 58. M. Maret. De l'ablation des tumeurs de la zone motrice du cerveau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé lundi soir, 27 janvier 1890, par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite.

A. *Internes titulaires.* — 1. Michel, Pescher, Souligoux, Baillet, Chibret, Teissier, Gauthier, Delbet, Sabouraud, Degueret.

11. Baudron, Guitton, Dubrisay, Potier, Rousseau, Gouget, Thiercelin, Auscher, Morestin, Sottas.

21. Barrié, Rancurel, Vassal, Perruchet, Boix, Damourette, Genouville, Cazin, Bonneau, Cautru.

31. Pompidor, Veslin, Laurent-Préfontaine, Wassilieff, Tollemer, Artus, Veillon, Orrillard, Le Moniet, Touchard.

41. Jourdan, Lasserre, Guibert, Roussel, Dupasquier, Sorel, Morax, Malapert, Martin-Durr, Poivet.

B. *Internes provisoires.* — 1. Bernard (Félix), Cazenave, Hulot, Potel, Collinet (Édouard), Binot (Jean), Durante, Giresse, Jayle, Papillault.

11. Malherbe, Taurin, Diaz, Damaye, Londe, Petit, Collinet (Paul), Dudefoy, Binaud (William), Lebon.

21. Richerolle, Fort, Gervais de Rouville, Mayet, Walch, Magniaux, Huguenin, Jacquinet, Bernard (Jean), Bernardbeig.

31. Lepetit, Marié, Béchet, Maupaté, Frey, Manson, Trékaki, Bouchinet, Reymond, Harou.

41. Chabory, Guépin, Brésard, Mignot, Chaumont, Phulpin, Floersheim, Donnet, Michel-Dansac, Chaillou.

51. Brunet et Emerit.

— *Concours de l'internat.* — Épreuve orale : vendredi 24 janvier : « Rapports de la trachée-artère ; signes et diagnostic des corps étrangers des voies aériennes. »

Dimanche 26 janvier : matin : « Portion intra-cranienne du nerf facial, depuis son origine apparente, jusqu'à sa sortie du rocher ; fractures du rocher, signes et diagnostic. » — Dimanche soir : « Veines du membre inférieur ; étiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens (thrombose des veines des membres inférieurs). »

Lundi 27 janvier : « Anatomie du diaphragme ; diagnostic des épanchements liquides de la plèvre. »

— *Concours de l'externat.* — Pathologie, samedi 25 janvier : « Carotide externe. »

— *Hôpitaux de Paris.* — Par suite du passage de M. le professeur Verneuil à l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Le Fort passe à la Pitié, et M. le professeur Duplay passe à l'hôpital Necker.

— Un concours pour trois places de médecin au Bureau central s'ouvrira le vendredi 28 février 1890, à midi, à l'administration centrale.

Le registre d'inscription, ouvert, de midi à trois heures, le samedi 1er février, sera clos le lundi 17 février, à trois heures.

— M. le docteur Ricard, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux, est chargé d'une mission pour étudier les progrès de la chirurgie en Allemagne.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Haushalter est maintenu, pour un an, dans les fonctions de chef de clinique médicale.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Froidure (Pierre-Louis-Léon-Zénobe), docteur en médecine, est nommé chef de clinique obstétricale et gynécologie.

— *École de médecine de Reims.* — M. Colleville, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à ladite École.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Bédard, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, d'un cours de physiologie à ladite École, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Toussaint (année scolaire 1889-1890).

— M. le docteur Abadie (Jean-Baptiste) est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Mirande.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu le samedi 1er février, à huit heures et demie très précises du soir, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, et, 14, rue des Poitevins. « La distribution de l'électricité », par M. Picou, ingénieur, secrétaire général de la société des électriciens. — Les projections seront faites par M. Molteni.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles, par M. le docteur DESCROIZILLES, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, ; première partie, 1 vol. in-8°. — Prix pour les souscripteurs à l'ouvrage complet : 14 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Du traitement manuel du prolapsus utérin, par M. le docteur PROFANTER. In-8° avec figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Précis des méthodes électrothérapiques spéciales aux affections : 1° du système nerveux; 2° de la matrice; 3° de l'estomac, par le docteur BARADUC. In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Du lavage électrique et de la faradisation intra-stomacale dans la dilatation fonctionnelle de l'estomac (maladie de Bouchard), par le docteur BARADUC. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les infections combinées (infections mixtes et infections secondaires).

Par M. le docteur ROGER,
Ancien interne des hôpitaux, préparateur du laboratoire de pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris.

I

Les travaux publiés dans ces dernières années semblaient démontrer que toute maladie infectieuse était sous la dépendance d'un microbe spécifique; le problème paraissait donc réduit à chercher, dans chaque infection, l'agent pathogène, à l'isoler et le classer, bien persuadé qu'on pouvait mettre sur son compte tous les méfaits observés chez le malade. Malheureusement, les faits sont loin d'avoir cette simplicité; un même microbe peut produire les maladies les plus diverses; témoin, le pneumocoque de Frœnkel qui, suivant diverses circonstances, souvent difficiles à préciser, amènera une pneumonie, une méningite, une endocardite, une otite ou même une septicémie. Réciproquement un même processus morbide peut être engendré par un certain nombre de microbes qui n'ont entre eux aucune analogie; ainsi les abcès, l'ostéomyélite, l'endocardite ulcéreuse, peut-être même la pneumonie peuvent relever de divers agents pathogènes. Il y a plus; on peut voir deux ou plusieurs microbes envahir simultanément ou successivement l'organisme : c'est ce qu'on nomme les infections combinées; on les divise en deux groupes, infections mixtes et infections secondaires, suivant que la pénétration des germes morbifiques s'est faite simultanément ou successivement.

Dans quelques cas, l'association microbienne est de règle; ainsi, dans la variole, la suppuration des pustules est due au développement de microbes pyogènes, n'ayant aucun rapport avec l'agent spécifique de cette infection; seulement, leur présence est constante et paraît, dès lors, nécessairement liée à l'évolution de la maladie.

Il en est de même pour les cavernes pulmonaires; toujours à leur surface végètent de nombreux parasites, dont l'action destructive s'ajoute à celle du bacille tuberculeux et dont les produits de sécrétion expliquent les phénomènes graves, présentés par le malade, particulièrement la fièvre hectique.

Les maladies où les associations microbiennes sont constantes, paraissent peu nombreuses; ce qu'on observe dans la plupart des infections combinées, c'est l'envahissement accidentel d'un organisme par deux ou plusieurs microbes, pénétrant simultanément ou successivement. Trois cas se présentent alors : tantôt les maladies créées par ces microbes évoluent côte à côte sans s'influencer mutuellement : tel est le cas des fièvres éruptives, coexistant chez un même individu. Tantôt un agent morbifique envahit un organisme déjà malade et vient compliquer et aggraver l'infection première; c'est ce qu'on observe le plus souvent, et il nous suffit de citer les abcès, les parotidites, les pneumonies, les gangrènes, la diphthérie, au cours ou à la suite de diverses maladies infectieuses. Enfin, il est quelques cas où le microbe surajouté semble entraver l'infection première; certes, les faits de ce genre ne sont pas fréquents et, en dehors des recherches expérimentales, on ne trouve guère à citer que quelques observations rares ou douteuses, l'érysipèle guérissant le bubon, par exemple. Ces faits ne méritent pas moins de fixer l'attention et nous verrons plus loin qu'on a voulu les invoquer pour justifier une méthode thérapeutique, la bactériothérapie, qui se propose d'employer des microbes pour combattre des maladies microbiennes.

Ce qu'on observe le plus souvent, avons-nous dit, ce sont des infections secondaires qui viennent compliquer ou aggraver la marche de la maladie primitive. Tous les microbes n'ont pas une égale tendance à envahir les organismes malades : les infections secondaires sont généralement produites par des agents peu élevés dans l'échelle de la virulence; ce ne sont ni les parasites de la fièvre typhoïde, ni ceux des fièvres éruptives; ce sont, au contraire, ceux qui déterminent des processus, en quelque sorte peu spécifiques, ceux qui, comme les microbes pyogènes ou le pneumocoque, sont répandus partout et se rencontrent habituellement sur nos téguments et nos muqueuses, prêts à manifester leur action nocive quand vient à fléchir la résistance des tissus.

En nous plaçant à un point de vue général, nous allons esquisser l'histoire des infections combinées; nous insisterons surtout sur les processus suppuratifs, gangréneux et pseudo-membraneux, qui viennent le plus souvent s'ajouter

aux infections primitives. Certes, nous n'avons pas la prétention d'être complet; trop de travaux ont été publiés sur ce sujet pour pouvoir être tous résumés. Nous choisirons seulement quelques exemples et nous étudierons, tout d'abord, le processus le plus banal et le plus fréquent : la suppuration.

II

La suppuration n'a rien de spécifique. Il n'y a pas un microbe du pus, comme il y a un microbe de la fièvre typhoïde ou du charbon. Bien des causes peuvent produire ce phénomène morbide et, sans discuter ici s'il ne peut pas y avoir de pus sans l'intervention des microbes, nous rappellerons seulement que la suppuration peut être sous la dépendance des bactéries les plus diverses; parmi celles qu'on rencontre le plus souvent, nous citerons les *staphylococcus pyogenes aureus*, *albus*, *citreus*, *flavus*, le *bacillus pyogenes fœtidus*, le *streptococcus pyogenes*, etc. Encore est-il que ce dernier microbe est loin d'être toujours pyogène; c'est un organisme qui détermine souvent des infections secondaires et, suivant des circonstances bien difficiles à déterminer, il pourra produire des érysipèles, des septicémies, particulièrement la fièvre puerpérale, des broncho-pneumonies, des endocardites; il pourra aussi amener une phlegmatia, comme l'a vu Dunin dans la fièvre typhoïde, ou même une artérite, comme M. Vaquez l'a récemment observé chez un tuberculeux. Cette variabilité des lésions, sous l'influence d'un même microbe (1), nous montre combien il est difficile actuellement de faire une classification qui réponde à la réalité des faits.

Pour en revenir à la suppuration, nous pouvons citer un premier résultat, bien banal, qui ne démontre pas moins l'importance des combinaisons microbiennes : lorsqu'on examine le contenu d'un abcès, il n'est pas rare d'y trouver réunies plusieurs espèces de microbes. Ogston qui, un des premiers, aborda l'histoire des bactéries pyogènes, étudia soixante-neuf abcès et, seize fois, il y trouva à la fois des streptocoques et des staphylocoques; nous citerons, chemin faisant, un certain nombre de faits semblables. Des combinaisons analogues peuvent se faire dans d'autres cas : ainsi l'ostéomyélite est le plus souvent sous la dépendance du *staphylococcus aureus* tout seul; mais, dans quelques faits, on a noté l'association de ce microbe avec d'autres agents; Kraske, par exemple, rapporte deux observations où il trouva dans le foyer osseux et dans les abcès métastatiques, les *staphylococcus aureus* et *albus*, unis au streptocoque et à des bacilles pathogènes pour le lapin. Des observations de Kraske, il semble résulter que les cas d'ostéomyélite où la maladie relève d'une association microbienne, sont beaucoup plus graves que les autres; les différentes espèces se prêteraient donc un mutuel appui.

Le streptocoque et le staphylocoque sont capables de déterminer un processus destructif, qu'on peut jusqu'à un certain point rapprocher de la suppuration, nous voulons parler de l'endocardite ulcéreuse; dans ce cas, on peut aussi avoir affaire à une infection combinée, et Weichselbaum a même rapporté un fait où il trouva trois microbes réunis : le *streptococcus pyogenes*, le *diplococcus pneumoniæ* et un bacille non cultivable.

(1) Beaucoup de bactériologistes soutiennent que ces diverses altérations relèvent de différents streptocoques qu'on pourrait distinguer les uns des autres.

Qu'elle soit due à un ou plusieurs microbes, la suppuration constitue un processus qu'on rencontre très souvent dans les infections les plus diverses; mais il nous faut faire ici une distinction capitale : tantôt le pus est sous la dépendance des microbes habituels de la suppuration, c'est une infection secondaire; tantôt on ne trouve dans le foyer purulent que l'agent même de la maladie principale; celui-ci a beau ne pas être pyogène, il a pu le devenir accidentellement. C'est ce qu'on voit, par exemple, pour le microbe de la pneumonie qui peut amener des pleurésies purulentes : il n'est pas jusqu'au bacille typhique qui ne puisse acquérir accidentellement cette propriété : ainsi ce microbe se trouvait seul dans un cas de péritonite, rapporté par Frœnkel; dans une pleurésie purulente, observée par Valentini; dans le pus d'une périostite, étudié par Ebermaier. Sous des influences encore inconnues, le bacille d'Eberth peut acquérir une propriété nouvelle qu'il est capable de conserver quelque temps; c'est, du moins, ce qui semble ressortir d'une observation de M. G. Roux; cet auteur trouva à l'autopsie d'un typhique des abcès dans la rate : les cultures faites avec ces abcès ne donnèrent que le bacille typhique et leur inoculation chez le chien détermina de la suppuration, ce qui ne s'observe pas d'habitude; il y avait donc une modification dans les propriétés pathogènes du microbe.

Les faits de ce genre viennent singulièrement compliquer le problème; en présence d'un processus suppuratif, survenant chez un malade, on ne peut affirmer *a priori* qu'il s'est produit une infection secondaire; il faut de toute nécessité entreprendre des recherches bactériologiques. Le plus souvent pourtant, les foyers purulents sont sous la dépendance des microbes habituels de la suppuration; ceux-ci, avons-nous dit, n'occupent pas une place bien élevée dans l'échelle de la virulence; on les rencontre un peu partout, ce sont nos hôtes habituels et généralement ils végètent sur notre corps, sans déterminer aucun accident; on les trouve sur la peau, au moins les staphylocoques, sur les muqueuses, dans la bouche; incapables le plus souvent de nuire à un organisme sain, ces agents n'en représentent pas moins des hôtes dangereux, et exercent une menace permanente. Que la résistance que nos tissus offrent à leur envahissement vienne à faiblir; qu'il se produise une solution de continuité; que, sous l'influence de la maladie, les sécrétions s'altèrent, ces microbes envahiront, par la moindre fissure, les parties affaiblies et se développeront facilement sur un terrain préparé. Aussi, comprend-on de suite que les suppurations secondaires se produisent de préférence aux endroits où les microbes végètent : ce sera la peau, ce seront les muqueuses respiratoire, digestive, génito-urinaire, ce seront aussi les glandes, dont les conduits excréteurs viennent s'ouvrir au niveau de ces muqueuses; la suppression, ou tout au moins la diminution et l'altération des sécrétions, favorisent la pénétration des microbes et, il y a longtemps déjà, que les cliniciens avaient remarqué que les parotidites, par exemple, survenaient surtout dans les fièvres graves où la bouche était desséchée et lorsque des nettoyages fréquents ne venaient pas remédier à l'absence de sécrétion.

Ce que nous avons dit de la présence constante des microbes pyogènes sur le tégument cutané, fait comprendre immédiatement que les affections les plus diverses, qui altèrent la structure de la peau, doivent avoir pour conséquence de favoriser la suppuration. Tel est le cas de la

variole et de la vaccine. Dans les pustules, on trouve différents microbes qui n'ont rien à voir avec l'agent spécifique, encore inconnu, de ces maladies; ce sont des parasites vulgaires qui expliquent seulement la suppuration. Souvent, dans une même pustule, on trouve les bactéries les plus différentes : les *staphylococcus aureus*, *albus*, *citreus*, *viridis*, *flavescens*, des bacilles, quelquefois des sarcines, etc.

Il en est à peu près de même pour l'érysipèle; les phlyctènes, qu'on y observe fréquemment, peuvent, au début, ne contenir que le streptocoque, agent spécifique de la maladie; mais plus tard, à côté de lui, on rencontre d'autres microbes, particulièrement le staphylocoque. Parfois ces microbes, venus secondairement, peuvent être le point de départ d'une infection générale. Karlinski rapporte, à ce propos, une observation fort curieuse : dans le lait d'une femme, atteinte d'un érysipèle à la face, sans aucune lésion au niveau des mamelles, cet auteur trouva les *staphylococcus cereus*, *albus*, *citreus*, *flavus*; l'enfant, qu'allaitait sa mère, succomba. A l'autopsie on constata une gastro-entérite catarrhale, avec péritonite, pleurésie, pneumonie lobaire et parotidite double. Toutes ces lésions étaient l'expression anatomique d'une infection combinée et l'examen bactériologique permit de retrouver, dans le tube digestif, dans les organes malades et dans le sang, les mêmes microbes que ceux que renfermait le lait maternel.

Il serait facile de multiplier les exemples qui établissent l'importance du rôle joué par les microbes pyogènes, dans les altérations cutanées. Presque toutes les affections ulcéreuses de la peau peuvent permettre la végétation de ces microbes, depuis l'érythème polymorphe jusqu'à l'impétigo, et peut-être a-t-on regardé trop facilement, comme cause de la maladie elle-même, le *staphylococcus aureus*, qu'on rencontre si souvent dans les affections cutanées les plus diverses et qui ne semble représenter qu'un parasite secondaire et accessoire.

III

Les muqueuses, tapissant des cavités qui viennent s'ouvrir à l'extérieur, sont facilement envahies par les microbes. Quelques-unes, pourtant, en sont dépourvues à l'état normal : c'est le cas de l'urèthre, où les microbes ne dépassent guère la fosse naviculaire. On peut même dire qu'à l'état de santé, l'appareil urinaire offre une assez grande résistance à l'envahissement par les microbes; il n'en est plus de même lorsqu'il existe des altérations ou des troubles préalables, par exemple de la rétention d'urine. Sur un terrain préparé, les agents pathogènes, les plus divers, se développent abondamment; on en a décrit jusqu'à quatorze (Doyen); on les trouve isolés ou réunis, envahissant la vessie, les uretères, les bassinets, les reins; ils peuvent même aller au delà et déterminer des phlegmons périnéphrétiques. Mais un fait curieux, bien mis en évidence par MM. Hallé et Albarran, c'est qu'à mesure qu'on remonte de la vessie vers le rein, le nombre des espèces microbiennes diminue de plus en plus; tandis que, dans la vessie, on peut trouver, chez un même individu, différentes variétés de microbes, on ne rencontre guère qu'un seul agent au niveau du rein, la bactérie pyogène; c'est, d'après les recherches de ces auteurs, le microbe qui a le plus de tendance à envahir les différentes parties des voies urinaires.

De toutes les affections des voies urinaires et génitales, c'est la blennorrhagie qui présente le plus d'intérêt, au point de vue qui nous occupe. On sait que cette maladie est sous la dépendance d'un microbe, désigné sous le nom de *gonococcus* de Neisser. On avait supposé, à un moment, que ce microbe pouvait émigrer et envahir les différents organes ou tissus qui sont, trop souvent, le siège d'accidents secondaires. Une telle pathogénie peut s'appliquer peut-être à quelques cas; il existe des observations dans lesquelles les jointures ne semblaient contenir que l'agent de la blennorrhagie : c'est ce que tendent à prouver quelques faits uniquement basés, il est vrai, sur l'examen microscopique et rapportés par Afanassieff, Petrone, Kemmerer, Smirnoff. Mais, dans la plupart des cas, ce n'est pas cet agent qui provoque les accidents, dits métastatiques; la blennorrhagie ne fait qu'ouvrir la porte aux microbes de la suppuration et ce qu'on trouve dans les articulations, c'est un microbe pyogène banal. Tel est le résultat des observations de Audry, Gerheim, Bonnemann, Haab, etc.

Souvent même, les accidents péri-uréthraux de la blennorrhagie relèvent aussi d'une infection combinée; ainsi Bockhardt rapporte une observation où un bubon suppuré ne contenait que le *staphylococcus aureus*; de même, un abcès péri-uréthral, survenu au cours d'une gonorrhée. Bumm a fait une observation analogue chez la femme, pour les glandes de Bartholin. En se basant sur ces faits et sur d'autres semblables, Gerheim a posé, comme loi, que tout processus infectieux, portant sur un tissu non revêtu d'un épithélium cylindrique, ne dépend pas du gonocoque, mais relève d'une infection secondaire.

Chez la femme, le vagin est, à l'état normal, rempli de micro-organismes et l'on peut se demander comment les accidents puerpéraux ne sont pas plus fréquents à la suite de l'accouchement. C'est que, probablement, il faut tenir compte de la résistance toute spéciale qu'offre aux infections l'utérus de la parturiente (expériences de Straus et Sanchez-Tolédo). Dans le cas de fièvre puerpérale, il semble que le streptocoque soit l'agent le plus fréquent de la maladie. Les recherches de M. Widal ont montré, en effet, que, si l'on trouve de nombreux microbes au niveau du vagin et même de l'utérus, c'est le streptocoque qui traverse le plus facilement les parois utérines et détermine la fièvre puerpérale. Mais souvent, dans les foyers purulents, on trouve cette association, que nous avons déjà signalée si souvent, du streptocoque et du staphylocoque.

Le tube digestif est la cavité qui, incontestablement, renferme le plus grand nombre de microbes : M. Vignal a pu isoler dix-sept espèces dans la bouche; dans l'intestin, les parasites sont peut-être plus nombreux encore; ils déterminent des fermentations intenses, dont les produits sont absorbés et peuvent créer des opportunités morbides et favoriser la production de divers accidents et particulièrement des suppurations (Bouchard).

Parmi les nombreuses lésions suppuratives, dont le tube digestif peut être le point de départ, nous citerons tout d'abord les parotidites qu'on observe assez souvent au cours ou au déclin des maladies infectieuses et particulièrement de la fièvre typhoïde. Leur pathogénie a donné lieu à bien des discussions; il semble établi aujourd'hui qu'il s'agit réellement d'une infection secondaire; des microbes pyogènes remontent dans le canal excréteur, grâce, sans doute, à la sécheresse de la bouche et à la diminution des sécrétions; en incisant l'abcès on trouve, unies ou non au bacille typhique, les diverses bactéries de la suppuration. La lésion ne reste pas toujours circonscrite et, dans quelques

cas, les agents, qui ont colonisé dans la parotide, passent dans la circulation générale où ils déterminent des accidents rapidement mortels. Antone et Futterer citent, à ce propos, une observation très remarquable ; au cours d'une fièvre typhoïde, ils observèrent une parotidite, dont le pus renfermait trois microbes, le bacille typhique, le *staphylococcus aureus* et le streptocoque. Le malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie le bacille typhique dans tous les organes, et, à côté de lui, on décela le *staphylococcus aureus* ; mais ce dernier faisait défaut dans les glandes mésentériques, ce qui tendrait à prouver qu'il ne provenait pas de l'intestin, mais qu'il avait pénétré par la parotide.

Les amygdales renferment aussi un grand nombre de microbes pathogènes : on y a trouvé le pneumocoque, le *staphylococcus aureus*, le *proteus vulgaris*. On sait, du reste, que ces organes peuvent être le point de départ de véritables infections générales, entraînant quelquefois à leur suite des complications assez graves, telles que la néphrite.

La grande quantité de microbes qui se trouvent dans l'intestin, explique la fréquence des suppurations, survenant secondairement à une altération de cette partie des voies digestives. C'est ainsi que les ulcérations intestinales peuvent servir de porte d'entrée à des germes pyogènes allant infecter l'organisme. Ainsi s'expliqueraient les abcès observés dans les différents viscères, particulièrement dans les reins et la rate, au cours de la fièvre typhoïde ; pourtant dans les cas publiés, les recherches bactériologiques ont été insuffisantes et peut-être quelques-uns de ces abcès sont-ils sous la dépendance du bacille typhique. C'est toujours la même difficulté d'interprétation que nous retrouvons encore pour la dysentérie ; il semble pourtant que, dans cette maladie, les abcès du foie relèvent, non pas d'une infection surajoutée, mais d'une localisation de la maladie primitive : c'est véritablement une dysentérie hépatique.

IV

Les voies respiratoires représentent aussi un système largement ouvert ; l'air y circule librement, apportant avec lui de nombreux microbes. Aussi pourra-t-on observer des suppurations secondaires sur toute l'étendue de l'arbre aérien, depuis les fosses nasales jusqu'aux poumons. Quelquefois même, les microbes remontent par les trompes d'Eustache et vont déterminer des otites moyennes. M. Netter, qui a étudié avec soin ces otites, y a trouvé divers microbes, tels que le staphylocoque, les pneumocoques de Frœnkel et de Friedlander, et surtout le streptocoque. Ce dernier agent entraîne des accidents souvent fort graves, particulièrement des suppurations de cellules mastoïdiennes, des phlébites des sinus, voire la pyohémie. Quelquefois plusieurs espèces sont réunies : il y en a deux et même trois venant ajouter leur action nocive à celle de la maladie primitive.

Le larynx peut aussi être envahi par des microbes pyogènes : c'est ce qu'on observe particulièrement dans la fièvre typhoïde ; le bacille d'Éberth semble préparer le terrain, en altérant les follicules clos qui se trouvent dans cette partie des voies aériennes. Mais les lésions si graves qui y surviennent, et qu'on désigne sous le nom de laryngotyphus, sont sous la dépendance des microbes habituels de la suppuration et particulièrement des *staphylococcus aureus* et *flavus* (Erlich).

Au premier abord, le poumon paraît à l'abri du processus suppuratif. A l'état normal, cet organe est bien protégé contre l'arrivée des microbes ; ceux-ci sont arrêtés chemin faisant ; ceux qui gagnent les alvéoles semblent y être détruits, de sorte que l'air expiré est dépourvu de micro-organismes (Straus) ; mais s'il survient des altérations des voies respiratoires, les microbes pourront gagner de proche en proche ; s'ils trouvent le poumon préparé par la maladie antérieure à recevoir leur atteinte, il en résultera une infection combinée. La pneumonie franche peut être prise comme exemple. Quand elle évolue d'une façon régulière, cette maladie n'est sous la dépendance que d'un seul agent, le pneumocoque de Frœnkel. Mais, dans quelques cas, d'autres microbes s'y ajoutent, particulièrement le staphylocoque et surtout le streptocoque, qui déterminent, dans le parenchyme pulmonaire, des suppurations et des pertes de substance. Ces agents pyogènes pourront même être le point de départ d'infections secondaires et l'on se rappelle le travail de M. Jaccoud sur ces pyohémies, dont la porte d'entrée était constituée par une pneumonie franche.

Rien n'est plus fréquent que d'observer des altérations pulmonaires au cours des maladies infectieuses : il suffit de citer la fièvre typhoïde et la rougeole. Au point de vue purement bactériologique, on peut diviser ces complications en trois groupes : tantôt la lésion est sous la dépendance de l'agent de la maladie principale, c'est une simple localisation ; tantôt elle relève d'un des microbes auxquels on a attribué la production des pneumonies primitives, particulièrement des pneumocoques de Frœnkel et de Friedlander ; tantôt enfin, elle est liée au développement des microbes habituels de la suppuration. Pour ne pas scinder l'étude de ces faits, nous allons dire quelques mots des complications pulmonaires, envisagées dans leur ensemble, qu'elles soient ou non suppuratives.

Il est tout à fait exceptionnel d'observer des altérations pulmonaires relevant de l'agent principal de la maladie : c'est ce qu'on a vu, il est vrai, pour la fièvre typhoïde (Observ. de Frœnkel, de Chantemesse et Widal, de Foa et B. Uffreduzzi) ; mais ce résultat est loin d'être la règle. Presque toujours, il s'agit d'une infection secondaire. Le plus souvent, le foyer pulmonaire renferme un des deux pneumocoques. Dans un travail fort intéressant, M. Broca a su mettre à leur véritable place ces pneumonies secondaires ; il rapporte une observation où un malade, frappé par le choléra, fut atteint de pneumonie ; dans les crachats et dans le râclage du poumon, on put trouver le pneumocoque de Friedlander. Les faits de ce genre semblent fréquents : l'on s'accorde, actuellement, à admettre une infection combinée pour expliquer les lésions du poumon dans la rougeole, la fièvre typhoïde, la diphthérie, etc. (Observ. de Massalongo, Lombroso, Netter, etc.).

Dans d'autres cas, ce qu'on trouve dans le poumon, c'est le streptocoque ; le plus souvent, c'est le streptocoque de l'érysipèle (comme l'ont vu Maria Raskin dans la scarlatine, Guarnieri, Tobertz dans la rougeole), quelquefois un streptocoque un peu différent de ceux décrits jusqu'ici (Neumann, dans la fièvre typhoïde). Enfin le streptocoque peut être isolé ou associé à un autre microbe et, particulièrement, au *staphylococcus aureus*.

Il est assez difficile actuellement de déterminer le rapport qui existe entre les symptômes présentés par le malade, les lésions trouvées à l'autopsie, et le microbe, agent de ces désordres. Il semble pourtant que les altéra-

tions, primitives ou secondaires, produites par le streptocoque, s'accompagnent de phénomènes fort graves, et parfois d'accidents typhoïdes. Les caractères anatomiques paraissent assez spéciaux : il s'agit d'une pneumonie interstitielle aiguë, à noyaux multiples, lobulaires ou pseudolobaires, et ayant une grande tendance à l'envahissement. C'est, dit Finkler, un véritable érysipèle du poumon.

Les infections combinées jouent un très grand rôle dans la tuberculose pulmonaire ; en se développant dans le poumon, les pneumocoques peuvent venir en aide au bacille de la tuberculose ; c'est le pneumocoque de Friedlander que l'on trouve le plus souvent ; Biedert et Sigel pensent que ce microbe détermine des inflammations qui préparent et affaiblissent le terrain. Mais c'est surtout lorsqu'il existe des cavernes, que les processus secondaires ont la plus grande importance. Quelle que soit la nature de la caverne, qu'il s'agisse d'une lésion syphilitique ou tuberculeuse, une variété innombrable de microbes peut se développer et végéter à sa surface ; on y a trouvé des sarcines, des zooglées, des staphylocoques et des streptocoques, le *micrococcus tetragenus*, le bacille du pus vert, les *proteus vulgaris* et *mirabilis*, le *bacillus fluorescens putidus*, etc. Ces divers agents ont un double effet, local et général : localement, ils s'attaquent au parenchyme pulmonaire, dont la maladie primitive a diminué la résistance, et y créent un processus suppuratif et destructeur ; leur action générale n'est pas moins importante et c'est à leur développement qu'il faut rattacher les symptômes graves qu'on observe et, particulièrement, les phénomènes de septicémie et la fièvre hectique. Aussi, à cette période, existe-t-il une certaine ressemblance entre les malades, qu'il s'agisse de phthisiques tuberculeux ou syphilitiques (Dieulafoy). Enfin les microbes peuvent quitter le poumon et envahir l'organisme, comme dans une observation rapportée par Hobst.

Nous serons bref sur les suppurations des séreuses. Lorsqu'on les observe au cours des infections, on trouve presque toujours dans l'exsudat un des microbes que nous avons rencontrés au niveau des muqueuses : pneumocoque, streptocoque ou staphylocoque. De même aussi on peut voir l'agent principal de la maladie être la cause de cette complication : c'est ce qu'on a observé avec la fièvre typhoïde. Valentini n'a trouvé que le microbe de cette maladie dans une pleurésie purulente ; Frœnkel rapporte un cas où l'exsudat d'une péritonite, survenue à la suite d'une dothiénentérie, ne renfermait que le bacille d'Eberth ; il en est de même dans une observation de Weichselbaum, où l'inflammation de la séreuse fut consécutive à une rupture de la rate.

La péritonite peut être aussi sous la dépendance d'un des nombreux microbes de l'intestin ; c'est ce qui ressort des expériences de Pawlowsky : en produisant sur des lapins des perforations intestinales, cet auteur a reconnu que la péritonite consécutive était produite par un microbe spécial, qu'il dénomme *bacillus peritonidis ex intestinis cuniculi*. Tout récemment, M. Laruelle a montré que les péritonites par perforation, chez l'homme ou chez le chien, sont dues au *bacterium coli commune*, c'est-à-dire à un parasite pyogène qu'on trouve constamment dans le tube digestif.

Bien souvent les altérations des séreuses, qu'il y ait ou non un foyer concomitant de pneumonie, sont sous la dépendance du pneumocoque de Frœnkel. C'est ce qu'on a vu pour les méningites, les péricardites, les pleurésies, les péritonites. Le pneumocoque est seul ou bien il est uni à d'autres microbes, et particulièrement au *staphylococcus aureus*.

Il va sans dire que le *staphylococcus aureus* peut, à lui seul, déterminer les mêmes lésions. Banti cite, à ce propos, une observation bien curieuse : au cours d'une pneumonie, il vit se produire une pleurésie et une péricardite purulentes ; or, le poumon renfermait les staphylocoques unis au pneumocoque, tandis que les épanchements pleuraux et péricardiaques ne contenaient que des staphylocoques.

Ailleurs, la pleurésie est produite par le streptocoque, quelquefois uni au staphylocoque, comme dans une observation de fièvre puerpérale, publiée par Stern et Hirschler.

On voit, en résumé, que les altérations secondaires des séreuses nous conduisent aux mêmes conclusions que les suppurations des muqueuses ou de la peau. Les articulations ne font pas exception : les arthropathies des maladies infectieuses sont généralement des infections secondaires ; nous avons déjà parlé de la blennorrhagie ; il en est de même dans la scarlatine où Maria Raskin a trouvé des streptocoques dans les épanchements articulaires. Enfin, tout récemment, Pawlowsky a étudié les arthrites tuberculeuses, et, dans les cas à forme destructive avec fièvre et affaiblissement du malade, il a trouvé que le bacille de Koch était uni à des streptocoques, à l'*aureus* et au *bacillus pyocyaneus*.

V

On sait que, lorsque la suppuration envahit un foyer de broncho-pneumonie, l'altération débute par le centre du lobule, c'est-à-dire par la partie qui est en rapport avec l'air extérieur. De même l'air pourra amener dans le poumon des germes morbides qui y détermineront un autre processus, la gangrène.

La gangrène est une altération qui n'a non plus rien de spécifique ; un grand nombre de microbes peuvent la déterminer. Le vibrion septique, le bacille du charbon symptomatique provoquent dans les tissus un véritable processus gangréneux ; Tricomi a trouvé, dans la gangrène sénile, un bacille qui peut, chez les animaux, déterminer du sphacèle ; Schutz a isolé divers microbes de la putréfaction des foyers gangréneux qui, chez le cheval, viennent compliquer la pneumonie. Mais ce qu'on trouve le plus souvent, c'est un des microbes dont nous avons déjà parlé et particulièrement un des staphylocoques : la gangrène pulmonaire peut être sous la dépendance de ces agents (Bonome), unis ou non à divers saprophytes, non pathogènes par eux-mêmes, mais pouvant végéter dans les tissus frappés de nécrose. MM. Nocard et Moulé ont publié, à ce propos, un fait bien intéressant : ils ont trouvé, dans les lésions gangréno-emphysémateuses du charbon symptomatique, un parasite inoffensif par lui-même, incapable de vivre dans les muscles sains, mais déterminant dans le foyer morbide une putréfaction qui lui fait exhaler une odeur de beurre rance.

C'est l'état de l'organisme qui semble avoir la plus grande importance dans la production de la gangrène. O. Bujwid a montré que le *staphylococcus aureus*, cet agent pyogène par excellence, amène, chez les animaux, des plaques de sphacèle, lorsqu'on injecte en même temps une solution de glycose, c'est-à-dire lorsqu'on imite plus ou moins ce qui se passe dans le diabète.

Chez les individus atteints ou convalescents d'une maladie infectieuse, la gangrène secondaire se produit grâce à l'altération préalable du tissu, et siège surtout aux points où

les microbes sont le plus abondamment répandus (gangrène de la bouche, de la vulve), ou envahit le poumon, particulièrement lorsque cet organe était déjà malade (rougeole, diphthérie).

Remarquons, enfin, que les gangrènes des téguments peuvent encore reconnaître pour cause des oblitérations artérielles; celles-ci semblent sous la dépendance d'une infection secondaire relevant du streptocoque.

Sans qu'on ait besoin d'invoquer la bactériologie, on sait que la diphthérie secondaire est une infection surajoutée. La diphthérie qui est, comme on sait, sous la dépendance d'un microbe spécial, le bacille de Klebs et Lœffler, envahit facilement les organismes déjà malades, se comportant comme dans les cas où elle est primitive, mais ayant une certaine tendance à calquer ses localisations sur celles de la maladie première; dans la scarlatine, elle envahira de préférence les fosses nasales; dans la rougeole, elle s'étendra vers le larynx. Dans les deux cas, elle montrera une grande tendance à revêtir le caractère infectieux, et l'on sait combien est grave le pronostic de cette infection secondaire, qui fait tant de victimes dans les hôpitaux d'enfants.

Quelques auteurs ont voulu aussi rattacher à un microbe surajouté les hémorrhagies qu'on observe dans les fièvres. Hlava s'est fait le défenseur de cette théorie qui commence à rallier un certain nombre de partisans.

Enfin, nous rappellerons que Senger a prétendu que, dans nombre de maladies, les rechutes n'étaient souvent que des infections secondaires: la fièvre typhoïde, par exemple, en ulcérant la muqueuse intestinale, permettrait à d'autres germes d'entrer en scène et de déterminer des troubles qu'on ne devrait pas toujours rattacher à une reprise de la maladie première. Il y a là, évidemment, une conception assez originale qui mériterait d'être vérifiée.

On peut voir aussi une maladie infectieuse prédisposer le malade à contracter une septicémie. Babès a publié un très grand nombre d'observations de ce genre, recueillies chez des enfants. Les microbes, qu'a trouvés cet expérimentateur, peuvent être divisés en trois groupes: tantôt ce sont des bactéries de la suppuration et particulièrement le streptocoque pyogène, qui déterminent la septicémie; tantôt ce sont de simples microbes saprogènes qui acquièrent, d'une façon accidentelle et passagère, des propriétés nocives; tantôt enfin, ce sont des bactéries déterminant chez les animaux de véritables septicémies, Les cas de cette dernière espèce sont peu connus; Babès a pu isoler huit microbes, dont l'un rappelle assez bien le bacille de la septicémie des lapins.

Des septicémies analogues, relevant d'un streptocoque, peuvent s'observer chez les enfants atteints de syphilis héréditaire (Kossowitz, Hochsinger, Chotzen, d'Outrelepont); la mort survient au milieu de phénomènes infectieux avec une fièvre vive.

VI

Dans toutes les infections combinées, que nous avons étudiées jusqu'ici, nous avons vu que la maladie surajoutée venait notablement aggraver le pronostic: d'une façon générale, on peut dire qu'une infection combinée est plus grave qu'une infection simple.

Il est des cas où l'évolution est toute différente; les deux microbes engagent, en quelque sorte, une lutte entre eux; l'organisme se trouve avoir, dans un des deux agents pathogènes, un allié bien inattendu. C'est ainsi qu'on a vu des ulcères rebelles, des bubons, des lupus, des cancers (?), guérir sous l'influence d'un érysipèle. Wieden a rapporté un cas où un rhumatisme articulaire aigu rétrocéda quand apparut un érysipèle. Si les faits de ce genre sont exceptionnels en clinique, et même douteux, leur réalité a été mise hors de doute par des travaux de laboratoire.

Emmerich reconnut que des cobayes, qui avaient reçu le microbe de l'érysipèle, étaient devenus réfractaires au charbon; en étudiant de plus près le mécanisme de la résistance au sang de rate, l'auteur constata qu'au bout de six heures, les bactéridies étaient altérées; on n'en trouvait plus après douze ou dix-sept heures.

Pawlowsky, qui a repris cette étude, s'aperçut que l'immunité n'est créée que contre les inoculations sous-cutanées et non contre les inoculations intra-veineuses. Il fit remarquer que d'autres microbes possèdent la même action et particulièrement le pneumocoque de Friedlander, le *staphylococcus aureus*, le *bacillus prodigiosus*. Ce sont surtout les microbes pyogènes qui empêchent le développement du charbon; en injectant coup sur coup les deux microbes, non plus sous la peau, mais dans les veines, on retarde la mort, mais on ne sauve pas les animaux. Ces faits, fort intéressants, ont été confirmés, au moins dans ce qu'ils ont d'essentiel, par les travaux ultérieurs. C'est ainsi que Pavone a vu résister au charbon des cobayes qui avaient reçu auparavant le bacille typhique. Zagari va même plus loin: si l'on en croit ses recherches, les cultures stérilisées du bacille cholérique auraient également la propriété de rendre l'organisme réfractaire au charbon.

M. Bouchard a étudié les effets d'inoculations, à quelques heures de distance, du charbon et du bacille pyocyanique; il a pu ainsi sauver un certain nombre d'animaux (46 p. 100) de l'infection charbonneuse, mais il a constaté de plus que les animaux guéris n'avaient pas acquis l'immunité; inoculés plus tard avec du sang charbonneux, sans adjonction du bacille pyocyanique, ils ont tous succombé au charbon. Quelque temps après cette communication, M. Freudenreich a publié des expériences qu'il avait faites avec les mêmes microbes et qui l'avaient conduit aux mêmes résultats.

Devant des faits aussi encourageants, il était tout naturel de tenter d'appliquer à l'homme la méthode qui avait réussi dans le laboratoire. De là est née la bactériothérapie, dans laquelle on se propose d'attaquer un agent pathogène par un autre microbe; c'est contre la tuberculose qu'ont été tournés les efforts. On a fait inhaler aux malades des liquides chargés de *bacterium termo*, c'est-à-dire d'un microbe par lui-même inoffensif. Cantani, qui tenta ce traitement, prétendit en avoir obtenu d'heureux résultats. Ce même optimisme fut partagé par Salama, Wells, Testi, Marzi. Mais Sormani, Ballagi, Stacklewicz, Filipowitch n'obtinrent aucune amélioration; souvent même ils virent les malades perdre l'appétit et présenter des troubles gastriques. Enfin, Flora et Maffucci tentèrent de transporter la question sur le terrain expérimental: ils inoculèrent la tuberculose à des cobayes et des lapins, puis leur injectèrent le bacterium termo; il n'y eut aucun effet favorable. Devant ces résultats peu encourageants, la méthode semble avoir été abandonnée.

VII

Il nous reste à dire quelques mots des infections combinées, caractérisées par l'évolution simultanée ou succes-

sive de deux maladies qui n'exercent l'une sur l'autre aucune influence appréciable et ne semblent pas se modifier mutuellement.

C'est ce qu'on voit, par exemple, quand deux fièvres éruptives évoluent sur un même sujet. Le plus souvent c'est la rougeole et la scarlatine, dont on observe la coexistence : les deux éruptions peuvent apparaître en même temps; elles n'empiétent pas l'une sur l'autre; chacune se développe sur les points du tégument qui ont été épargnés; chaque maladie se comporte comme si elle existait seule. Tout ce qu'on observe, c'est que les éruptions sont généralement plus courtes que d'habitude; quant au pronostic, il n'est nullement modifié.

On avait cru, à un moment donné, que la rougeole et la scarlatine pouvaient se combiner et donner naissance à une forme hybride, qu'on a désignée sous le nom de rubéole ou sous la dénomination allemande de *roetheln*. Mais, parmi les faits fort disparates qu'on a voulu faire rentrer dans ce groupe, on peut reconnaître que, tantôt il s'est agi d'une infection mixte, évoluant comme nous l'avons indiqué ci-dessus, tantôt d'une maladie spéciale, la roséole épidémique. C'est, du moins, la conclusion à laquelle arrive M. Bez dans son excellente thèse sur la coexistence des fièvres éruptives.

Nous n'insisterons pas sur toutes les combinaisons possibles : variole, rougeole, scarlatine, varicelle, vaccine et même fièvre typhoïde peuvent s'unir deux à deux, chacune gardant sa physionomie spéciale; il en résulte une évolution assez bizarre et capable d'exposer à des erreurs de diagnostic presque inévitables.

On pourrait citer bien d'autres exemples analogues; nous en choisirons encore un : c'est celui de l'érysipèle dans la fièvre typhoïde : Seitz a reconnu qu'il s'agissait bien dans ce cas d'une infection combinée, Escherich et Fischl également. Mais si l'on en croit une observation, malheureusement incomplète, de Rheiner, des lésions érysipélatoïdes pourraient ne contenir que le bacille typhique; ce microbe acquerrait la propriété d'amener ainsi une phlegmasie assez spéciale de la peau, comme il peut acquérir accidentellement la propriété de faire du pus; il y a là un fait qui, s'il se confirme, présente un véritable intérêt, au point de vue de la pathologie générale.

Puisque nous parlons de la fièvre typhoïde, nous citerons une combinaison assez curieuse par sa rareté; Karlinski a vu, au trentième jour d'une dothiénentérie, une malade succomber au charbon intestinal; cette complication reconnaissait pour cause l'usage de lait provenant d'une vache charbonneuse.

La syphilis peut se combiner avec d'autres infections à ses diverses périodes. Au début, tout le monde connaît le chancre mixte, résultant de l'inoculation simultanée du virus syphilitique et du virus chancrelleux : ici encore, chaque maladie évolue pour son compte, le chancre mou, dont l'incubation est courte, apparaît le premier; après quelques jours, sa base s'indure; puis le chancre mou guérit et la lésion syphilitique persiste; le chancre n'est donc mixte que pendant la période moyenne de son existence.

Même évolution pour le chancre vaccino-syphilitique; l'éruption vaccinale débute et se fait régulièrement; puis, vers le vingt-cinquième jour, sous les croûtes des pustules ou même leurs cicatrices, apparaît le chancre; il n'y a rien de spécial à noter, sauf peut-être une petite diminution dans le temps d'incubation de la syphilis.

Plus tard, la syphilis peut se combiner avec d'autres infections qui modifient quelque peu sa physionomie. Ainsi assez souvent, on observe de la tuberculose laryngée chez des individus qui ont eu des accidents syphilitiques. Il n'est pas rare non plus de voir, chez les mêmes malades, de la tuberculose pulmonaire.

VIII

Nous avons passé en revue les principaux faits qui établissent l'importance des infections combinées; dans quelques cas, leur pathogénie est fort simple, c'est, par exemple, lorsque deux virus sont inoculés simultanément et évoluent chacun pour son compte. Mais, dans d'autres cas, nous avons vu que les deux agents, pénétrant simultanément dans un organisme, peuvent se prêter un mutuel concours et triompher d'une résistance invincible pour l'un d'eux.

Nous avons poursuivi, au laboratoire de notre maître, M. le professeur Bouchard, une série de recherches expérimentales qui nous semblent éclairer le mécanisme de ces associations microbiennes. Nous avons déjà parlé du charbon symptomatique, cette maladie qui se caractérise essentiellement par la production de tumeurs gangréno-emphysémateuses. Le bacille de cette maladie n'est pas pathogène pour le lapin, comme l'ont démontré les travaux de MM. Arloing, Cornevin et Thomas. Nous avons recherché si l'on ne pourrait pas vaincre la résistance de cet animal, en inoculant avec le virus charbonneux un autre microbe; nous avons tout d'abord employé un agent non pathogène, le *bacillus prodigiosus*, qui a la propriété de sécréter une matière colorante d'un rouge magnifique; les cultures de ce microbe peuvent être sans inconvénient injectées, même à de très hautes doses, dans les muscles d'un lapin. Voilà donc deux bacilles inoffensifs pour cet animal. Mais si, au lieu de les inoculer séparément, on les injecte tous deux au même animal, celui-ci succombe rapidement et l'autopsie montre un foyer gangréneux semblable à celui qu'on observe chez les animaux sensibles au charbon symptomatique. Ainsi, l'union de deux microbes inoffensifs détermine une maladie rapidement mortelle.

En poursuivant l'étude de ce résultat si inattendu, nous avons reconnu que le microbe auxiliaire, le prodigiosus, agit en sécrétant des substances nocives et, parmi ces substances, celles qui favorisent l'infection, sont celles qui sont insolubles dans l'alcool et solubles dans la glycérine. Ces substances chimiques agissent, non pas en altérant localement les tissus, mais en amenant une modification dans l'état général de l'animal en expérience; leur action est si marquée, qu'il suffit d'introduire l'extrait aqueux ou glycériné d'une seule goutte de prodigiosus dans une veine, et d'injecter en même temps le charbon symptomatique dans une cuisse, pour permettre le développement de cette maladie, et voir l'animal succomber en vingt-quatre heures.

La production de matières solubles, au cours d'une infection, prédispose donc singulièrement au développement des infections secondaires. D'autres conditions viennent s'y joindre. En première ligne, nous signalerons l'hyperthermie : par le seul fait que la température d'un organisme est augmentée, on peut voir diminuer sa résistance aux microbes.

Du reste, la fièvre n'agit pas seulement en élevant la température organique, elle agit aussi en encombrant l'organisme de produits toxiques, en diminuant les sé-

crétions et favorisant ainsi la propagation des bactéries.

Telles sont les principales conditions qu'on peut invoquer actuellement pour expliquer le mécanisme mis en œuvre par les microbes qui agissent synergiquement contre l'organisme envahi.

Mais, nous avons cité des cas où les phénomènes sont bien différents et où deux microbes, au lieu de s'entr'aider, se nuisent réciproquement, de sorte que l'animal, qui n'aurait pu résister à un des deux agents isolés, triomphe d'eux quand ils sont réunis.

Pour expliquer ce résultat, dont la réalité ressort d'assez nombreuses recherches expérimentales, on a invoqué ce qu'on appelle l'antagonisme des bactéries.

Garré, un des premiers, a montré que des cultures épuisées par la végétation d'un microbe étaient également impropres au développement de quelques autres bactéries. Ce résultat a été reconnu exact par divers expérimentateurs, et particulièrement par Freudenreich, Sirotinin, Soyka et Bandler, etc. Sauf quelques points de détail sur lesquels nous ne pouvons insister ici, ces auteurs sont arrivés aux mêmes conclusions. On savait, du reste, depuis longtemps que, lorsqu'on ensemence divers microbes dans un même milieu, il s'établit entre eux une sorte de concurrence vitale ; il en est qui succombent, il en est qui prennent le dessus ; si l'on fait des cultures successives, on peut ainsi les voir se purifier et finir par ne contenir qu'une espèce : c'est une vraie sélection naturelle. L'espèce qui résiste le plus, est généralement celle qui est le plus répandue et le moins pathogène. C'est ainsi que MM. Charrin et Guignard ont démontré que, lorsqu'on sème du charbon et du bacille pyocyanique dans un même ballon, on voit le premier de ces microbes présenter des formes végétatives anomales et, en quelque sorte, pathologiques, et finir par être étouffé par son concurrent. Faut-il, dans l'expérience de M. Bouchard, qui combat chez le lapin l'infection charbonneuse par le bacille pyocyanique, invoquer un mécanisme analogue. Il est assez difficile de répondre actuellement. Si cela était, on pourrait dire qu'un microbe favorisera ou entravera l'évolution d'un autre microbe, suivant que ses produits de sécrétion seront plus nuisibles à l'organisme envahi ou au microbe envahisseur. Il est bien évident que cette formule, toute schématique, ne peut que donner une idée de la variabilité des effets observés et ne peut prétendre à expliquer la complexité des phénomènes que nous étudions.

Il n'en résulte pas moins, au point de vue pratique, que les résultats des infections combinées varient totalement, suivant les microbes envahisseurs et l'organisme envahi, mais que, le plus souvent, les infections combinées doivent être considérées comme défavorables. Aussi faut-il s'opposer énergiquement à leur développement ; c'est à l'antisepsie qu'on devra s'adresser.

Nous n'avons guère besoin, croyons-nous, de présenter de longues considérations thérapeutiques ; l'indication est, en somme, assez simple : lutter localement contre les microbes qui peuvent envahir l'organisme malade, et faire une antisepsie rigoureuse des téguments, des muqueuses, de la bouche et surtout de l'intestin. Cette dernière pratique a une double importance : elle supprimera des germes d'infection secondaire, elle entravera les putréfactions dont les produits nocifs contribuent à diminuer la résistance de l'individu aux microbes qui l'attaquent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 janvier 1890. — Présidence de M. Terrier.

M. Le Dentu remercie de nouveau ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en le nommant président de la Société de chirurgie en 1889. Sa tâche a été facilitée singulièrement par l'affabilité qui n'a cessé de régner dans ses rapports avec les différents membres de cette Société.

M. Le Dentu donne lecture d'une lettre que M. Nicaise, président actuel, lui a adressée il y a peu de jours. M. Nicaise aurait désiré être présent à la séance d'aujourd'hui, mais ce plaisir lui a été refusé. Il prie ses collègues d'excuser son absence qui se prolongera pendant quelques mois. En conséquence, M. Le Dentu invite M. Terrier, vice-président de la Société, à remplacer M. Nicaise et à monter au fauteuil présidentiel.

PRÉSENTATION

Des pieds bots. — M. Lucas-Championnière présente, de la part de M. Piéchaud (de Bordeaux), deux observations de pied bot.

M. Terrier charge M. Lucas-Championnière de faire un rapport sur les deux observations de M. Piéchaud.

COMMUNICATION

Méthode de traitement des pieds bots invétérés. — M. Nélaton. Cette méthode n'est pas absolument nouvelle. Elle est signalée dans la thèse de Schwartz. Elle consiste essentiellement à ménager, le plus possible, toutes les parties qui sont utiles aux fonctions du pied.

M. Nélaton a opéré, dans le service de M. Périer, une jeune fille de huit ans, qui avait deux pieds bots congénitaux. La marche sans béquille était impossible. La déformation des pieds était au maximum. Le varus équin était extrême des deux côtés. Le pied gauche fut opéré. M. Nélaton enleva la tête de l'astragale, l'apophyse du calcanéum, et pratiqua la section du tendon d'Achille. Malgré cette opération, l'équinisme persista. Après la guérison de la plaie opératoire, l'équinisme était manifeste. La palpation méthodique des surfaces osseuses fit reconnaître, immédiatement au-devant de la malléole externe, une surface lisse, formée par la facette astragalienne et une portion d'os qui mettait obstacle à la réduction du pied. Cette *cale osseuse* maintenait le pied dans sa position anomale. Pour faire disparaître l'équinisme, il fallait faire sauter la cale osseuse. Deux mois après la première opération, M. Nélaton en pratiqua une nouvelle qui consista à enlever le bord saillant de la poulie astragalienne et la cale osseuse. Ces résections osseuses suffirent pour redresser le pied.

Au musée Dupuytren se trouvent trois pièces de pied bot : M. Nélaton a constaté la présence de la même cale osseuse sur les trois pièces en question.

Quoi qu'il en soit, l'ablation de cette portion osseuse a suffi pour corriger l'équinisme. Il n'a pas été nécessaire d'enlever l'astragale.

Le 24 décembre, M. Nélaton traite de la même façon un pied bot invétéré. Le sujet marchait, pour ainsi dire, sur la face dorsale du pied. Il résèque la cale osseuse et réduit ainsi l'équinisme.

La conclusion est que, très souvent, pour obtenir la réduction de l'équinisme, il suffit d'enlever la cale osseuse signalée sur la face externe de l'astragale.

Ce qui maintient le varus, c'est la luxation du scaphoïde en dedans de la tête de l'astragale. La rétraction des ligaments contribue à fixer les os dans cette position vicieuse. S'il existe une subluxation, il faudra enlever la tête de l'astragale.

On voit donc qu'en enlevant une portion modérée de l'astragale, en pratiquant l'ablation de la cale osseuse, on peut combattre avantageusement le varus équin. Il importe, pour le bon rétablissement des fonctions du pied, de ne pas sacrifier un os totalement et même plusieurs os.

Quand les opérations se pratiquent, les os du tarse ne sont pas arrivés à leur parfait développement. Il est bon de les ménager pour garantir la durée de la guérison que l'on cherche. M. Nélaton présente ses deux opérés aux membres de la Société de chirurgie.

M. JALAGUIER a opéré des pieds bots paralytiques. Dans un premier cas, il s'agissait d'un enfant de dix ans, qui avait eu, à la suite d'une paralysie de l'enfance, un pied bot varus équin. La marche était impossible. La déformation était considérable. M. Jalaguier pratiqua l'extraction de l'astragale, la section de l'aponévrose plantaire et du tendon d'Achille. Il réduisit le varus équin et obtint une guérison absolue.

L'autre enfant, de douze ans, avait eu à l'âge de huit ans une paralysie infantile. Il marchait sur son scaphoïde subluxé et présentait un léger degré d'équinisme. L'opération, qui consista principalement dans la résection du scaphoïde, permit de redresser le pied. M. Jalaguier montre, sur une des pièces qu'il a apportées, la cale osseuse décrite par M. Nélaton.

M. HUMBERT. Quand les enfants ont plus de dix ans, on n'arrive pas à redresser le pied bot par la méthode de Phelps. Il faut alors enlever successivement toutes les parties osseuses qui empêchent de remettre le pied dans sa position normale.

Dans un cas, M. Humbert eut à opérer un enfant à la campagne. Il pratiqua l'ablation de l'astragale, la résection de la partie antérieure du calcanéum, la section de l'aponévrose plantaire. Il y a quinze mois que l'opération a été faite et le résultat est très satisfaisant.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Il est certain qu'il n'est pas absolument indifférent de connaître les raisons pour lesquelles l'astragale ne rentre pas. Mais y a-t-il grand intérêt à cela? Il ne le pense pas. C'est une illusion que de croire qu'il y a un grand inconvénient à enlever entièrement un os du tarse. Cette ablation totale ne nuit en rien à l'avenir d'un pied. Il vaut mieux enlever un grand massif osseux que de pratiquer la résection d'une petite portion d'os. La souplesse du pied sera d'autant plus grande qu'on aura enlevé une plus grande masse d'os.

Bœcker a exprimé la même opinion. Aussi M. Lucas-Championnière enlève-t-il largement les os du tarse. Il ne craint pas de pratiquer de larges pertes de substances osseuses. Il n'y a aucun intérêt à ménager le tarse. La malléole externe doit être respectée.

Que l'on opère sur des sujets de sept ou huit ans ou sur des adultes, il faut réséquer sans parcimonie les os du tarse. L'économie, dans les cas de pied bot invétéré, n'a pas beaucoup de raison d'être. Les résultats fonctionnels, obtenus par M. Lucas-Championnière, ont été d'autant plus beaux, que l'opération avait intéressé plus largement les os.

M. LE FORT tient à constater que, de l'avis de tous les membres de la Société, les résultats des opérations faites par M. Nélaton sont très remarquables.

M. BERGER. La disposition cunéiforme de l'astragale avait été signalée par les auteurs qui ont écrit sur le pied bot. Néanmoins les causes anatomiques, mises en lumière par M. Nélaton, sont très intéressantes. Il faut, tout d'abord, remarquer que si l'on pratique l'opération préconisée par M. Nélaton, et si l'on ne réussit pas à redresser le pied, la même incision permet de faire des résections plus étendues. On peut donc procéder par graduation. On fait sauter le côté externe de l'astragale. En cas d'insuccès, on résèque une portion plus ou moins grande de l'astragale. Chez les opérés de M. Nélaton, peut-être la souplesse du pied n'est-elle pas aussi parfaite que chez certains sujets qui ont subi de larges résections tarsiennes. Mais, par contre, le procédé de M. Nélaton lui a donné, au point de vue de la restauration de la forme du pied, des résultats supérieurs à ceux que l'on obtient par les autres méthodes de traitement.

L'essentiel, dit M. Berger, est de pratiquer des résections sur le bord externe du pied. Il faut faire les sacrifices nécessaires. Si l'on veut réussir, on doit attaquer le bord externe du pied.

M. TRÉLAT. Il est clair qu'en enlevant successivement tous les os du tarse, on arrivera à redresser le pied. Mais si on connaît les obstacles qui empêchent la réduction, on peut arriver au même résultat en produisant des dégâts moins considérables. Il faut se féliciter de voir que l'on cherche à donner de la précision à une intervention mal réglée. Il est utile de connaître les points d'arrêt. En somme, mieux vaut réséquer une petite portion de tel ou tel os pour obtenir un excellent résultat, que d'enlever tous les os du tarse. M. Trélat est d'avis de ne réséquer que ce qui est nécessaire. Les résultats de M. Nélaton sont séduisants.

Ovariotomies. — M. TERRILLON lit une statistique portant sur 35 ovariotomies (du 12 février au 20 octobre 1889). Il a eu deux décès: dans un cas, mort par péritonite sans élévation de la température; dans l'autre, mort par septicémie lente.

Cholécystotomie. — M. CHAPUT donne lecture d'une opération qu'il a pratiquée sur la vésicule biliaire.

Une femme, âgée de quarante-six ans, présentait les signes d'une cholécystite calculeuse.

Quand M. Chaput vit la malade, il constata la présence d'une tumeur volumineuse, mobile dans le sens transversal, douloureuse à la pression et mate à la percussion. Il pensa tout d'abord à un rein mobile. Mais il ne s'agissait pas de la glande rénale. Il y avait un peu d'ictère et l'état général était satisfaisant. Le siège de la tumeur, les différents symptômes présentés par la malade, suffirent pour permettre de porter le diagnostic d'oblitération du canal cystique par un calcul.

M. Chaput fit la cholécystotomie. Incision à la paroi abdominale de 12 à 15 centimètres. Ouverture du péritoine. Ponction de la vésicule biliaire. On recueille 100 grammes d'un liquide blanc et visqueux. Incision de 2 à 3 centimètres, faite à la vésicule. Constatation d'un volumineux calcul. Difficulté d'enlever celui-ci. Pour empêcher le liquide, contenu dans la vésicule, de tomber dans la cavité abdominale, M. Chaput suture la vésicule à la peau. Il enlève avec une curette le calcul qui était solidement enclavé.

Plus tard, il s'occupe de fermer la fistule biliaire. Dans une deuxième opération, il dissèque et ferme la vésicule. Il oblitère l'orifice fistuleux. Pas de drainage. Guérison.

Lors de la première opération, la suture de la vésicule à la paroi abdominale eut pour avantage de mettre le péritoine à l'abri des causes d'infection. Les manœuvres furent extra-péritonéales, grâce à cet artifice. M. Chaput croit utile de fermer la fistule biliaire le plus tôt possible.

Résection tibio-fémorale pour arthrite fongueuse. — M. DELORME fait une communication sur ce sujet.

PRÉSENTATION DE MALADES

Étranglement du nerf crural par une cicatrice. — M. GÉRARD MARCHAND présente un individu qui a reçu un coup de corne de taureau dans le pli de l'aine. Cet homme était infirme depuis cet accident. Il présentait des troubles sensitifs à la partie antérieure de la cuisse et des troubles moteurs localisés au triceps.

Ce malade ne pouvait se tenir debout. A la place de l'atrophie du membre que l'on s'attendait à trouver, on constatait, au contraire, un développement anomal du membre correspondant au siège de la blessure. Le membre malade était plus gros que le membre sain. Ce fait était expliqué par l'adipose sous-cutanée qui avait envahi le membre parésié.

M. Gérard Marchand pensa que le nerf crural avait été sectionné. Il alla à la recherche de ce tronc nerveux. Il put constater, non pas la section du nerf, mais son étranglement annulaire par la cicatrice. Le tronc nerveux fut dégagé et la guérison opératoire était complète le douzième jour. La zone d'insensibilité est beaucoup moins large que celle qui existait avant l'opération. La marche se fait bien, puisque cet homme peut parcourir à pied une dizaine de kilomètres. Les mouvements du triceps sont presque entièrement revenus.

Fistule pyo-stercorale. — M. TUFFIER présente un malade auquel on avait déjà pratiqué une cure radicale de hernie. L'opé-

ration n'avait pas réussi. La hernie n'avait pas tardé à récidiver. M. Tuffier fait à ce malade deux cures radicales. Mais il en résulte, d'un seul côté, une fistule pyo-stercorale. M. Tuffier demande conseil à M. Trélat, qui l'invite à traiter cette fistule. M. Tuffier gratte le trajet, constate la perforation du gros intestin, fait l'abrasion de la muqueuse et suture. Il obtient une guérison complète.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Par M. le docteur Passant.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1889.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	18	16	3	37
2e	22	22	8	52
3e	40	51	15	106
4e	50	60	23	134
5e	28	40	9	72
6e	29	39	7	75
7e	21	33	6	60
8e	6	11	2	19
9e	24	33	1	58
10e	41	59	8	108
11e	105	163	61	329
12e	36	44	20	100
13e	40	74	38	152
14e	51	56	28	135
15e	65	109	34	208
16e	18	17	5	40
17e	62	86	12	160
18e	81	153	47	281
19e	56	86	31	173
20e	87	161	69	317
	875	1 314	427	2616

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites	147
Croup	38
Coqueluche	16
Ophthalmie	1
Otite	2
Corps étranger de l'œsophage	1
B. Asthme	59
Affections du cœur	95
Bronchites aiguës et chroniques	227
Pleuro-pneumonie	186
Congestion pulmonaire	52
Grippe	134
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	146
Cholérine	50
Dysenterie	2
Athrepsie	49
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	82
Hernie étranglée	25
Rétention d'urine	12
Orchite	3
Chute du rectum	1
D. Vulvo-vaginite	2
Métrite, métro-péritonite	57
Métrorrhagie	72
Fausse couche	75
Accouchement, délivrance	225
Accouchements non terminés	27
E. Affections cérébrales	100
Convulsions, éclampsies	96
Névralgie	40
Névroses	83
Epilepsie	21
Aliénation mentale	22
Alcoolisme, delirium tremens	28
F. Rhumatisme	35
Affections éruptives	60
Fièvre intermittente	1
Fièvre typhoïde	48
Hémorrhagies de causes internes et externes	93
G. Plaies, contusions	84
Fractures, luxations, entorses	28
Brûlures	2
Empoisonnements	10
Asphyxie par le charbon	11
— par submersion	1
Suicide	2
H. Mort à l'arrivée du médecin	73
Total	2616

La moyenne des visites par nuit est de 28,43. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 21,63.

Visites du quatrième trimestre de 1888	1 960
Visites du quatrième trimestre de 1889	2 616
Différence en plus	656

Le mois de décembre 1889 comprend, à lui seul, 1250 visites de nuit.

Les hommes entrent dans la proportion de 34 p. 100.
Les femmes — — 50 —
Les enfants au-dessous de trois ans 16 —

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1889.

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	Total.
1er trimestre	626	1 107	370	2 103
2e trimestre	581	970	350	1 901
3e trimestre	602	944	374	1 924
4e trimestre	875	1 314	427	2 616
	2 684	4 339	1 521	8 544

Pour l'année 1888, le nombre des visites de nuit était de 7408
Pour l'année 1889, — — est de 8 544
Différence en plus pour 1889 1 136

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 29 janvier 1890, une chaire de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 janvier 1890, un concours pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine de Reims, s'ouvrira le 10 novembre 1890, devant la Faculté de médecine de Nancy.

— M. le docteur Hamy a été élu, le 24 janvier, membre de l'Académie des Inscriptions et Belles Lettres, par 27 voix contre 12 à M. le duc de la Trémoïlle et 3 à M. Dieulafoy.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs P. Blachez, médecin des hôpitaux de Paris, et Villeneuve, ancien député de la Seine.

— M. le docteur Legroux, agrégé de la Faculté, commencera ses conférences cliniques sur les maladies des enfants, le mercredi 5 février, à trois heures et demie, à l'hôpital Trousseau (salles Bouvier et Archambault), et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Les élèves seront, dans le cours des conférences, chargés d'examiner les malades, pour s'habituer aux difficultés de la clinique infantile.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par le professeur F. Kœnig. Ouvrage traduit de l'allemand, d'après la 4e édition, par le docteur Comte. Ouvrage précédé d'une introduction de M. le docteur Terrillon.

Tome III, premier fascicule. 1 vol. in-8° avec figures dans le texte. — Prix 7 francs.

Tome Ier. 1 vol. in-8° avec 112 figures dans le texte (1888). — Prix : 14 francs.

Tome II. 1 vol. in-8° avec 159 figures dans le texte (1889). — Prix : 14 francs.

Avis : Le tome III, deuxième fascicule complétant l'ouvrage, paraîtra fin mars 1890. — Paris, Lecrosnier et Babé.

L'immunité par les leucomaïnes, par Eusèbe GÜELL Y BACIGALUPI, 2e édition. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Berthier.

Alger et la tuberculose pulmonaire, par le docteur GANDIL. 1 vol. in-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le massage et la mobilisation dans le traitement des fractures, par le docteur LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. 1 vol. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Hygiène de l'oreille à l'usage des lycées, collèges et écoles, par le docteur HAMON DU FOUGERAY. 1 vol. in-18 avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Traitement des tumeurs fibreuses interstitielles, par le drainage lympho-galvanique positif (capsulothomie, méthode localisée de profondeur), par le docteur BARADUC. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

75

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre...................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux....................		
Chlorure de sodium....................		
Matières organiques....................		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

38

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées ;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — **Phie Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge et phies.

22

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et Absorption

Contre RHUME, BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons, etc., etc., dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements, selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques, et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire l'*emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que, parmi les multiples produits pyrogénés qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel, s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Giron, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation. Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal ; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

L'ÉTUI : **1 fr. 50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur **A. GÉRAUDEL**, pharmacien à *Sainte-Menehould* (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boite d'échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

53

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure. pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

94

MIGRAINE NÉVRALGIQUE, VERTIGE STOMACAL *et toutes névralgies se rattachant à un trouble du système nerveux général.*

Effets rapides et constants par

LA CÉRÉBRINE (VOIR « PARIS-MÉDICAL » DU 8 JUIN)

La **Cérébrine**, à base d'analgésine, de caféine et de cocaïne, ne se délivre que sous la forme de liqueur, dont la dose est d'*une mesure* ou cuillerée à bouche, au moment et de préférence au début des accès.

Chaque flacon porte la signature *Pausodun* et est accompagné d'une petite mesure en verre. — Flacon de **3** et de **5** francs.

Gros : Eug. FOURNIER, pharmacien, *Issy-Paris ;* Détail : 31, rue de Cléry, et dans tes les phies.

51

DÉBILITÉ, ANÉMIE

MALADIES DE L'ENFANCE

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, agréable au goût, possède les mêmes propriétés que l'**Huile de foie de Morue.**

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS, et Phies.

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05 ; Citr. de feramm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, Place Vendôme, PARIS. *F. Mannet*

34

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

N° 15. — MARDI 4 FÉVRIER 1890. 63e ANNÉE. MARDI 4 FÉVRIER 1890. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

De la grippe. Étude des épidémies anciennes. De la pneumonie grippale.

Le 17 décembre 1889, j'ai parlé de la grippe à propos du premier cas entré dans mon service. J'ai appelé votre attention sur deux des caractères les plus notables de cette affection, à savoir la soudaineté de son début et la reprise.

Le cas auquel je fais allusion avait été léger. Cependant le malade avait eu un peu de congestion pulmonaire et, par là, n'avait pas réalisé le type de la grippe au maximum de simplicité. La bronchite n'est même pas la compagne obligée de la grippe. Cette affection peut évoluer sans aucune détermination catarrhale, témoin le cas que nous avons maintenant sous les yeux.

Je veux revenir aujourd'hui sur la grippe, au point de vue spécial de ses rapports avec la pneumonie et la bronchopneumonie.

Dans l'épidémie actuelle, il y a eu successivement deux étonnements publiquement exprimés et capables de surprendre ceux qui sont au courant de la question.

Au début, l'épidémie était simple : pas de catarrhe, pas de congestion pulmonaire. On en a été surpris. Au bout de quelques jours, comme cela arrive toujours, le tableau change, et l'on voit la grippe associée aux affections broncho-pulmonaires, et cela, sous une forme grave. Deuxième étonnement, mais dans un autre sens! Mais la grippe se comporte toujours ainsi. Elle a des rapports étroits avec les affections broncho-pulmonaires. L'association de la grippe et des manifestations broncho-pulmonaires est de connaissance aussi ancienne que la connaissance même de la grippe comme maladie à part.

Les historiographes font commencer l'histoire des épidémies de grippe à l'année 1510. Mais il y a eu une épidémie de grippe, à Paris, en 1403. On peut donc retarder cette histoire d'un siècle. Je ne suis pas le seul à avoir cette opinion, c'est pourquoi je me permets de vous donner cette date de 1403.

En 1411 et en 1414, il y eut deux autres épidémies. Dans ces trois cas, la grippe fut légère, sauf chez les vieillards.

En 1427, on signale, pour la première fois, les douleurs de reins. En 1510, on trouve déjà des indices de complications pulmonaires, et on constate l'universalité de la grippe. En 1557, l'épidémie est remarquable par la diversité des formes qu'elle revêt. Bénigne en France, la grippe a une gravité toute particulière dans la Lombardie. C'est un enseignement qu'il ne faut pas perdre de vue.

Vous connaissez la grande épidémie qui frappa, en 1580, les deux hémisphères. Les 4/5 de la population furent atteints, mais il n'y eut que très peu de morts. C'est alors qu'on décrivit, pour la première fois, en Allemagne, les écoulements purulents par l'oreille. En Saxe, la grippe était remarquable par les lipothymies, les syncopes et la tendance au sommeil qu'elle produisait. Cette tendance au sommeil a frappé les médecins qui ont observé l'épidémie actuelle en Russie. En 1580, la grippe ne tuait que les valétudinaires, les vieux, les débiles, les affaiblis, les imprudents qui, même doués d'une solide constitution, vivaient en négligeant les précautions les plus élémentaires. En Italie, l'épidémie était d'une bénignité incontestable : la mortalité était réduite à la proportion de 1 p. 1000. Au contraire, les ravages étaient considérables en Allemagne.

Willis étudie l'épidémie de grippe de 1657. « Un grand nombre de vieillards, d'infirmes et de gens faibles, attaqués de cette maladie, y succombèrent. Ils paraissaient mourir d'une congestion à la poitrine. » Willis disait que la grippe se jugeait souvent par une diaphorèse extrêmement abondante.

En 1675, une grande épidémie s'abattit sur l'Allemagne, l'Autriche et la France. La mortalité était minime. Peu, qui observait à Paris, releva une particularité de l'affection : « Elle donna de telle façon sur les femmes enceintes, que beaucoup moururent par fluxion de poitrine ou d'avortement avec métrorrhagie. »

Sydenham vit à Londres l'épidémie de 1676. Il nota la fréquence des manifestations broncho-pulmonaires.

En 1712, une épidémie sévit en Allemagne. La toux persistait pendant la convalescence. La maladie devenait grave quand elle était négligée.

L'épidémie de 1729 régna sur toute l'Europe. Beccaria, à Bologne, paraît n'avoir observé que des cas très légers. « Au bout de deux, trois ou quatre jours, la maladie était jugée par des sueurs. » Loew confirme l'assertion précédente, mais, d'après cet auteur, la grippe se jugeait du

troisième au septième jour. Loew a vu des cas graves et signale le délire, les crachements de sang, la péri-pneumonie et la congestion du cerveau. On insiste, dans le récit de cette épidémie, sur les douleurs dans les membres, et on signale, pour la première fois, des exanthèmes simulant des pétéchies.

En 1729, la grippe atteint, à Vienne, 60000 individus en même temps. C'est alors que l'on fit l'assimilation de cette maladie débutant si brusquement à un coup de foudre.

J'arrive maintenant à la pandémie de 1732 à 1737. En Italie, les écoulements de pus par l'oreille furent souvent notés. Crivelli décrit ainsi la grippe : « Cette maladie qui, par elle-même, n'avait rien d'essentiellement dangereux, prenait parfois un caractère aigu et pernicieux, elle se transformait alors en catarrhe suffocant, en pleurésie, en péripneumonie, en pulmonie, en angine et en vomique... Les vieillards, les asthmatiques, les étiques, les vertigineux, les cachectiques, succombèrent presque tous. »

En Écosse, la maladie n'était pas grave, mais il y avait des complications fréquentes du côté de l'appareil respiratoire. Deux mois avant l'apparition de la grippe, on avait remarqué que les chevaux étaient en proie à une affection catarrhale.

Huscham observa, en Angleterre, les épidémies de 1733, 1737 et 1743. Il décrit les complications pulmonaires : « la péripneumonie catarrheuse. »

L'épidémie de 1742 et de 1743 envahit une grande partie de l'Europe. La maladie reçut en France, pour la première fois, le nom de grippe. La fréquence des pneumonies et des péripneumonies fut signalée partout, et tout particulièrement en Hollande et en Angleterre.

En voilà assez pour justifier ma proposition, à savoir que les rapports de la grippe avec les affections pulmonaires sont connus comme fait depuis que la grippe est connue.

Vous m'excuserez d'avoir entrepris avec vous cette excursion historique qui m'a permis de reculer de cent ans la date des épidémies de grippe.

Vous avez pu constater que les anciens connaissaient toutes les particularités qui distinguent les formes bénignes des formes graves. Ils avaient une notion assez exacte des complications, des rapports de la grippe avec les affections pulmonaires et des conditions individuelles qui aggravaient le pronostic.

On a trop négligé, il me semble, l'épidémie de grippe qui a commencé en novembre et décembre 1885, et qui s'est prolongée pendant les premiers mois de 1886. Cette épidémie a été remarquable par la fréquence des pneumonies.

Depuis 1742 jusqu'à 1885, vous trouverez mentionné partout le rapport de la grippe avec les affections pulmonaires, si bien qu'il serait difficile de trouver une épidémie de grippe sans pneumonie.

M. Ménétrier a étudié l'association de la grippe et de la pneumonie, dans l'épidémie qui régna à Paris en 1885-1886.

En mars 1885, l'état sanitaire était normal. Dans une semaine, il y eut 80 décès dus à la pneumonie. Dans une autre semaine, on releva 90 morts par la même maladie. En mars 1886, sous l'influence de la grippe, le nombre des décès s'est élevé, dans une semaine à 180 et dans une autre à 236. L'importance du rapport de la grippe avec la pneumonie est tout à fait accentuée.

Il est une autre particularité établie par toutes les épidémies antérieures. Ce n'est jamais au début de l'épidémie que se montre l'association de la grippe avec la broncho-pneumonie. Au début de l'épidémie, les malades n'ont que du coryza, de la laryngite, de la trachéite. La bronchite est rare. Cette attaque du côté de l'appareil pulmonaire est bénigne au maximum. Mais quand l'épidémie est en plein développement, les associations broncho-pulmonaires graves font leur apparition. Il y a, dans ces complications de la grippe, une filiation chronologique qu'il ne faut pas oublier.

J'ai prononcé le mot de complication. Il n'est pas juste. Ce mot, en effet, préjuge une certaine question qu'il est bon de ne pas préjuger. Cela implique une relation régulière entre la grippe et la pneumonie, et surtout cela conduit à considérer la grippe comme la cause spécifique de la pneumonie.

La grippe peut être la cause de la pneumonie, mais c'est une cause d'un ordre secondaire. Le mot complication indique la modalité du rapport entre la grippe et la pneumonie. C'est ce qu'il faut éviter.

Mais le mot qui est satisfaisant et exact, c'est « association ». Oui, la grippe, pour peu que l'épidémie soit intense, s'associe à la pneumonie.

De ce qu'il y a épidémie de grippe, il ne faut pas croire que toutes les pneumonies survenues pendant la période d'épidémie soient dues à la grippe. La pneumonie peut ne pas être grippale en temps d'épidémie.

Les pneumonies qui se développent, pendant l'épidémie de grippe, sont de deux ordres :

Les unes apparaissent chez des individus qui sont sous le coup de la grippe;

Les autres, tout aussi graves et même plus graves, sont primitives, se développent chez des individus qui n'ont pas la grippe.

La pneumonie grippale est la pneumonie qui se développe au cours de la grippe, chez des individus ayant cette maladie. Mais je me refuse à appeler grippales les pneumonies qui sévissent dans des localités où règne l'épidémie, alors que les malades n'ont pas eu la grippe.

Dans le sens restreint et bien déterminé que je lui donne, la dénomination de pneumonie grippale est inattaquable. Cela ne veut pas dire que cette pneumonie est d'une nature particulière. Le mot « pneumonie grippale » indique simplement une relation chronologique, et pas autre chose. La pneumonie grippale est, au point de vue de son espèce pathologique, bactériologique, la même que la pneumonie primitive. Il n'y a qu'une pneumonie. Cette pneumonie grippale a des nuances cliniques un peu particulières, mais c'est la même pneumonie.

Il y a nécessité d'une répartition entre les pneumonies grippales et non grippales, en temps d'épidémie.

Dans le travail de M. Ménétrier, on trouve 39 observations de pneumonie. Il y a 21 pneumonies grippales et 19 pneumonies non grippales. Voyez l'erreur que l'on commettrait si on rapportait à la grippe toutes les pneumonies observées dans le cours de cette épidémie. La même observation s'applique aux pneumonies qui ont été notées pendant l'hiver 1889-1890.

En résumé, l'étude attentive de l'épidémie actuelle, qui a tant surpris, d'abord par l'absence de catarrhe, et, plus tard, par la fréquence des complications, prouve que la grippe a été ce qu'elle était anciennement. Aucun symptôme n'était nouveau. Il n'y avait pas lieu de s'étonner, car il n'y a jamais rien eu d'insolite dans l'épidémie de grippe

que nous traversons. Les douleurs de rein, les écoulements d'oreille, etc., ont été signalés à maintes reprises.

L'association de la grippe avec la broncho-pneumonie et la pneumonie est constante, non pas au début de l'épidémie, mais un peu plus tard.

Une fois que l'épidémie est assez intense pour s'associer avec la pneumonie, la fréquence des déterminations broncho-pulmonaires est variable.

On entend par pneumonie grippale, une pneumonie qui se développe chez un individu ayant la grippe. Ce mot n'indique qu'une relation de coïncidence.

La pneumonie est toujours une : il n'y a qu'une espèce de pneumonie.

DE LA SYPHILIS MÉDULLAIRE PRÉCOCE

Par MM. Gilbert et G. Lion.

Conclusions. — Dès le troisième mois de l'infection syphilitique, la moelle épinière et ses enveloppes deviennent, dans certains cas, le siège de lésions dont la spécificité peut être établie par la notion des antécédents morbides d'un côté et, de l'autre, soit par l'influence curatrice du traitement, soit par les résultats de l'investigation nécropsique et histologique.

Relativement plus fréquentes du troisième au sixième mois de la maladie, que dans les mois ultérieurs, ces lésions, jusqu'à la fin de la deuxième année, méritent d'être conventionnellement réunies sous la désignation de *syphilis médullaire précoce*.

Elles appartiennent principalement aux syphilis imparfaitement traitées, qui se font remarquer par la confluence et la ténacité des éruptions, aussi bien que par l'addition aux accidents secondaires d'accidents intermédiaires et tertiaires.

Elles frappent à peu près exclusivement les individus du sexe masculin, sans l'intervention habituelle de l'action du froid, de l'humidité, de la fatigue, des excès vénériens ou d'autres causes occasionnelles.

Des douleurs rachidiennes, des sensations de constriction thoracique ou abdominale, des élancements dans les membres inférieurs et, d'une façon générale, des troubles sensitifs divers marquent le plus souvent le développement de la syphilis médullaire précoce ; des phénomènes paraplégiques, ordinairement accompagnés par l'exagération du réflexe patellaire, et quelquefois des désordres de la miction et de la défécation, peuvent également signaler le début des accidents.

Ces symptômes différents s'associent bientôt pour caractériser l'altération méningo-médullaire parvenue à sa phase d'état.

Parfois, ils ne se circonscrivent pas aux membres inférieurs, mais s'étendent aux quatre membres ; par exception même, ils frappent d'abord les membres supérieurs.

Ils sont, dans certains faits, accompagnés et dominés par des manifestations cérébrales (syphilis cérébro-spinale précoce).

L'intervention, peu commune d'ailleurs, du tremblement et du nystagmus, de l'ataxie des mouvements, de l'abolition du réflexe rotulien et de l'amblyopie, de l'atrophie musculaire ou d'autres phénomènes morbides, peut modifier assez profondément le tableau clinique pour imposer l'idée d'une ataxie locomotrice progressive par exemple, ou d'une sclérose en plaques disséminées.

L'évolution de la syphilis médullaire précoce est aiguë, subaiguë ou chronique, continue et progressive, ou entrecoupée par des rémissions et même par des phases de rétrocession complète, en apparence.

Dans la moitié des cas, elle se termine par la guérison à laquelle conduit fréquemment le traitement mixte, rapidement, énergiquement et longuement pratiqué. Dans les autres cas, elle se termine soit par la chronicité et l'incurabilité, soit par la mort, marquée par des symptômes bulbaires ou occasionnée par des eschares et des plaques de gangrène disséminées.

La diversité des lésions rencontrées à l'autopsie et à l'examen microscopique conduit à distinguer, dans la syphilis médullaire précoce, quatre types anatomo-pathologiques auxquels pourraient être appliquées les désignations de méningo-myélite hyperhémique et nécrobiotique, de méningo-myélite diffuse embryonnaire, de méningo-myélite diffuse scléreuse et de méningo-myélite gommeuse.

La méningo-myélite hyperhémique et nécrobiotique est caractérisée par une congestion et peut-être par une multiplication des vaisseaux de la moelle et de ses enveloppes, congestion et multiplication qui engendrent des troubles nutritifs dans les éléments de l'axe nerveux et définitivement le ramollissement de la moelle épinière.

Dans la méningo-myélite embryonnaire apparaissent l'hyperplasie cellulaire, la diapédèse, les exsudations vasculaires, et, si les lésions macroscopiques sont nulles ou presque nulles, les lésions histologiques sont représentées par une prolifération luxuriante de jeunes cellules dans les parois vasculaires et dans la trame même de la pie-mère et de ses prolongements intra-médullaires, ainsi que par la production d'un dépôt fibrino-leucocytique sous-piemérien.

Que les cellules rondes disséminées dans la moelle et ses enveloppes poursuivent leur évolution, aboutissant à la formation d'un tissu adulte, et les méninges s'épaissiront, se symphyseront, la moelle s'indurera, et le microscope montrera la substitution, aux éléments normaux méningo-médullaires, d'un tissu fibreux, principalement développé autour des vaisseaux dont les parois subissent des altérations notables dans la méningo-myélite diffuse scléreuse, comme dans les modalités précédentes de la syphilis médullaire.

Que d'autre part, enfin, les cellules rondes s'accumulent sur certains points, sous forme de petites tumeurs subissant ensuite les dégénérescences propres aux productions syphilitiques nodulaires et prendront naissance, la méningite gommeuse, la myélite gommeuse ou la méningo-myélite gommeuse. (*Arch. de méd.*)

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 1er février 1890.

Hôtel-Dieu. — Médecin : M. le professeur Germain Sée ; chef de clinique : M. Pignol ; interne : M. Marquezy ; externes : MM. Meurisse, de Bourgon, Mergier, Longuet, Zeimet, Litinsky, Christen, Ceïde, Gazin.

Médecin : M. Bucquoy ; interne : M. Raoult ; externes : MM. Mouchet, Angerant, Le Marc'Hadour, Dutournier, Berthelin.

Médecin : M. Mesnet ; interne : M. Boix ; externes : MM. Constantinidès, Guillemet, Fonlladosa, Schwob, Laporte.

Médecin : M. Dumontpallier ; interne : M. Nicolle ; externes : MM. Marchadier (Camille), de Gaulejac, Ferrier, Ozanon, David (Henri), Rocquet, Lemaire.

Médecin : M. Proust ; interne : M. Bourges ; externes : MM. Gallard, Réville, Landowski, Lévi (Charles), Collet.

Médecin : M. Labbé (Édouard) ; interne : M. Auscher ; externes : MM. Pargoire, Pley, Valentin, Klefstadt-Sillonville, Bouteil.

Chirurgien : M. le professeur Verneuil ; chef de clinique : M. Clado ; internes : MM. Rochon-Duvignaud, Arrou, Degueret ; externes : M. Gellé, Mme Turiakoff, MM. Paul-Boncour, Danseux, Baillet, Kahn, Guilliou, Galtier, Perrin.

Chirurgien : M. le professeur Panas ; chef de clinique : M. Chaffard ; internes : MM. Terson, Guillemain, Noguez ; externes : MM. Desbrières, Thibault, Courtillier, Jonnart.

Chirurgien : M. Tillaux ; interne lauréat : M. Rieffel ; internes : MM. Rogues de Fursac, Critzman ; externes : MM. Charcot, Daudet, Charbaut, Aragon, Fauchon.

Hôtel-Dieu Annexe. — Médecin : M. Cornil, suppléé par M. Chantemesse ; interne lauréat : M. Widal ; interne provisoire : M. Hulot.

Médecin : M. Hirtz ; interne provisoire : M. Binot (Jean).

Médecin : M. Gaucher ; interne provisoire : M. Potel.

Hôpital de la Pitié. — Médecin : M. le professeur Jaccoud ; chef de clinique : M. Duflocq ; interne : M. Thiroloix ; externes : MM. Larricq, Bondesio, Le Mercier, Paulidès, Stojanovitch, Samalens.

Médecin : M. Brouardel ; interne : M. Dupré (Ernest) ; externes : MM. Junien-Lavillauroy, Meige, Bellemain, Ouvry, Touvenaint, Monbuyran.

Médecin : M. Lancereaux ; interne : M. Laffitte ; interne provisoire : M. Collinet (Édouard) ; externes : MM. Pingat, Diriart, Lévy (Émile), Arrizabalaga, Thanasesco, Hamel, Lévy (Samuel), Douenel.

Médecin : M. Audhoui ; interne : M. Bergé ; externes : MM. Mathieu, Chereau, Velimirovitch, Dupuy, Jonglet, Le Roux.

Médecin : M. Troisier ; interne : M. Achalme ; externes : MM. Bougan, Brodier, Luton, Paté, Escat (Jean-Joseph).

Médecin : M. Moutard-Martin ; interne : M. Jacob ; externes : MM. Crochet, Thévenard, Beauvallet, Legras.

Chirurgien : M. le professeur Le Fort ; chef de clinique : M. Beurnier ; internes : MM. Delbet, Vassal, Bonneau ; externes : MM. Mircovitch, Stojanovits, Lhomme, Nathanson, Calais, Séguin, Grilhault des Fontaines, Vérin.

Chirurgien : M. Polaillon ; internes : MM. Brodier, Durand, Bureau ; externes : MM. Bellot, Claude, Vermorel, Girard, David (Léon), Guyard.

Accoucheur : M. Maygrier ; interne : M. Lelièvre ; externes : MM. Terson, Pascal.

Hôpital de la Charité. — Médecin : M. le professeur Potain ; chef de clinique : M. Foubert ; interne : M. Guyon ; externes : MM. Couvreur (Achille), Carrel, de Massary, Delanglade.

Médecin : M. Laboulbène ; interne : M. Claisse ; externes : MM. Dardel, Cultru, Frémin, Jeannin, Picou.

Médecin : M. Desnos ; interne : M. Calbet ; externes : MM. Damain, du Bouays de Couësbouc, Bourcart, Mesnil.

Médecin : M. Féréol ; interne : M. Soupault ; externes : MM. Calton, Castellanos, Thirard, Laurens.

Médecin : M. Luys ; interne : M. Dubrisay ; externes : MM. Encausse, Brisson, Roché, Leroy (Raoul).

Médecin : M. N..., suppléé par M. Martin (Hippolyte) ; interne : M. Benoit ; externes : MM. Guibert-Lasalle, Gouvernaire, Delmas, Sarrouy, Bonnus.

Chirurgien : M. le professeur Trélat ; chef de clinique : M. Walther ; internes : MM. Pfender, Dagron, Michel ; externes : MM. Batigne, Paulin, Cohanesco, Mlle Lipinska, MM. Tissier (Henri), Elmassian, Bertherand.

Chirurgien : M. Després ; internes : MM. Damourette, Genouville ; externes : MM. Marion, Gestat, Charrade, Vivier.

Accoucheur : M. Budin ; interne : M. Gauly ; externes : MM. Remy-Néris, Paturet.

Hôpital Saint-Antoine. — Médecin : M. Hayem ; interne : M. Hallion ; interne provisoire : M. Papillaut ; externes : MM. Hulmann, Laforest, Caron, Brunsvic, Bastide.

Médecin : M. Landrieux ; interne : M. Vimont ; externes : MM. Dimey, Laloy, Brunet (Henri), Le Guern, Claudel.

Médecin : M. Raymond ; interne : M. Michaut ; externes : MM. Bonnard, Condamy, Tennant, Moisson.

Médecin : M. Hanot ; interne : M. Luzet ; externes : MM. Viguès, Péron, Dujon, Archambeaud.

Médecin : M. Gingeot ; interne : M. Vignerot ; externes : MM. Milhau, Debrabant, Haslé, Tacquet.

Médecin : M. Tapret ; interne : M. Macaigne ; externes : MM. Got, Bonvalot, Gasnier, Launay, D'Haussy.

Médecin : M. Letulle ; interne : M. Bataille ; externes : MM. Corbière, Marchal, Pinault, Isidor, Estrabaut.

Médecin : M. Merklen ; interne : M. Ettlinger ; externes : MM. Darras, Lenoble, Barozzi, Lévi (Léopold).

Chirurgien : M. Marchand ; internes : MM. Rancurel, Perruchet, Cautru ; externes : MM. Perraudin, Lobstein, Gresset, Larcena, Haury, Sergent.

Chirurgien : M. Monod ; internes : MM. Canniot, Mauny, Hélary ; externes : MM. Renous, Decourt, Bouchez, Louvel, Perdrizet, Poirier (Maurice).

Service d'isolement. — Interne provisoire : M. Bernard (Felix) ; externes : MM. Hannion, Heins.

Hôpital Necker. — Médecin : M. le professeur Peter ; chef de clinique : M. Marfan ; interne : M. Hautecœur ; externes : MM. Langlois, Mortagne, Théry, Lemariey, Daude-Lagrave, Chéron.

Médecin : M. Rigal ; interne : M. Basset ; externes : MM. de Ribier, Duchemin (Edmond), Raynal, Comte, Zuber.

Médecin : M. Rendu ; interne : M. Buscarlet ; externes : MM. Trenel, Vibert, Galpin, Peillon, Larger.

Médecin : M. Dieulafoy ; interne : M. Poulalion ; externes : MM. Dauly, Tuvache, Aymard, Mlle Cherchewsky.

Chirurgien : M. le professeur Duplay ; chef de clinique : M. Rochard ; internes : MM. Chavasse, Macquart, Appert ; externes : MM. Mercier (Pierre), Thiénot, Canuet, Lemelletier, Salmon, Malbec.

Chirurgien : M. Guyon ; internes : MM. Chevalier, Legueu, Arnould ; externes : MM. Perregeaux, Bezançon, Behr, Sée, Sainton (Paul), Didsbury.

Service provisoire. — Médecin : M. Juhel-Renoy ; interne provisoire : M. Binaud (William).

Hôpital Cochin. — Médecin : M. Dujardin-Beaumetz ; internes : MM. Mallet, de Grandmaison ; externes : MM. Jordanis, Fouré, Gesland, Egret, Auvray, Marie (Armand), Mme Eliacheff, M. Mallet.

Médecin : M. Gouraud ; interne : M. Bardol ; externes : MM. Spindler, Sarafoff, Loriot, Le Maître.

Chirurgien : M. Anger (Théophile) ; internes : MM. Baillet, Guiton, Potier ; externes : MM. Cantacuzène, Bodin, Baley, Richard, Duchesne, Paley, Delmond-Bebet.

Chirurgien : M. Bouilly ; interne : M. Leblond ; externe : M. Ravé.

Service provisoire. — Médecin : M. Brault.

Hôpital Beaujon. — Médecin : M. Millard ; interne : M. Beaumé ; externes : MM. Le Juge de Segrais, Morin, Vaudremer, Chapt.

Médecin : M. Guyot ; interne : M. Gampert ; externes : MM. Benoit (Ovide), Gauja, Georgevitch, Lagoudakis, Bon.

Médecin : M. Gombault (Constant) ; interne : M. Cartier ; externes : MM. Bois, Rispal, Ardillaux, Quignard.

Médecin : M. Fernet ; interne : M. Pineau ; externes : MM. Le Tanneur, Richard (Gaston), Papillon, Pégou.

Chirurgien : M. Labbé (Léon) ; internes : MM. Adler, Sardou ; externes : MM. Tripier, Ramadan, Benoit (François), Tariel, Janin, Collas (Maurice), Pauchet.

Chirurgien : M. N..., suppléé par M. Brun ; internes : MM. Veslin, Artus ; externes : Mlle Balaban, MM. Pornain, Chevreau, Desfosses, Schwaab, Nimier, Pouquet.

Chirurgien : M. Anger (Benjamin) ; internes : MM. Lasserre, Roussel ; externes : MM. Ménard, Wesberge, Surel, Trouillard, Guillon.

Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes ; interne : M. Vilpelle ; externes : MM. Martin (Louis-Albert), Delcroix.

Service provisoire. — Médecin : M. Josias ; interne provisoire : M. Walch.

Hôpital Lariboisière. — Médecin : M. Siredey ; interne : M. Renault ; externes : MM. Guérin, Sicard, Favié, Coquereau, Thiébault, Fournier (Louis).

Médecin : M. Paul (Constantin) ; interne : M. Renault ; externes : MM. Silva, Héan, Poussard, Villeprand.

Médecin : M. Bouchard ; interne : M. Le Noir ; externes : MM. Mourette, Millon, Plicot, Pochon, Marmasse, Ecart, Meunier.

Médecin : M. Duguet ; interne : M. Mariage ; externes : MM. Josué, Quétin, Mangin-Bocquet, Poulain, Fournier.

Médecin : M. Gérin-Roze ; interne : Mlle Wilbouchewitch ; externes : MM. Caillet, Péchaud, Lavocat, Riche, Bolognesi.

Médecin : M. Gouguenheim ; interne : M. Cuvillier ; interne provisoire : M. Dudefoy ; externes : MM. Désiré, Hahusseau, Lombard, Boyals, Mounier, Fauquez.

Chirurgien : M. Périer ; internes : MM. Bellanger, Civel ; interne provisoire : M. Jayle ; externes : MM. Chrétien, Mennessier, Darin, Le Stunf, Lacaze, Leroy, Chanson, Staïcovits.

Chirurgien : M. Delens ; internes : MM. Tollemer, Veillon ; externes : MM. Thomas (Charles), Sallé, Verdier.

Chirurgien : M. Berger ; internes : MM. Gilis, Reblaud ; externes : MM. Larsonneur, Duvacher, Letoux, Springer, Poirier (Arsène), Grimaud.

Chirurgien : M. Peyrot ; internes : MM. Rouffinet, Bezançon ; externes : MM. Duvivier, Vangeon, Anghelovici, Mme Pilet, Faurichon.

Accoucheur : M. Porak ; interne : M. Thomas ; externes : MM. Gerson, Arbel, Renard, Hamaide.

Hôpital Tenon. — Médecin : M. Landouzy ; interne : M. Aviragnet ; externes : MM. Boudaille, Nanu, Mlle Kohan, MM. Schlein, Küss, Boissier.

Médecin : M. Dreyfus-Brisac ; interne : M. Breton ; externes : MM. Burnet, Cadéac, Chapdelaine, Bouchard, Artières.

Médecin : M. Cuffer ; interne : M. Gastou ; externes : MM. Cachau, Monsarrat, Duchemin (René), Bonnel.

Médecin : M. Roques ; interne : M. Laurent-Préfontaine ; externes : MM. Corny, Charlier, Miette, Dubois.

Médecin : M. Moizard ; interne : M. Mussy ; externes : MM. Coriton, Codet, Chesnay, Marchand.

Médecin : M. Oulmont ; interne : M. Touchard ; externes : MM. Gochbaum, Lucron, Lafont, Meusnier, Bensaude.

Médecin : M. Muselier ; interne : M. Barrié ; externes : MM. Lacombe, Zolotnisky, Guay, Beaussenat (Robert), Pezet, Maurice.

Médecin : M. Brissaud ; interne : M. Lamy ; externes : MM. Lantzenberg, Beaussenat (Maurice), Navarro, Dufour, Clarac, Himely.

Chirurgien : M. Blum ; internes : MM. Sottas, Pompidor, Jourdan ; externes : MM. Giovannoni, Beréaux, Frumusianu, Bouley, Cahen, Sainton (Roger).

Chirurgien : M. Felizet ; internes : MM. Camescasse, Pescher ; externes : MM. Bellot (Eugène), Prieur, Iscovesco, Bosnière, Moundlic.

Chirurgien : M. Richelot ; internes : MM. Gauthier (Charles), Gauthier (Jean), Morestin ; externes : MM. Brayer, Cordillot, Arthus, Daum, Gannelon, Tissier.

Accoucheur : M. Champetier de Ribes ; interne : M. Prost ; externes : MM. Barbier, Soulié.

Hôpital Laennec. — Médecin : M. Ball ; interne : M. Thérèse ; externes : MM. d'Hotman de Villiers, Corby, Abramovitch, Joly, Barthélemy.

Médecin : M. Ferrand ; interne : M. Villemin ; externes : MM. Hervé, Pouillot, Appert, Alleaume, Maksud, Dubouchet.

Médecin : M. Cornil ; interne : M. Pilliet ; externes : M. Banzet, Mlle Kalopothakès, MM. Noir, Meslay, Fiquet.

Médecin : M. Straus ; interne : M. Mosny ; externes : MM. Piffault, Maurat, Gallet-Duplessis, Siguier, de Créquy.

Chirurgien : M. Nicaise ; internes : MM. Bouffe, Sainton ; interne provisoire : M. Durante ; externes : MM. Ducellier, Pêtre, Planque, Michon, Jorand, Venot.

Service provisoire. — Médecin : M. Marie ; interne provisoire : M. Mayet.

Hôpital Bichat. — Médecin : M. Huchard ; interne : M. Tournier ; externes : MM. Vincent, Jacquet, Durville, Hotz, Mlle Rechstamer.

Médecin : M. Lacombe ; interne : M. Bernheim ; externes : Chaminade, Pinçonnat, Aublé, Lefèvre (Edmond-Armand), Braquehaye.

Chirurgien : M. Terrier ; internes : MM. Calot, Louis ; externes : MM. Pottier, Magdelaine, Saintu, Paquy, Duret, Clément, Mally.

Hôpital Andral. — Médecin : M. Debove ; internes : MM. Courtois, Suffit, Boulay ; externes : MM. Arnaud, Lieffring, Riche, Finet, Thomas (Félix), Lévy (Armand).

Hôpital Broussais. — Médecin : M. Barth ; interne : M. Faure-Miller (Roland) ; externes : MM. Demantké, Billard, Hervouet, Raffray.

Médecin : M. Chauffard ; interne : M. Lefebvre ; externes : MM. Macé, Dauriac, Chauvel, Bouglé.

Chirurgien : M. Reclus ; internes : MM. Roussan, Lautier ; externes : MM. Steeg, Gapin, Bellencontre, Glantenay, Durand.

Hôpital d'Aubervilliers. — Médecin : M. Renault ; interne provisoire : M. Emerit.

Hôpital Saint-Louis. — Médecin : M. le professeur Fournier ; chef de clinique : M. Feulard ; chef de clinique adjoint : M. Cayla ; interne : M. Souplet ; externes : MM. Fourault, Ransquins, Mermet, de Amaral, Houzé.

Médecin : M. Vidal ; interne : M. Rénon ; interne provisoire : M. Damaye ; externes : MM. Ménard (Jacques), Dumoutier, Mongeot, Halipré.

Médecin : M. Besnier ; interne : M. de Saint-Germain ; externes : MM. Lemoult, Brossard, Tissier, Trognon.

Médecin : M. Hallopeau ; interne : M. Goupil ; externes : MM. Cocquelet, Huard, Guilleminot, Devillas.

Médecin : M. Quinquaud ; interne : M. Baumgarten ; externes : MM. Ravanier, Gorse, Champenois, Marçais.

Médecin : M. Tenneson ; interne : M. Triboulet ; externes : MM. Bonzon, Ehrhardt, Chabry, Rochon.

Chirurgien : M. Péan ; internes : MM. Répin, Audain, Sauvineau ; externes : MM. Danet, Bayeux, Jouis, Ménos, Mlle Zlotowska, M. Grajon.

Chirurgien : M. Le Dentu ; internes : MM. Faure-Miller, Faure, Le Moniet ; externes : MM. Grandou, Flandre, Fouquet, Hobbs, Émery, Moity.

Chirurgien : M. Championnière (Just) ; internes : MM. Oustaniol, Macon, Delagenière ; externes : MM. Bouchacourt, Duma, Funck, Antheaume, Griner, Delansorne.

Accoucheur : M. Bar ; interne : M. Lamotte ; externes : MM. Lécureuil, Brandès.

Service temporaire. — Médecin : M. Comby ; internes provisoires : MM. Gervais de Rouville, Jacquinet.

Hôpital du Midi. — Médecin : M. Mauriac ; interne : M. Maurel ; externe : M. Brosset.

Médecin : M. du Castel ; interne : M. Berdal ; externe : M. Bron.

Chirurgien : M. Humbert ; interne : M. de la Nièce ; externe : M. Rottenberg.

Hôpital de Lourcine. — Médecin : M. Balzer ; interne : M. Chevalet ; externes : MM. Artault, Charpentier, Vidal, Estay, Yvinec.

Médecin : M. de Beurmann ; interne : M. Homolle ; externes : MM. Lalande, Dufour, Semen, Goupil, Léger.

Chirurgien : M. Pozzi ; internes : MM. Charrier, Wallich ; interne provisoire : M. Cazenave ; externes : MM. David (Jacques), Tollemer, Cange, Coquerelle, Marinco.

Hôpital de la Maternité. — Médecin : M. Guéniot ; interne : M. Ehrhardt.

Médecin : M. Lagrave; interne : M. Souligoux.
Chirurgien : M. Bouilly; interne : M. Vigneron.

Clinique Baudelocque. — Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Tissier; externes : MM. Bourgogne (Henri), Dubost, Picot, Petitbon, Dedieu.

Hôpital de la clinique d'Accouchements. — Médecin : M. le professeur Tarnier; chef de clinique : M. Boissard; externes : MM. Solary, Martin (Louis), Piaget, Grinda, Eichmüller, Sebillotte.

Maison municipale de santé. — Médecin : M. Lecorché; interne : M. Sallard; externes : MM. Bidault, Beretta, Druet.
Médecin : M. Danlos; interne : M. Matton; externes : MM. Regnard, Ranglaret, Morel.
Médecin : M. Horteloup; internes : MM. Wassilieff, Orrillard; externes : MM. Capdepont, Darquier, Chaudet.
Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Vialet, Delaunay; externes : MM. Chamozzi, Salmon, Lacour.

Hôpital des Enfants-Malades. — Médecin : M. le professeur Grancher, suppléé par M. Hutinel; chef de clinique : M. Deschamps; chef de clinique adjoint : M. Martin de Gimard; interne : M. Leredde; externes : MM. Auclair, Constantinescu, Schweisguth, Laugier, Sauvage, Babon.
Médecin : M. Jules Simon; interne : M. Enriquez; externes : MM. Follet, Bodin, Chailloux, Macrez, Vergues, Cuénod.
Médecin : M. Descroizilles; interne : M. Clarot; externes : Mlle Bouët, M. Euvrard.
Médecin : M. Ollivier; interne : M. Legrand; externes : MM. Luyt, Coulon, Marcopoulos, Lafaye.
Médecin : M. d'Heilly; interne : M. Vercoustre; externe : M. Pouteau.
Chirurgien : M. de Saint-Germain; internes : MM. Dufournier, Chipault; externes : MM. Maire-Améro, Royer, Desgenetez.

Hôpital Trousseau. — Médecin : M. Cadet de Gassicourt; interne : M. Aldibert; externes : MM. Bertillon, Basso, Leseigneur, Bitterlin, Bloch.
Médecin : M. Legroux; interne : M. Boulloche; externes : MM. Mercier (Charles), Rouquès, Chatelot, Lajotte, Barjon.
Médecin : M. Sevestre : interne : M. Couder; externes : MM. Rascol, Didier, Virchaux, Laverny, Lévy (Georges).
Chirurgien : M. Lannelongue; internes : MM. Dupré (Marc), Mauclaire; externes : MM. Barisien, Mirovitch, Mlle Broïdo, MM. Grenet, Tsakiris, Cerf, Javey, Boyer.

Hospice des Enfants-Assistés. — Médecin : M. Hutinel, suppléé par M. Variot; internes : MM. Morel, Papillon; interne provisoire : M. Giresse; externes : MM. Radiguet, Marchadier, Broussaud, Miquel, Modiano.
Chirurgien : M. Kirmisson; interne : M. Sabouraud; externes : MM. Miraillée, Gibert, Nollet.

Hospice de Bicêtre. — Médecin : M. Déjerine; interne : M. Tuilant; interne provisoire : M. Richerolle.
Médecin : M. Bourneville; interne : M. Morax; interne provisoire : M. Floersheim.
Médecin : M. Charpentier; interne : M. Malapert; interne provisoire : M. Magniaux.
Médecin : M. Deny; interne : M. Sorel; interne provisoire : M. Michel-Dansac.
Médecin : M. Féré; interne : M. Dupasquier; interne provisoire : M. Marie.
Chirurgien : M. Segond; internes : MM. Baudron, Thiercelin; interne provisoire : M. Malherbe.

Hospice de la Salpêtrière. — Médecin : M. le professeur Charcot; chef de clinique : M. Guinon; chef de clinique adjoint : M. N...; interne lauréat : M. Parmentier; interne : M. Souques; externes : MM. Michaïlowsky, Wintrebert, Zaguelmann, Boëteau, Levet, Puech, Chassevant, Escat (Etienne).
Médecin : M. Joffroy; interne : M. Létienne; interne provisoire : M. Diaz; externes : MM. Pribat, Decornet, Sarremone, Malfuson, Berceot.
Médecin : M. Voisin (Auguste); interne : M. Sollier; externes : MM. Couillaud, Mérieux.
Médecin : M. Falret; interne : M. Cazin; externe : M. Berbez.
Médecin : M. Voisin (Jules); interne : M. Guibert; externe : M. Horay.
Chirurgien : M. Terrillon; internes : MM. Blaise, Chibret; externes : MM. Comar, Meyer, Guillemot, Vandaële.

Hospice des Incurables (Ivry). — Médecin : M. Gombault; interne : M. Nageotte; interne provisoire : M. Bernard (Jean).
Chirurgien : M. Reynier; interne : M. Rousseau; interne provisoire : M. Fort.

Hospice des Ménages (Issy). — Médecin : M. Robin (Albert); interne : M. Teissier; interne provisoire : M. Londe; externe : M. Courtey.

Institution Sainte-Périne et Maison de retraite Chardon-Lagache. — Médecin : M. Faisans; internes : MM. Martin Durr, Poivet.

Maison de retraite de La Rochefoucauld. — Médecin : M. Talamon; interne : M. Taurin.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Concours pour trois places d'aides de clinique à la Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts.

Il est ouvert un concours pour l'admissibilité à trois emplois vacants d'aides de Clinique à la Clinique nationale ophthalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts. (Arrêté ministériel du 29 janvier 1890.)

Les opérations du concours auront lieu dans l'une des salles de la Clinique ophthalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts, le 3 mars prochain. Chaque candidat sera prévenu par un avis spécial de l'heure d'ouverture de la séance.

Les candidats doivent être de nationalité française, être pourvus d'un diplôme de docteur en médecine, ou avoir pris au moins seize inscriptions à l'une des Facultés de médecine de l'État.

Les candidats pouvant justifier de leur qualité de docteur doivent, pour concourir, être âgés de moins de trente-cinq ans. Ceux qui n'ont pas leur diplôme ne peuvent se présenter que s'ils ont moins de trente ans.

Toute demande en autorisation de concourir devra être déposée au secrétariat de l'hospice national le 15 février prochain, au plus tard.

Cette demande sera accompagnée :

1° De l'acte de naissance du postulant ou d'une copie conforme de ses lettres de naturalisation;

2° De son diplôme, s'il est docteur;

3° De ses titres et états de services, ainsi que des travaux scientifiques dont il serait l'auteur;

4° D'un certificat de bonnes vie et mœurs.

Les candidats ayant obtenu le nombre de points exigé pour être déclarés admissibles aux emplois d'aides de clinique, seront classés par le jury d'après le mérite de leur examen. Ils seront nommés au fur et à mesure des vacances, dans l'ordre de leur classement.

Toutefois, ils devraient concourir de nouveau s'ils n'avaient pas été pourvus d'un emploi dans le délai de quatre ans, à compter de la date du concours.

Les épreuves sont au nombre de trois :

1° Une question orale sur un sujet quelconque de pathologie. Il sera accordé cinq minutes de réflexion et dix minutes pour l'exposition ;

2° Une question orale sur un sujet de pathologie spéciale oculaire ; il sera accordé cinq minutes de réflexion et dix minutes pour l'exposition ;

3° Un examen des titres et travaux scientifiques des candidats. Cet examen sera fait par le jury, et le nombre de points attribués au candidat sera donné avant l'ouverture des épreuves orales.

Pour chacune des épreuves, le nombre des points à attribuer aux candidats est déterminé d'après l'échelle suivante :

0, nul ; 1, 2, très mal ; 3, 4, 5, mal ; 6, 7, 8, médiocre ; 9, 10, 11, passable ; 12, 13, 14, assez bien ; 15, 16, 17, bien ; 18, 19, très bien ; 20, parfait.

Toute épreuve, autre que l'épreuve sur titres, dont la note est inférieure à 9, entraîne la non-admissibilité du candidat.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 janvier 1890, ont été nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin-inspecteur de deuxième classe. — M. Treille, médecin en chef de la marine.

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. Kermorgant, médecin principal de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 janvier 1890, un concours s'ouvrira le 10 novembre 1890, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine d'Angers.

— Par décision ministérielle, en date du 29 janvier 1890, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin principal de deuxième classe Laurens, pour l'hôpital militaire de Toulouse.

MM. les médecins-majors de première classe Foulquier, pour le 18e d'artillerie ; Limon, pour l'hôpital militaire de Versailles ; de Ferré, pour le 126e d'infanterie ; Boppe, pour les salles militaires de l'hôpital mixte de Châlons-sur-Marne (médecin-chef).

M. le médecin-major de deuxième classe Renaut, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de première classe Herr, pour le 6e hussards ; Quéhéry, pour le 34e d'artillerie ; Auger, pour le 13e dragons ; Dalphin, pour le 141e d'infanterie ; Cherpitel, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; Frache, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie ; Jaubert, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Lainé, pour le 29e d'infanterie.

— M. Barrois, agrégé à la Faculté de médecine de Lille, est chargé d'une mission d'histoire naturelle en Syrie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Anglade (de Bordeaux), Coliez (de Longwy), Marcet (de Luchon), T. Puel (de Paris).

— M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera un cours d'anatomie le jeudi 6 février 1890, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Objet du cours : « La tête. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

25

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie Lebeault, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

62

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre ; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon ; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre ; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

25

TOILE VÉSICANTE

LE PERDRIEL

ACTION PROMPTE ET CERTAINE

Exiger la Couleur rouge.

Le Perdriel et Cie, Paris.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau ; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie Champigny, 57, r. Clichy ; 10, r. Port-Mahon.

92

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

77

APIOL DES DRS JORET & HOMOLLE

L'APIOL est le spécifique des désordres menstruels : il provoque les règles et arrête leur écoulement exagéré ou persistant. Mais on délivre, sous le nom d'Apiol, de simples extraits ou teintures de persil. L'Apiol vrai, liquide oléagineux, plus dense que l'eau et d'une belle couleur ambrée, est celui des Drs Joret et Homolle, le seul expérimenté avec succès, notamment dans le service du Dr Marotte, à la Pitié. — Dose : 1 caps. matin et soir pendant 5 à 6 jours lors de la venue présumée des règles ou de leur écoulement.

Dépt gal : Phie Briant, 150, r. Rivoli. Tles phies.

42

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — **Prix : 6 fr.**

Phie Limousin ❋, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

75

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

13

SIROP ANALGÉSIQUE DE A. GRASSE

Composé uniquement des principes efficaces de

STATICE-BRASILIENSIS

ET DE

CESTRUM-PARQUI

Calme les douleurs de la dysménorrhée, calme les douleurs des contractions utérines et sacro-lombaires de l'enfantement.

Expérimenté dans les hôpitaux de Paris.

N'est jamais contre-indiqué, quel que soit l'état des organes de la circulation et de la respiration.

Absolument inoffensif, tant pour la mère que pour l'enfant.

Les nombreux certificats envoyés à l'auteur par des praticiens distingués qui l'ont expérimenté, recommandent ce sirop à l'attention sérieuse du monde médical.

En vente chez M. Acard, 328, rue Saint-Martin ; à la pharmacie de Meistermann, 213, rue Saint-Honoré et dans toutes les pharmacies.

Prix : **5** francs le flacon et **3** francs le demi.

91

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* e *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.

EN BAINS : 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

10

SIROP ANTIPHLOGISTIQUE DE BRIANT

Phie *rue de Rivoli, 150, Paris,* et ttes phies.

Le **SIROP DE BRIANT,** recommandé à son début par les professeurs Laennec, Thénard, Guersant, etc., a reçu la consécration du temps : il avait été breveté en 1829. VERITABLE BONBON PECTORAL, à base de gomme et de coquelicots, il convient surtout aux personnes délicates comme les femmes et les enfants. Son excellent goût ne nuit en aucune manière à son efficacité contre les *rhumes* et toutes les *inflammations* de la *poitrine* et des *intestins.*

96

PASTILLES DE COCAÏNE HOUDÉ

Lauréat de l'Académie de médecine de Paris (PRIX ORFILA)

Le **chlorhydrate de cocaïne** agit à la périphérie des nerfs en abolissant momentanément la sensibilité des muqueuses.

Les **Pastilles Houdé à la cocaïne,** d'un titrage exact, sont très efficaces pour supprimer la douleur dans les affections de la **bouche,** de la **gorge** et du **larynx,** tels que **stomatites, amygdalites, angines, enrouements, aphonie, quintes de toux, coqueluche, laryngites, picotements, chatouillements** et **maux de gorge.**

2 milligrammes *de cocaïne* par pastille.

A. Houdé, 42, rue faubourg Saint-Denis, Paris.

Exiger les véritables *Pastilles Houdé à la cocaïne.*

54

ALBUMINATE DE FER DE LAPRADE

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

33

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**g.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

53

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

43

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les **Pâles couleurs,** pour fortifier les **Constitutions lymphatiques** et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'**Appauvrissement du sang.**

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

42

LE VÉRITABLE THAPSIA

doit porter les Signatures

Ch. Le Perdriel — *Reboulleau*

Veuillez les exiger pour éviter les accidents.

Le Perdriel et Cie, Paris.

36

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les **Affections aiguës et chroniques** de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

Dosage : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes

Phie Pelisse, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

41

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (chlorate de potasse)

Contre les maux de gorge, angines, extinction voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

DETHAN, r. Baudin, 23, Paris, et ttes pharmacies de France et de l'étranger. *Adh. Dethan*

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Budin a déposé son rapport sur la question de savoir si on peut autoriser les pharmaciens à délivrer certaines substances antiseptiques aux sages-femmes. Les conclusions de ce nouveau rapport seront soumises à la discussion dans la prochaine séance.

Quelques communications sur la grippe; une ablation de l'omoplate, par M. Périer, et une très intéressante étude de MM. Gautier et Mourgues, sur les alcaloïdes de l'huile de foie de morue, complètent le bilan de cette séance.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Albuminurie après la variole.

Au n° 2 de la salle des hommes, est couché un jeune homme de vingt-sept ans, monteur de pièces de charpentes en fer, et exposé, par suite, aux vicissitudes de l'atmosphère. Il est robuste, quoique un peu amaigri, et présente les caractères du tempérament dit nerveux. Il souffre des reins et se plaint d'avoir mal à la tête. Son front est couvert de boutons acnéiques qui sont dus à des applications d'eau sédative.

Depuis trois ou quatre jours, il accuse de la céphalalgie, il nous dit nettement qu'il avait déjà eu ce symptôme au mois de mai, et qu'il était entré, à cette époque, à l'hôpital Tenon.

La région lombaire présente des cicatrices qui ont été produites par des cautères. De plus, les régions vertébrales portent les traces de cautérisations nombreuses au thermocautère.

Ce jeune homme est albuminurique. Pourquoi a-t-il de l'albumine dans l'urine? Je vais vous le dire. En février 1888, il a eu la variole. L'albuminurie post-variolique n'est pas un fait aussi fréquent que celle qui existe après la scarlatine. Mais enfin, il n'est pas très rare de rencontrer cette complication de la variole. Du fait de cette fièvre éruptive, il y a le plus souvent congestion du rein. Cette hyperhémie peut disparaître entièrement, mais elle peut être le début d'une néphrite qui évoluera parfois insidieusement. Ce garçon est sorti de l'hôpital et a repris son ancien métier, il est probable que le froid a atteint un rein, qui était déjà prédisposé, par la variole, à subir une altération pathologique grave.

Ce malade, quand il est entré à l'hôpital, la première fois, a été soigné par M. Moizard, qui l'a soumis au traitement lacté. On lui a posé des cautères, dont vous avez vu les traces, et on lui a donné de l'iodure de potassium. Après un séjour de quatre mois à l'hôpital, ce malade est sorti guéri, c'est-à-dire sans aucune douleur, ni à la tête, ni aux reins. Je vous ai dit qu'il avait repris son ancien métier et que la céphalalgie et les douleurs lombaires étaient revenues. Le précipité d'albumine est très abondant.

Que dois-je faire? Le soumettre au traitement qu'il a déjà suivi. Le régime lacté, non pas le régime lacté exclusif, qui ne serait pas supporté longtemps, mais le régime lacté mitigé d'une part, des cautères d'autre part et, enfin, l'administration quotidienne de 2 grammes d'iodure réussiront peut-être à améliorer l'état de ce garçon. Il est dans de mauvaises conditions. La lésion date déjà de plusieurs mois, il s'est exposé au froid; il est à craindre que nous n'obtenions qu'un résultat bien éphémère. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Je vais vous citer un exemple qui vous prouvera que vous pouvez espérer des résultats extrêmement favorables, chez certains malades atteints d'albuminurie après la variole.

J'ai soigné dernièrement, en ville, une jeune fille qui présentait de l'albuminurie dans l'urine à la suite d'une variole qu'elle avait eue peu de mois auparavant. Quand j'eus l'occasion de l'examiner pour la première fois, elle avait dans l'urine une notable quantité d'albumine. Des cautères furent posés dans la région rénale et suppurèrent pendant dix-huit mois. Cette suppuration prolongée — que l'on néglige de nos jours — ne fut pas étrangère à la guérison qui survint, comme je vous le dirai plus loin. En même temps, j'ordonnais le régime lacté et de l'iodure de potassium. La malade était très sensible à l'action de ce médicament, aussi je dus me résoudre à ne lui en donner que 1 gramme par vingt-quatre heures, et seulement tous les deux jours. Pendant les jours intercalaires, elle prenait une certaine dose de tannin, médicament fort recommandable dans les cas de ce genre. Mais, j'insiste sur ce point, cette jeune fille, qui était très intelligente et très désireuse de

guérir, prenait le plus grand soin de sa santé. Elle évitait tout refroidissement; elle restait chez elle au moindre changement de température et ne sortait jamais sans être chaudement vêtue. Aussi nous eûmes la satisfaction de constater la disparition complète et persistante de l'albuminurie dans ses urines. On obtient rarement un résultat aussi satisfaisant, parce que le plus souvent les altérations rénales sont d'ancienne date et les malades peu disposés à suivre un régime et une hygiène sévères.

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE

Courbures rachitiques de la jambe; ostéotomie (1).

Par M. G. Phocas,

Professeur agrégé de la Faculté, chargé du cours de clinique chirurgicale des enfants.

II

L'idée de redresser les courbures rachitiques est une conquête de la chirurgie moderne. On lit, cependant, dans un livre publié à Strasbourg, la curieuse histoire d'un menuisier affligé d'une courbure rachitique du tibia, qui, un beau jour, s'est imaginé de se guérir à l'aide du procédé suivant : il fit passer son pied dans un établi et le ferma à vis. Bientôt il fut très surpris et très douloureusement impressionné de sentir son tibia, non pas fléchir sous la machine, mais se casser avec un bruit sec. Un chirurgien fut appelé, guérit la fracture et rendit au pied sa rectitude normale. Ce menuisier fut tout simplement l'inventeur de l'ostéoclasie instrumentale, mais, malheureux comme tous les inventeurs, il n'a pas eu son nom transmis à la postérité. Il était réservé à J. Guérin, un nom que vous connaissez tous, l'honneur d'avoir conçu l'idée de redresser les membres rachitiques, idée qu'il mit à exécution en 1845, pour la première fois, chez un enfant de deux ans et demi, auquel il pratiqua l'ostéoclasie. L'idée, aussi bien que l'opération, ont passé en pays étrangers, et ce n'est qu'à une époque récente qu'elles furent de nouveau rapatriées. C'était en 1876, M. Eug. Bœckel adressa à la Société de chirurgie un mémoire où il défendait « l'*ostéotomie* dans les cas de déviation rachitique ». Les membres de la Société discutèrent surtout la question préalable de l'opportunité d'une opération à opposer aux courbures rachitiques. Deux orateurs se sont montrés partisans de l'opération : M. le docteur Tillaux et M. le professeur Panas. Tous les autres, sans la repousser complètement, y mettaient de grandes restrictions dans ses indications. M. Panas eut bientôt l'occasion de mettre deux fois l'ostéoclasie en pratique, et M. Terrillon en fit autant; ces faits ont servi de base à la thèse de M. Aysaguen (1879). Depuis lors, l'opération est devenue de pratique courante en France, et M. Pousson put, en 1886, rassembler dans sa thèse 98 ostéoclasies, puisées, il est vrai, en grand nombre, dans les recueils étrangers. M. Reclus nous donna aussi l'histoire de 9 ostéoclasies pratiquées par lui.

Quant à l'ostéotomie pour courbures rachitiques, elle fut défendue, en France, surtout par M. Eug. Bœckel. MM. Erhmann, Lannelongue, J. Bœckel et de Saint-Germain, dans ces derniers temps, ont publié des observations de ce genre. M. Campenon a pu rassembler 215 cas d'ostéotomie, auxquels M. Pousson a pu ajouter 61 cas nouveaux.

L'ostéotomie a donc été plus volontiers pratiquée à l'étranger, tandis que l'ostéoclasie a surtout tenté les chirurgiens français. Cette tendance s'est accentuée davantage depuis l'invention des machines perfectionnées (Collin, Robin) à casser les os.

Nous sommes donc, à présent, puissamment armés contre les courbures rachitiques. Deux opérations peuvent les redresser : l'ostéotomie, l'ostéoclasie. Dans l'une, on pratique une fracture à ciel ouvert (ostéotomie); dans l'autre, on réalise les conditions d'une fracture sous-cutanée.

Voyons laquelle des deux nous allons mettre en usage dans le cas particulier :

Plusieurs facteurs doivent être pris en considération pour choisir entre les deux opérations : 1° l'âge du malade et l'âge de la maladie; 2° le genre de courbure rachitique; 3° l'état général; 4° son état social; 5° la gravité de l'opération.

L'âge du malade est si important à considérer que certains chirurgiens refusent l'opération à tout enfant qui n'a pas dépassé huit à dix ans, et se contentent jusque-là de prescrire des appareils orthopédiques (Le Fort). Mais, en général, on admet que l'opération doit être pratiquée le plus tôt possible. M. de Saint-Germain résume l'opinion de la majorité des chirurgiens en disant que dès qu'on vous amène un enfant avec des courbures rachitiques après le sevrage, il faut se garder de l'ajourner et il faut pratiquer de suite l'ostéoclasie manuelle. L'ostéoclasie parait être la méthode de choix pour les enfants très jeunes. La plupart des observations de M. Pousson ont trait à des enfants de deux à quatre ans. A cet âge le rachitisme est lui-même de fraîche date et les déformations n'ont pas dépassé la deuxième période de la maladie. Les os sont flexibles, la main est souvent suffisante pour les redresser ou les casser. Les machines sont plus rarement employées à cet âge.

L'âge de la maladie serait l'élément le plus important à la solution du problème. S'il nous était donné de toujours savoir, devant un cas particulier, dans quel état anatomique sont les os, s'ils sont friables ou éburnés, nous pourrions d'avance décider toujours le genre d'intervention : ostéoclasie pour les os friables, ostéotomie pour les os éburnés ou ostéoclasie instrumentale, au moins. Malheureusement, souvent la chose est délicate à savoir *a priori*. Aussi, certains auteurs donnent le conseil de commencer par essayer de l'ostéoclasie manuelle et d'arriver à l'ostéoclasie par les appareils ou à l'ostéotomie, si les essais d'ostéoclasie ont été infructueux. Ces essais ne sont pas, malheureusement, sans entraîner quelques dangers. Une mort par ostéotomie a été enregistrée à la suite d'essais infructueux, tentés quelque temps auparavant pour fracturer la courbure. En revanche, l'âge du malade indique, dans certains cas, le genre d'opération qu'on doit faire. Sur les 57 observations de la thèse de M. Pousson, on ne trouve que 3 observations d'ostéoclasie manuelle, chez des enfants ayant dépassé quatre ans. Dans une seule de ces trois observations, l'ostéoclasie manuelle a pu bien réussir. En dehors de ces trois observations, toutes les autres mentionnent des ostéoclasies instrumentales, chez les enfants ayant dépassé l'âge de quatre ans. De même, la plupart des observations, rassemblées par M. Campenon, sont des ostéotomies chez des enfants ayant dépassé l'âge de quatre ans. On peut donc

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 111.

poser en principe que l'ostéoclasie manuelle n'a de chances sérieuses de réussite que chez les enfants au-dessous de quatre ans, et qu'à partir de cet âge il ne faut compter que sur l'ostéotomie ou l'ostéoclasie instrumentale. A ce point de vue, les indications de l'ostéotomie et de l'ostéoclasie instrumentale sont les mêmes. Et, chez notre enfant ayant dépassé l'âge de six ans, il ne saurait être question d'ostéoclasie manuelle, et nous devons recourir à l'ostéotomie ou à l'ostéoclasie instrumentale.

Nous commençons par déclarer qu'il nous eût été impossible de recourir à l'ostéoclasie instrumentale, les instruments faisant défaut à notre arsenal et coûtant trop cher pour nous les procurer. Mais il y a d'autres raisons qui, cette difficulté supposée levée, nous auraient engagé à pratiquer l'ostéotomie. Ces raisons sont tirées du *genre de courbure*. Les courbures rachitiques du tibia affectent les conformations les plus variées. Les unes sont antéro-postérieures. Ces courbures, pour M. Ollier, ne valent pas la peine d'être redressées. Tout au plus pourrait-on leur opposer le *dédoublement du tibia* par *ostéotomie verticale*, pour allonger la taille de l'individu, ainsi que l'ont fait MM. Ollier et Jeannel. Déjà ces courbures ne sont donc justiciables que d'une opération, l'ostéotomie ; l'ostéoclasie ne donnerait là que des résultats déplorables.

Les courbures latérales du tibia sont les plus fréquentes. La convexité de l'arc regarde souvent en dedans, pour M. Follin, c'est aussi l'opinion de Mac Ewen. Pour la plupart des auteurs, les courbures à convexité externe sont les plus fréquentes. Elles siègent souvent au tiers inférieur du tibia, au niveau de la légère courbe physiologique de l'os (Duplay). C'est le cas de notre petite fille. Ces courbures sont les plus graves, car elles intéressent les surfaces diarthrodiales et produisent des troubles de la marche. Elles sont, du reste, variables comme rayon. Leur rayon peut être long ou court. Dans les courbures à long rayon, l'ostéoclasie est impuissante à donner une rectitude parfaite au membre. La remarque de M. Després est juste. Une seule fracture ne ferait que substituer deux courbes à plus petit rayon à une courbe à grand rayon. Il faudrait alors imiter les charpentiers quand ils veulent redresser une pièce de bois courbe et pratiquer l'*ostéotomie linéaire complète* et *multiple*, c'est-à-dire réaliser plusieurs fractures échelonnées le long de la courbe, et que seule l'ostéotomie est capable de faire.

Toutes les courbures à petit rayon ne sont pas justiciables d'ostéoclasie instrumentale. Il y a souvent un os, tantôt le péroné, comme dans notre observation, tantôt le tibia, qui est trop long. Or, il faut chercher, après la fracture, la coaptation des fragments et non pas leur chevauchement. Dans ces cas, une ostéotomie seule permet d'enlever la portion d'os surabondante et de mettre ainsi, après redressement, les fragments bout à bout. C'est là la principale raison qui nous eût engagé, quand même nous aurions eu les meilleures machines à notre disposition, à les laisser de côté et à recourir au seul procédé qui nous eût permis de réséquer une petite partie du péroné ; ce procédé est l'ostéotomie.

Nous plaçons à dessein ici la *gravité de l'opération*, comme élément devant entrer en balance dans le choix du procédé. D'après les relevés statistiques, la gravité de l'ostéoclasie manuelle est nulle. On n'a pas encore publié un cas de mort imputable à l'opération. L'ostéoclasie instrumentale est aussi bénigne, en ce sens qu'elle ne compte pas de mortalité. Mais elle a donné parfois lieu à quelques petits accidents, qu'il ne faut pas s'exagérer, mais qu'il faut cependant mettre en balance : telles sont les gangrènes de la peau, les douleurs vives, etc. L'ostéotomie n'est pas plus grave, mais à une condition : l'antisepsie parfaite pendant et après l'opération.

Sur 276 cas d'ostéotomie (1), on note 2 cas de mort imputables à l'opération. L'une de ces morts a été due à la pyohémie et sert d'exemple aux chirurgiens qui voudraient faire une pareille opération, sans le secours de l'antisepsie ; l'autre paraît avoir reconnu, pour cause, une intoxication phéniquée, et c'est encore un avertissement contre le zèle de ceux qui seraient tentés d'abuser de l'acide phénique chez l'enfant. Cette mortalité est minime, presque négligeable, mais elle suffit peut-être pour classer l'ostéotomie à un degré de gravité plus élevé que ses rivales. D'après cela, l'*état social* du malade peut être une cause pour préférer l'une de ces opérations, à l'exclusion de l'autre, et dans un milieu septique, chez des familles pauvres, où l'antisepsie est très difficile à réaliser, l'ostéotomie ne doit pas être pratiquée.

Pour nous résumer, étant donné qu'il faut intervenir chez notre petite fille, nous avions à notre disposition trois opérations : l'ostéoclasie manuelle, l'ostéoclasie instrumentale ou l'ostéotomie. Malgré la gravité un peu plus grande de l'ostéotomie, je la préfère chez elle : à cause de l'âge de la malade et de l'âge de la maladie, à cause de la conformation de la courbure rachitique du tibia et surtout à cause de l'élongation du péroné qui, pour bien se redresser, doit être réséqué. Je compte, du reste, annuler la gravité de l'opération, si gravité il y a, en prenant toutes les précautions antiseptiques et je suis, ainsi, à peu près sûr de pratiquer une opération aussi inoffensive que l'ostéoclasie.

Je vous dois, en terminant, deux mots sur le manuel opératoire que je compte suivre :

Je ne vous parlerai plus d'ostéoclasie d'aucune sorte, puisque je ne le pratiquerai pas. D'ailleurs, il ne faudrait pas une longue description pour vous initier aux procédés de casser un os et qui ressemblent tous aux procédés qu'on emploie journellement pour casser un bâton.

On distingue l'ostéotomie linéaire de l'ostéotomie cunéiforme : dans l'une ou l'autre, la division de l'os peut être complète ou incomplète. L'ostéotomie incomplète est complétée par l'ostéoclasie immédiate ou pratiquée au bout de quelque temps.

Pour les raisons que je vous ai données, nous pratiquerons une ostéotomie cunéiforme complète du péroné et une ostéotomie linéaire complète du tibia. J'aurais pu me contenter d'une ostéotomie du tibia et casser ensuite le péroné. Mais, dans le cas particulier, tous les avantages de mon ostéotomie seraient perdus. Si je fais une ostéotomie c'est surtout pour avoir un péroné de moindre longueur. Une ostéotomie complète et cunéiforme peut seule me donner ce résultat sur cet os.

Mon opération comprendra trois temps, par chaque os (tibia, péroné). Le péroné étant l'os qui doit subir l'opération la plus difficile, c'est par lui que je commencerai :

Premier temps : incision de la peau. — Deuxième temps : incision de l'os. — Troisième temps : redressement du membre et application de l'appareil.

---

(1) Thèses de MM. Pousson et Campenon, Mémoire de M. Bœckel.

Ayant à faire une excision du péroné, je dois me donner du jour, je ferai donc une incision de 3 centimètres environ, le long de la face externe saillante sous-cutanée et convexe du péroné. Par cette première incision, j'arriverai jusqu'au périoste. Je dénuderai même le péroné de son périoste dans l'étendue de 2 centimètres environ. Alors, à l'aide du ciseau de Mac Ewen, je pratiquerai deux incisions perpendiculaires et complètes sur le péroné dénudé. Ces incisions seront distantes de 2 centimètres : saisissant alors ce morceau mobilisé avec un petit davier, je l'enlèverai. Je mettrai une éponge antiseptique sur la plaie et passerai à l'ostéotomie du tibia. Ici je pratiquerai une ostéotomie linéaire, qui est une opération mieux réglée, et que je conduirai de la façon suivante : incision de la peau au milieu de la face interne sous-cutanée du tibia. Cette incision, dont le milieu doit répondre au maximum de la concavité de l'os, n'aura que 15 millimètres environ. Elle sera verticale et n'intéressera pas le périoste. Avant de retirer mon bistouri, je conduirai le long de sa lame un ostéotome de Mac Ewen que je préfère, surtout ici, à tout autre instrument. Une fois arrivé au fond de la plaie, je retirerai le bistouri et tournerai l'ostéotome perpendiculairement à la direction de la plaie et de l'os. Le ciseau sera tenu par ma main gauche, le bord cubital reposant et prenant point d'appui sur le membre, que j'aurai préalablement soin de placer sur un coussin de sable humide. Saisissant alors le maillet en bois que vous connaissez, je frapperai sur le ciseau des petits coups secs et d'*un maillet lourd*, selon l'expression de Farabeuf. Après chaque coup, j'aurai soin de mobiliser légèrement le ciseau dans le sens de sa largeur. J'arriverai ainsi jusqu'au pôle postérieur de l'os que je voudrais bien pouvoir atteindre et diviser sans produire des dégâts du côté des parties molles. Pendant toute cette manœuvre, mon bras droit doit, pour plus de sûreté, être collé contre le tronc, et je tâcherai de donner les coups de maillet en faisant surtout jouer l'articulation du poignet. Une fois le dernier coup de maillet donné, la section faite, rien, j'espère, ne m'empêchera de remettre le membre en place et de lui donner une bonne position, que je tâcherai de lui conserver à l'aide de l'appareil plâtré en étrier. Mais, si je vois que mon redressement est difficile à cause des muscles, les ténotomes sont préparés et une ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille est vite faite.

Je compte opérer un seul côté aujourd'hui. Je remettrai à plus tard le côté opposé.

P. S. — L'opération fut exécutée sans difficulté, comme il a été dit. L'ostéotomie du tibia fut *complète*, le redressement très facile. La correction a été parfaite. Pas de suture. Pansement à l'iodoforme. Appareil plâtré.

THÉRAPEUTIQUE

Les alcaloïdes de l'huile de foie de morue

Par MM. Gautier (de l'Académie de médecine) et Mourgues.

Il est certain que ce n'est pas seulement à ses alcaloïdes et à son acide morrhuique, que l'huile de foie de morue doit son activité réparatrice indéniable. Dans l'état actuel de nos connaissances sur la constitution de ce médicament célèbre et sur les propriétés des matériaux connus qui entrent dans sa composition complexe, elle nous paraît devoir son efficacité thérapeutique et son action reconstituante puissante à trois facteurs principaux :

1° Elle agit par ses corps gras, très facilement assimilables, grâce à leur acidité légère, à leur saponification partielle et à la dissolution dans l'huile d'une certaine quantité de matières biliaires qui en rendent l'émulsionnement extrêmement facile, surtout lorsqu'arrivent en présence les ferments du pancréas. C'est à peine si, dans l'acte digestif, ces ferments eux-mêmes ont à intervenir, car nous avons observé, qu'agitée avec de l'eau ne contenant que des traces d'alcali ou de carbonates alcalins, cette huile s'émulsionne en une multitude de gouttelettes d'une extrême finesse, aptes à traverser les villosités intestinales et à être directement absorbées.

Ces substances grasses, de digestion si facile, toutes prêtes à s'assimiler, sont des agents protecteurs, des réserves propres à s'accumuler dans tels ou tels tissus et à être utilisées par l'économie qui, pour faire face à ses besoins de calorification, irait, sans leur aide, emprunter la chaleur qui lui est nécessaire à la destruction des matériaux des cellules d'un ordre de vitalité plus élevé.

C'est à ces corps gras que Bouchardat attribuait, avec raison, une bonne partie de l'efficacité de ces huiles ; mais ce serait un tort de croire qu'on pourrait les remplacer facilement par des graisses de compositions semblables, en apparence, mais douées à un degré inférieur de la digestibilité, de l'assimilabilité des huiles de foie de morue ;

2° Ces huiles agissent comme des réparateurs énergiques par leur richesse en phosphates, en acide phosphorique, en lécithine et en phosphore combiné à l'état organique. C'est sous cette dernière forme, on le sait, que l'économie assimile le plus facilement cet élément indispensable, qui préside, pour ainsi dire, à l'activité des cellules les plus perfectionnées, qui excite leur reproduction et conserve, indirectement, ainsi, la perpétuelle jeunesse des tissus, et qui entre d'ailleurs dans la constitution de presque tous. On sait, de plus, que chez les phthisiques, les scrofuleux, les rachitiques, et dans la plupart des cachexies, la désassimilation des sels de chaux, et principalement des phosphates calciques, est extrêmement puissante. Employée par ces malades, l'huile de foie de morue leur fournit une ample provision de phosphore, sous la forme où il existe dans le lait, le jaune d'œuf, le cerveau, la légumine, la caséine, c'est-à-dire dans l'état même où il peut être assimilé et directement utilisé par l'organisme.

La petite proportion de brome et d'iode, que ces huiles renferment, concourt, sans doute, aussi à cette action reconstitutive excitant l'assimilation, et, d'autant mieux, que ces métalloïdes existent dans ces huiles à l'état organique où ils se trouvaient dans les algues marines bromurées et iodurées qui ont servi de nourriture aux morues. L'on sait, en effet, que l'iode n'est pas à l'état d'iodure dans ces huiles, qu'il y est combiné à l'état organique et ne saurait être décelé qu'en détruisant complètement la matière en présence d'un excès d'alcali. On a dit, enfin, que l'huile dégage l'odeur d'algues et de varechs, en présence de certains réactifs, surtout quand on veut mettre l'acide morrhuique en liberté.

3° Enfin les huiles de foie de morue agissent par leurs alcaloïdes, dont un grand nombre, la butylamine, l'amylamine et surtout la morrhuine et l'acide morrhuique excitent le système nerveux, accélèrent la dénutrition, accroissent considérablement les quantités d'urine et de sueurs excrétées et, corrélativement, augmentent l'appétit, ainsi que l'ont démontré nos expériences physiologiques directes, faites avec des alcaloïdes extraits de ces huiles. L'observation, déjà longue, des effets de ce médicament, telle qu'elle résulte de la pratique d'un grand nombre de médecins célèbres, reçoit ainsi une confirmation et une explication. Les expériences de Jongh, en particulier, continuées à l'hôpital pendant six mois sur deux lots de malades aussi semblables que possible, et démontrant que l'efficacité des huiles colorées est incontestablement plus grande que celle des huiles incolores, suffiraient à prouver le rôle actif des bases qui ne se trouvent que dans des huiles colorées. Nos expériences ont démontré que ces

alcaloïdes agissent puissamment sur les centres nerveux, qui président à la nutrition, et une dénutrition et une assimilation corrélatives sont indiquées par la suractivité des fonctions rénales et sudorales.

Il est vrai que, parmi les alcaloïdes de l'huile de foie de morue, il en est, tels que l'amylamine, qui sont des poisons dangereux à dose un peu élevée, et qui, à plus faible dose, excitant les réflexes, produisent un tremblement convulsiforme.

On ne saurait nier l'activité très grande de ces bases, mais il serait malaisé d'en conclure à leur efficacité dans la médicamentation par l'huile de foie de morue.

Remarquons toutefois que si, à dose élevée, le plus abondant de ces alcaloïdes vénéneux, l'amylamine, produit chez les animaux les tremblements et les convulsions; à dose faible, elle possède, elle aussi, des propriétés excitantes de la nutrition, qui se traduisent par une hypersécrétion rénale prononcée. Elles-mêmes, les bases vénéneuses de l'huile de foie de morue, lorsqu'elles sont données en petites proportions, comme c'est toujours le cas dans l'emploi thérapeutique de ces huiles, agissent à la façon de la morrhuine et de l'acide morrhuique qui, même à petite dose, n'ont d'autres effets que de surexciter les fonctions nutritives.

Les causes de l'efficacité des huiles de foie de morue se résument donc ainsi :

Augmentation sensible de l'appétit et des sécrétions rénales, sudorales et intestinales, sous l'influence de ses alcaloïdes principaux; assimilation rapide de principes phosphorés présentés à l'économie sous la forme de lécithine et d'autres matières phosphorées organiques, directement utilisables par les jeunes cellules; réparation puissante des réserves de calorification, grâce à l'absorption facile des corps gras associés à des matériaux biliaires qui en provoquent aisément l'émulsionnement et la saponification; enfin, spécificité d'action de petites quantités d'iode et de brome que ces huiles contiennent sous la forme organique la plus propre à aider leur action excitante sur la nutrition, celle des alcaloïdes eux-mêmes.

Tels sont les éléments multiples, mais concordants, de l'action puissante que ce médicament exerce sur l'économie débilitée par des maladies de dégénérescence, telles que la scrofulose, la phthisie, la goutte, l'arthritisme et les autres diathèses qui, frappant la puissance assimilatrice et régénératrice, s'opposent à une réparation suffisante des tissus.

L'activité vitale a pour corrélation nécessaire une incessante désassimilation, et, dans ces maladies à dénutrition rapide et à lente réparation, l'huile de foie de morue vient apporter, sous une forme très favorable, à la fois quelques-uns des éléments chimiques principaux de ces nouvelles formations organiques et l'excitant nécessaire à cette réparation. Les corps gras, à demi émulsionnés, à demi assimilés, fournissent la chaleur et l'énergie; le phosphore, à l'état organique ou semi-organique, concourt à la reproduction et à la revivification incessante des cellules; les alcaloïdes, enfin, vont exciter les centres qui président à tout fonctionnement vital.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 février 1890. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une note sur l'épidémie actuelle de fièvre grippale à Baccarat, par M. le docteur Alison;

2° Un rapport sur la vaccination dans le Delta du Tonkin en 1889, par M. le docteur Gouzien;

3° Un mémoire de chimie biologique, animale et végétale, par M. Gaube (du Gers).

Tuberculose et lait bouilli. — M. DE VILLIERS, à propos du procès-verbal, fait observer que le danger du lait de vaches tuberculeuses est rare; tandis que le lait bouilli est certainement l'une des causes les plus efficaces de la diarrhée infantile, dont on sait toute la gravité.

COMMUNICATION

Grippe. — M. PROUST cite le fait suivant de transmissibilité de la grippe, extrait d'un rapport officiel de mer, de M. le docteur d'Hoste, médecin de première classe de la marine, sur la traversée du paquebot *Saint-Germain*, de Saint-Nazaire à Vera-Cruz et retour.

Ce navire, parti le 2 décembre 1889, de Saint-Nazaire, en état sanitaire excellent, fit escale à Pauillac les 3 et 4 et à Santander le 5. Là, il embarqua un passager de première classe, venant de Madrid où régnait la grippe. Ce passager, le lendemain de son arrivée à bord, c'est-à-dire le 6 décembre, est pris de grippe. Le 10, c'est-à-dire quatre jours après, le médecin, M. d'Hoste, est pris à son tour. Il est le *premier* atteint après le passager venu de Madrid.

Le *deuxième* cas se produit le 12, chez un soutier : puis, la maladie se généralise et continue jusqu'au 7 janvier.

154 passagers sur 436 ont été pris; plus 47 hommes de l'équipage, soit un total de 201 malades.

La plupart des cas ont été légers : quelques-uns seulement ont donné de l'inquiétude. La température s'est parfois élevée à 40°5. Personne n'a succombé.

Le navire est rentré à Saint-Nazaire le 14 janvier, après escales à la Havane, Vera-Cruz, etc.

En résumé, la grippe s'est montrée là comme une maladie contagieuse, transmissible non seulement par les complications ou localisations secondaires, mais encore par elle-même.

M. LABORDE a observé deux malades dont l'histoire vient à l'appui des opinions de M. Bouchard.

L'un, médecin, a la maladie régnante. Au bout de deux jours se déclare un érysipèle, dont le point de départ est situé aux fosses nasales. Cet érysipèle s'étend à la face, au cuir chevelu; malgré la gravité de cette complication, le malade guérit.

Peu de jours après, la bonne de ce confrère est prise de pneumonie grippale et succombe. L'autopsie montre des noyaux pneumoniques, dans lesquels on trouve le streptocoque de l'érysipèle, mais absence de pneumocoques.

M. BROUARDEL fait faire, par son interne, M. Morsly, des expériences avec les liquides de cette malade. Il en fera connaître les résultats intéressants.

PRÉSENTATION

Ablation de l'omoplate. — M. PÉRIER présente un malade auquel il a enlevé l'omoplate, en conservant le bras.

Ce malade avait eu un sarcome, débutant par l'acromion et ayant envahi la totalité de l'os. L'articulation scapulo-humérale était respectée. Le 15 octobre dernier, M. Périer enleva l'omoplate, après avoir détaché les muscles qui recouvrent l'os. Cette ablation fut assez facile, sauf les adhérences à l'apophyse coracoïde. La vaste plaie de cette opération guérit parfaitement. Une partie de la peau fut sphacélée. Actuellement, il n'y a pas de récidive.

Les mouvements du bras sont limités, mais le fonctionnement du membre s'améliore de jour en jour.

RAPPORT

Antisepsie et sages-femmes. — M. BUDIN lit un rapport sur la convenance d'autoriser les pharmaciens à vendre des substances antiseptiques sur la prescription des sages-femmes munies d'un diplôme. Au nom de la Commission, M. Budin dépose les conclusions suivantes :

« Il est indispensable de permettre aux sages-femmes l'emploi de substances qui peuvent empêcher la propagation des maladies puerpérales.

Pour plus de simplicité, et pour éviter les erreurs, les sages-femmes ne devront recourir qu'à un seul antiseptique dont la dose sera toujours la même.

Il faut donc autoriser les pharmaciens à leur délivrer des paquets de sublimé ainsi composés :

Sublimé.	25 centigrammes.
Acide tartrique	1 gramme.
Rouge de Bordeaux	1 milligramme.

Sur chaque paquet, qui, conformément à la loi, portera une étiquette rouge, seront écrits ou imprimés ces mots :

Sublimé, 25 *centigrammes.*
Pour 1 *litre d'eau.*
TOXIQUE.

En outre, comme il est nécessaire que les sages-femmes aient à leur disposition une substance antiseptique pour enduire les mains et les instruments, les pharmaciens pourront également leur donner des doses de 30 grammes de la vaseline au sublimé à 1 p. 1000.

Ces paquets et cette vaseline au sublimé constituent donc les substances antiseptiques que les sages-femmes seront autorisées à prescrire; les dangers d'intoxication sont ainsi tellement réduits qu'on peut les considérer comme à peu près nuls. Du reste, on parle souvent des dangers du bichlorure de mercure, et on oublie trop ceux de la septicémie. On peut compter les cas d'empoisonnement attribués au sublimé; en obstétrique, au contraire, le nombre des existences qui ont été conservées grâce à cet antiseptique est incalculable. »

La discussion de ces conclusions est renvoyée à la prochaine séance.

COMMUNICATION

Huile de foie de morue. — **M. GAUTIER** fait, en son nom et au nom de M. Mourgues, une communication sur les alcaloïdes de l'huile de foie de morue. (Voir plus haut, p. 148.)

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

59. M. MATURIÉ. Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale et de son traitement. — 60. M. DELAGÉNIÈRE. Cholécystentérostomie. — 61. M. BERGER. Sur des accidents peu connus du phimosis congénital. — 62. M. DESCOINGS. De l'amygdalite considérée comme maladie infectieuse et contagieuse. — 63. M. DEBAYLE. Hystéropexie vaginale, nouvelle opération contre les déviations utérines. — 64. M. HEURTEAU. Contribution à l'étude des conséquences tardives des lésions traumatiques de la moelle épinière. — 65. M. CAMBOURS. Des eaux minérales de Capvern (Hautes-Pyrénées). Ses indications et contre-indications. — 66. M. LOVY. Exanthème rubéoliforme du déclin de la fièvre typhoïde. — 67. M. BEAUJEAN. Vergetures des membres. — 68. M. RESTREPO. Contribution à l'étude de la pathologie des altitudes. — 69. M. COCHERY. Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure. — 70. M. DECAUX. De l'origine microbienne des kératites et de leur traitement. — 71. M. PSALIDAS. Lymphadénome en général et particulièrement sur un cas rare observé sur la mamelle. — 72. M. LAPORTE. Syphilis de la clavicule. — 73. M. BILLOIR. Contribution à l'étude de la syphilis vaginale secondaire. — 74. M. AHMED-BEN-MILOUD. De la luxation de l'épaule en arrière et ses complications. — 75. M. MILLET. Empyème gangréneux interlobaire. — 76. M. ALLARD. Des kystes puriformes du cœur. — 77. M. VÉZES. Anévrysmes des artères de la jambe. — 78. M. DESREUMAUX. De l'intervention chirurgicale dans les ostéo-arthrites tuberculeuses des articulations tibio-tarsiennes et du pied chez l'enfant. — 69. M. JACQUINOT. Rétrécissement vénérien du rectum. — 80. M. LYON. L'analyse du suc gastrique, sa technique, ses applications cliniques et thérapeutiques.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

12. M. LESUEUR-FLORENT. Étude sur les divers emplois du plomb métallique en chirurgie. — 13. M. CONTE. Contribution à l'étude de l'influence des injections interstitielles d'oxyde jaune de mercure sur les éléments globulaires du sang et sa richesse en hémoglobine dans la syphilis. — 14. M. DENIS. De l'origine aquatique de la fièvre typhoïde (épidémie de Mouillepieds, près Rochefort). — 15. M. LE QUÉMENT. Relation d'une épidémie de dysentérie, observée à bord du transport-aviso La Saône. — 16. M. LABOUESSE. Amputations partielles et totales du pied (étude de médecine opératoire). — 17. M. DUBOIS. Contribution à l'étude du vaginisme. — 18. M. CORNET. De l'origine spasmodique des coliques et de leur traitement par les vaporisations rectales d'éther. — 19. M. DOUBLET. De la colpo-cystotomie dans le traitement de la cystite douloureuse rebelle. — 20. M. LE QUINQUIS. Sur une manifestation épidémique d'hémiplégie faciale (observations recueillies au cours d'influences associées : grippale, pneumonique et diphthérique). — 21. M. OUI. Étude sur quelques manifestations morbides observées chez les trieurs de moules des environs de Chatelaillon (Charente-Inférieure). — 22. M. MIRANDE. Du traitement des kystes hydatiques suppurés du foie par les injections de naphtol β. — 23. M. ROUGIER. Contribution à l'étude et au traitement de l'épithélioma bénin de la face. — 24. M. BORDE. De la vomique pleurale considérée comme terminaison favorable de la pleurésie purulente de la grande cavité pleurale. — 25. M. MACLAUD. Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires d'oxyde jaune. — 26. M. DUPUY-FROMY. De la traction cervicale graduée substituée à la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 février 1890, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef. — MM. les médecins principaux de réserve Poitou-Duplessy et Costes.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe de réserve Latière (E.-V.-L.), Latière (J.-E.), Lenoir et Morani.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe de réserve Thèze, Gallerand, Gougaud, Du Mouza, Rédarès, Bobrie, Doury et Bouché.

Au grade de pharmacien de première classe. — MM. les pharmaciens de deuxième classe de réserve Pirion et Cardaliaguet.

— MM. les docteurs Doublet, Le Quinquis et Mirande sont nommés médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 3 février 1890, la chaire de physique de la Faculté de médecine de Bordeaux est déclarée vacante.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Gilbert, agrégé, est chargé des fonctions de chef du laboratoire de thérapeutique.

Un congé de trois mois est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Monange, préparateur des travaux pratiques de chimie.

M. Beretta (César-Joseph-Savin) est nommé aide du laboratoire des cliniques, à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Rémy, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J. Baillé, médecin de l'hospice de Rabastens.

— M. le docteur Poignard est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque municipale de Saint-Mandé.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu le samedi 8 février, à huit heures et demie très précises du soir, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, et, 14, rue des Poitevins. « Les Causses du Languedoc : gorges du Tarn, Montpellier-le-Vieux, grottes et abîmes, les eaux souterraines », par M. Martel, avocat, agréé au Tribunal de commerce, bibliothécaire du Club alpin français. — Les projections seront faites par M. Molteni.

— La bibliothèque du regretté docteur Decaisne, qui fut, pendant de longues années, rédacteur scientifique du journal la *France* et de la *Gazette médicale de Paris*, sera mise en vente le lundi 3 mars et les deux jours suivants, par les soins de MM. J. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris. Le catalogue renferme de nombreux articles sur l'histoire de la médecine, les curiosités médicales, l'hygiène et la ville de Paris. Il sera adressé gratuitement et franco à toute personne qui en fera la demande.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 17. — SAMEDI 8 FÉVRIER 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 8 FÉVRIER 1890. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Étude sur le diagnostic et le traitement des tumeurs ganglionnaires du cou.

Par M. le docteur A.-F. PLICQUE,
Ancien interne des hôpitaux.

Le diagnostic précis des tumeurs ganglionnaires du cou offre souvent des difficultés extrêmes. Ces difficultés, surtout au début, peuvent être telles que les chirurgiens les plus expérimentés restent eux-mêmes indécis sur la nature exacte de l'affection. Et cette incertitude est, en pratique, d'autant plus embarrassante qu'à chacune des variétés d'adénopathie : inflammation simple, syphilis, tuberculose, cancer, répondent des indications thérapeutiques impérieuses et singulièrement variables.

Le but de cette étude est d'exposer tout d'abord les grandes lignes à suivre dans le diagnostic des diverses tumeurs ganglionnaires du cou et les principaux modes de traitement de chacune d'entre elles. Mais il est aussi et surtout de discuter, dans une dernière partie, la conduite à tenir dans les cas si fréquents où le diagnostic reste mal déterminé. L'expectation, aidée des diverses ressources de traitement médical, parait sans doute alors la règle la plus sage. Mais d'autre part, dans bien des cas, l'intervention chirurgicale n'aura guère de chances de succès, qu'à condition d'être très précoce. Entre ces deux partis extrêmes, lequel conviendra-t-il d'adopter ?

I

Pour être complet, le diagnostic des tumeurs ganglionnaires du cou doit résoudre tour à tour les trois questions suivantes : 1° La tumeur siège-t-elle vraiment dans les ganglions ? 2° Est-ce bien une tumeur ganglionnaire primitive et isolée ? 3° Quelle est sa nature ?

1° La première question, le siège exact de la tumeur, offre rarement de grandes difficultés pratiques. Dans bien des cas, la tumeur ganglionnaire est constituée non par un, mais par plusieurs ganglions, et cette forme spéciale, que le palper distingue facilement des bosselures que pourraient offrir d'autres néoplasmes du cou (lipomes, goître, cancer thyroïdien), suffit à établir le diagnostic. Les tumeurs ganglionnaires, formées d'une masse unique, peuvent être un peu plus embarrassantes. Parfois, c'est seulement par exclusion, et en passant successivement en revue tous les organes de la région, que l'on peut arriver à conclure. C'est plutôt alors par les caractères cliniques qui manquent à la tumeur ganglionnaire que par ceux qu'elle présente qu'on parvient à la différencier. Les tumeurs du corps thyroïde, par exemple, en dehors de leur siège spécial, sont unies, dès le début, au larynx et le suivent dans les mouvements de déglutition. Les abcès par congestion s'accompagnent de lésions du rachis, ordinairement faciles à reconnaître par la douleur que réveillent soit les mouvements, soit le palper du cou et le toucher buccal. Les anévrysmes présenteront leur mouvement d'expansion et leur souffle. On ne doit point oublier que ce sont eux qui ont donné lieu aux méprises, sinon les plus fréquentes, au moins les plus tragiques. Les kystes du cou se reconnaîtraient, en cas d'hésitation, par une ponction exploratrice. Il faut encore citer, malgré leur rareté, les fibromes et sarcomes des aponévroses du cou. Il n'est pas jusqu'aux contractures musculaires partielles, qui s'observent surtout dans l'hystérie et le rhumatisme, qui ne puissent simuler une tumeur ganglionnaire. M. Verneuil (1) a montré la difficulté qu'on avait parfois à distinguer ces contractures de certaines adénopathies et, en particulier, de celles des ganglions trapéziens. On doit aussi songer aux autres tumeurs musculaires et, en particulier, aux gommes assez fréquentes sur le sterno-mastoïdien. Enfin, si le lipome sous-cutané est d'ordinaire de diagnostic facile, les masses graisseuses, décrites par MM. Potain et Verneuil sous le nom de pseudo-lipomes sus-claviculaires et qui s'observent surtout chez les arthritiques et les diabétiques, ont été souvent prises pour des ganglions hypertrophiés. Le principal caractère différentiel est leur consistance beaucoup plus molle.

2° Le second point du diagnostic est, à la seule condition d'y songer, presque résolu d'avance. En pratique pourtant, il donne assez souvent lieu à des erreurs, et à des erreurs toujours graves. La tumeur ganglionnaire, regardée comme primitive, peut, en effet, être la propagation secondaire

(1) VERNEUIL. *Gazette hebdomadaire*, 1882, nos 51 et 52.

d'une tumeur maligne d'un organe voisin. Elle peut aussi n'être qu'une lésion accessoire coïncidant soit avec une hypertrophie d'autres ganglions éloignés (adénie de Trousseau), soit avec un état particulier du sang, la leucocythémie. Dans ces divers cas, les indications thérapeutiques et, en particulier, les indications opératoires se trouvent singulièrement modifiées.

Prendre une adénopathie du cou, consécutive à un cancer des organes voisins, pour une adénopathie primitive, peut paraître une erreur bien invraisemblable. En réalité, cette erreur s'explique. Les cancers du larynx, de l'œsophage, de la langue, du pharynx, peuvent, en effet, déterminer, dans quelques cas, des adénopathies secondaires considérables, avant de s'être accusés par des troubles fonctionnels bien manifestes. C'est surtout pour les épithéliomes de l'amygdale (1) et des parties latérales du pharynx que ces adénopathies, détournant à leur profit toute l'attention et masquant la tumeur principale, pourront être observées. La lésion primitive, cachée derrière le pilier du voile du palais, est souvent difficile à apercevoir ; la gêne de la déglutition, les douleurs restent assez longtemps minimes et sont volontiers rapportées par le malade à sa tumeur du cou. Il est donc assez fréquent de croire que celle-ci est la tumeur primitive et principale. Si l'on ajoute que ces adénopathies secondaires à l'épithélioma offrent souvent une fluctuation qui simule celle d'un abcès, on conçoit l'erreur de traitement : l'incision qui suit à peu près fatalement l'erreur de diagnostic. Quant aux conséquences de cette incision, il suffit de signaler, parmi les suites immédiates, l'hémorrhagie, souvent fort abondante et difficile à arrêter, et, parmi les suites éloignées, l'envahissement cancéreux de la plaie, pour montrer sa gravité. Il est plus rare que l'erreur soit poussée jusqu'à tenter l'ablation complète de la tumeur ganglionnaire. Le moindre inconvénient de cette tentative serait son inutilité complète.

Croire que l'adénopathie du cou est isolée alors qu'elle s'accompagne d'une hypertrophie de la plupart des autres ganglions et des organes lymphoïdes, est une erreur moins commune et plus facile à éviter. Mais, pour ne point la commettre, une condition, bien simple d'ailleurs, est indispensable. C'est de n'ajouter aucune confiance aux assertions du malade et de vérifier ses dires par l'examen direct. On sera alors bien souvent surpris de trouver, chez un malade qui affirme n'avoir rien autre chose que sa tumeur du cou, une hypertrophie presque généralisée de tout le système ganglionnaire. Le volume de ces lésions, complètement méconnues par le sujet qui les porte, est parfois extraordinaire. Chez un étudiant de vingt-trois ans, qui ne se plaignait de rien autre que d'une tumeur du cou, assez isolée, du volume du poing, nous avons trouvé, dans les aines, des ganglions du volume d'un œuf de pigeon et, par la palpation de l'abdomen, une masse qui dépassait certainement le volume d'une tête d'enfant. On prévoit les résultats qu'aurait donnés une intervention opératoire à laquelle il était permis de songer tout d'abord. On ne devra donc jamais négliger la palpation des divers ganglions. On ne devra point non plus négliger l'exploration de la rate par la palpation et la percussion, et celle des ganglions du médiastin par une auscultation et une percussion minutieuses.

Un dernier examen : l'examen du sang, est enfin nécessaire pour ne point méconnaître la leucocythémie. A côté des formes ordinaires avec hypertrophie ganglionnaire généralisée, qui ne prêtent guère à la confusion, on rencontre, en effet, des formes où des altérations déjà très marquées du sang coïncident avec l'hypertrophie d'un seul groupe de ganglions. C'est surtout avant d'essayer une intervention opératoire que cet examen est nécessaire. On connaît, en effet, la gravité de ces interventions chez les leucocythémiques et, en particulier, le danger des hémorrhagies, soit primitives, soit secondaires.

(1) Plicque. Étude sur le traitement des tumeurs malignes de l'amygdale, etc., *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, avril 1889.

3° Le diagnostic vraiment important et vraiment difficile, est celui de la nature de la tumeur ganglionnaire. Tant que cette nature ; inflammatoire, syphilitique, tuberculeuse ou cancéreuse, n'est point nettement reconnue, le diagnostic ne peut pas fournir au traitement des indications suffisamment précises. Il doit être regardé comme incomplet.

Où faut-il donc chercher les éléments du diagnostic différentiel ? Les caractères mêmes de la tumeur sont, au début surtout, insuffisants. Ce n'est ni dans la forme, ni dans l'aspect, ni dans la consistance, ni dans les troubles fonctionnels qu'on trouve des renseignements utiles. L'évolution seule a un peu plus d'importance. Les tumeurs, nettement inflammatoires, arrivent vite à leur volume pour rester ensuite stationnaires ou diminuer rapidement, dès qu'on les traite. Les tumeurs tuberculeuses montrent une tendance précoce à la suppuration. Les cancers des ganglions, et sous ce nom nous comprenons les carcinomes, sarcomes et lymphadénomes, s'accroissent sans suppurer. Leur ulcération est très tardive et ne se fait que mécaniquement, quand le volume est devenu énorme. Mais ils peuvent, eux aussi, offrir une fausse fluctuation qui devient singulièrement trompeuse.

Les circonstances étiologiques, qui ont accompagné le début de l'engorgement ganglionnaire, présentent un grand intérêt à condition d'être longuement discutées.

Au début des adénopathies inflammatoires, on retrouve toujours la lésion qui a servi de porte d'entrée à l'irritation lymphatique. Ces lésions sont fort variables; croûtes du cuir chevelu, ulcérations du nez, stomatites, angines, inflammations d'origine dentaire et, en particulier, éruption de la dent de sagesse; maladies infectieuses comme scarlatine, oreillons, diphthérie. Mais la lésion d'origine constatée, le diagnostic deviendrait facile, si malheureusement ces adénopathies, simplement inflammatoires à leur début, ne pouvaient, au cours de leur évolution, subir la transformation tuberculeuse ou cancéreuse. Le fait est classique pour la tuberculose et le rôle des irritations banales dans les adénopathies scrofuleuses est depuis longtemps signalé. Un peu moins connu pour les tumeurs malignes, il n'est cependant pas très rare. Nous avons dernièrement observé un fait de lympho-sarcome des ganglions du cou, greffé manifestement sur l'adénite produite par une poussée d'oreillons. Pour la syphilis elle-même, ce rôle des irritations sur les adénopathies a été noté par M. Verneuil, sinon au cou, au moins dans un cas d'adénopathie tertiaire des ganglions de l'aine. La certitude qu'une adénopathie est nettement d'origine inflammatoire, ne saurait donc inspirer une sécurité complète.

L'erreur inverse peut, surtout pour la syphilis, être commise. Souvent les adénopathies qui surviennent chez les syphilitiques sont simplement inflammatoires. Elles sont la conséquence d'une plaque muqueuse de l'amygdale, d'une

syphilide du cuir chevelu; mais ces lésions ont agi comme toute autre ulcération banale. Si le traitement spécifique est utile contre la lésion initiale, il ne saurait avoir grande action directe sur l'adénopathie et ne doit point être prolongé avec autant de persévérance que dans les adénopathies tertiaires.

Parmi les autres notions étiologiques, les antécédents héréditaires et personnels du sujet, son état de santé constituent un élément de diagnostic un peu plus certain. Une adénopathie, développée chez un sujet qui offre des lésions tuberculeuses antérieures ou concomitantes, est à peu près sûrement tuberculeuse. On ne saurait espérer qu'elle soit simplement inflammatoire; il faudrait une filiation des plus évidentes pour qu'on discute la syphilis: on peut, enfin, espérer qu'elle n'est pas cancéreuse. Cancer et scrofule sont deux termes qui s'excluent. Un tempérament arthritique, au contraire, doit toujours faire redouter une tumeur maligne. L'hérédité cancéreuse offre aussi une probabilité qu'on aurait tort de négliger. Deux malades atteints de lympho-sarcomes du cou que nous avons observés offraient les antécédents suivants. Chez le premier, le père et l'un de ses oncles paternels étaient morts, le premier d'un cancer du foie, le second d'un cancer de l'estomac. Le grand-père et la grand'mère dans la même ligne étaient morts, l'une d'un cancer du sein, l'autre d'une tumeur du bas ventre. Chez le second, on notait, aussi bien dans la ligne paternelle que dans la ligne maternelle, plusieurs décès par tumeurs malignes. Pourtant des médecins fort expérimentés avaient porté chez tous deux les diagnostics d'inflammation banale, puis de tuberculose. N'auraient-ils pas plutôt songé au cancer en se renseignant davantage sur les antécédents?

C'est donc de la réunion d'une foule de petits faits que devra résulter le diagnostic, sans qu'il soit possible de donner de règles générales. La seule que l'on puisse indiquer est qu'il est nécessaire de se défier beaucoup de la tendance consolante qui pousse, dans les cas douteux, à diagnostiquer l'affection la plus bénigne, l'adénopathie simplement inflammatoire. Les adénopathies douteuses finissent trop souvent par évoluer vers la tuberculose, sinon vers le cancer. Cette évolution sera, d'ailleurs, discutée plus loin en étudiant l'intervention chirurgicale dans les cas douteux.

II

Si nous supposons que le diagnostic soit à peu près complètement établi, dès le début, quel serait le traitement à suivre dans chacune des variétés d'adénopathie?

1° Dans les adénopathies inflammatoires, la première indication est évidemment de supprimer, quand elle existe encore, la cause d'irritation (1). Dans quelques cas heureux, il suffira de traiter une éruption impétigineuse du cuir chevelu, d'enlever une dent cariée, de favoriser la sortie d'une dent de sagesse pour obtenir la résolution de ganglions, depuis longtemps engorgés et qu'on supposerait volontiers tuberculeux.

Un engorgement ganglionnaire chronique, même lorsqu'il est nettement d'origine inflammatoire, indique toujours par sa persistance une tendance fâcheuse de l'état général.

(1) Ricard, Larrey. Adénopathies pseudo-tuberculeuses des ganglions du cou, *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1084.

Il y a donc lieu d'employer, pour corriger cette tendance, les divers modificateurs hygiéniques et médicamenteux: air pur, iode, huile de foie de morue, etc., que nous étudierons plus en détail, à propos des adénopathies tuberculeuses.

Comme indications locales, on aura, tout d'abord, à mettre la tumeur ganglionnaire à l'abri des irritations extérieures, à la protéger, par exemple, contre les frottements des vêtements et contre le froid extérieur par une épaisse couche d'ouate. L'emploi des diverses pommades résolutives à l'iodure de potassium, à la belladone, au mercure, est trop classique pour que nous insistions. La pommade mercurielle, si souvent employée, devra toujours être très surveillée, au point de vue de la stomatite. Les auteurs allemands Kappener (1), Busch (2), vantent aussi beaucoup, comme résolutif, le savon mou de potasse, employé soit pur, soit mélangé à un cinquième de farine de moutarde. pour exercer en même temps une certaine révulsion. Pour éviter que celle-ci ne soit trop vive, Busch recommande de n'appliquer ce dernier mélange que douze heures sur vingt-quatre, en l'entourant de tarlatane à la façon d'un cataplasme ordinaire.

Comme autres agents de révulsion externe, les vésicatoires si fort en honneur autrefois, les pointes de feu qui ont l'inconvénient de laisser une cicatrice, tendent de plus en plus à être remplacés par la teinture d'iode. Les badigeonnages ne doivent jamais aller jusqu'à l'excoriation de la peau.

Un grand nombre de tentatives ont été faites également pour porter les divers agents modificateurs, par des injections interstitielles, dans l'intérieur même du ganglion hypertrophié. On a tour à tour employé la teinture d'iode, l'acide acétique, l'acide phénique, la liqueur de Fowler étendue de moitié eau, le naphtol camphré, etc., etc. Si ces tentatives ont assez souvent donné des résultats favorables, elles ont aussi entraîné parfois des mécomptes assez sérieux par inflammation excessive et suppuration. On devra donc les réserver pour les cas particulièrement tenaces, pratiquer l'injection avec de minutieuses précautions antiseptiques, en ayant bien soin d'éviter de la pousser dans une veine. Les liquides qui semblent avoir le plus souvent réussi, sont la teinture d'iode et la liqueur de Fowler. On commencera par n'injecter que deux à trois gouttes et l'on n'augmentera que très progressivement.

L'électrolyse pratiquée avec un courant continu très faible (8 à 10 milliampères), passant par des aiguilles fines implantées dans la tumeur, pourrait également amener la résolution. Ce moyen est plus facile à graduer dans ses effets que les injections interstitielles et doit peut-être leur être préféré.

2° Les adénopathies syphilitiques tertiaires offrent accessoirement un grand nombre des indications thérapeutiques des adénopathies inflammatoires. Elles offrent, de plus, les indications ordinaires du traitement spécifique: frictions mercurielles, sirop de Gibert et surtout iodure de potassium. L'influence du traitement est ordinairement rapide. Chez un enfant de quinze ans qui, d'après des renseignements semblant absolument précis, avait été autrefois contaminé par sa nourrice, nous avons vu une tumeur gan-

(1) Kappener. *Berlin. Klin. Wochens.*, 11 février 1878.
(2) Busch. *Idem*, 22 août 1881.

glionnaire du cou, du volume du poing, disparaître en quelques semaines, sous l'influence de l'iodure. La possibilité de ces adénopathies tertiaires survenant, par suite de chancres contractés dans l'enfance, à un âge où l'on ne rencontre guère les accidents tertiaires de la vérole, mérite d'être aussi signalée, au point de vue du diagnostic.

3° Les adénopathies tuberculeuses relèvent encore avant tout du traitement médical. Ce traitement peut, dans nombre de cas, suffire seul; il constitue toujours un auxiliaire indispensable de l'intervention chirurgicale. Les moyens hygiéniques y tiendront le premier rang. On connaît les résultats merveilleux du grand air et surtout de l'air marin. Sur 1293 cas d'engorgements ganglionnaires cervicaux et maxillaires entrés à l'hôpital de Berck (1), on a obtenu 990 guérisons, soit plus de 76 p. 100. Mais d'aussi beaux résultats ne s'obtiennent qu'au prix d'un traitement de longue durée. La moyenne du séjour chez les enfants de l'hôpital de Berck a été de quinze mois. Dans les hôpitaux marins où le séjour réglementaire est de trois mois au maximum, le chiffre des guérisons tombe de 76 à 41 p. 100.

L'hiver ne constitue point un obstacle à la prolongation du traitement marin. « Mes plus belles cures, écrit M. Marchant (2), ont presque toutes été obtenues pendant les mois les plus froids de l'année. » Le littoral de la Méditerranée offre d'ailleurs les ressources combinées de l'air marin et du climat du Midi. M. Chauvel (3) a insisté sur les bons résultats qu'on peut en obtenir. En Algérie, écrit-il, les adénopathies tuberculeuses du cou sont presque inconnues.

Comme médicaments l'huile de foie de morue à fortes doses, l'iode sous forme de vin iodé, d'iodure de fer, le phosphate de chaux sont surtout usités. Les pilules d'iodoforme, à doses de 1 à 10 centigrammes par jour suivant la tolérance, donnent souvent de bons résultats. Par contre, l'arsenic, si utile dans les lymphadénomes, ne peut être donné qu'à très faibles doses et semble peu efficace. Frænkel (4), dans vingt cas d'adénopathies tuberculeuses traitées par ce médicament, n'obtint qu'une seule amélioration, encore le traitement par l'arsenic a-t-il été aidé par le séjour à la campagne chez le malade amélioré. Les fortes doses paraissent quelquefois favoriser l'apparition de congestions pulmonaires et d'hémoptysies. On peut, à titre d'adjuvant externe, employer les divers moyens de révulsion signalés plus haut. MM. Périer et Cazin ont de plus obtenu de bons effets de l'ignipuncture.

Quelles sont, dans les adénites tuberculeuses du cou, les indications chirurgicales ? Ces indications, dans les adénites suppurées, sont très nettes. La ponction, suivie d'injection iodoformée, pourra donner de bons résultats dans les tumeurs très fluctuantes; on devra, comme véhicule de l'iodoforme, employer la glycérine et non l'éther, la distension de la poche par les vapeurs d'éther pouvant entraîner au cou des troubles d'asphyxie. L'incision, suivie du curage, conviendra mieux dans les infiltrations purulentes mal collectées. Le grattage, poussé jusqu'aux parties dures et résistantes, constitue un véritable procédé d'exérèse très puissant et très régulier [Trélat] (1).

Mais, dans les adénites indurées, la conduite à tenir est moins évidente. Théoriquement, il y a évidemment intérêt à supprimer le foyer infectieux. Pratiquement, l'ablation est loin de mettre toujours à l'abri et des généralisations viscérales et des récidives locales. Sur 132 opérés dont les observations ont été recueillies dans les statistiques de Fischer et Kocher, 24 meurent de phthisie dans les premières années qui suivent l'opération et l'on n'observe pas moins de 41 récidives locales. Quant aux dangers immédiats de l'opération, ils ont été bien diminués par l'antisepsie. Au cou pourtant, sans parler de l'entrée de l'air dans les veines, le voisinage des gros vaisseaux rend souvent périlleuse une ablation complète.

A l'hôpital de Berck, M. Cazin (2) n'opère jamais que deux mois après l'arrivée, pour tenter l'action résolutive de l'air marin. Sur 83 opérations (ablation au thermocautère, énucléation par incision ou curettage), il n'a eu que 2 décès par hémorrhagie secondaire de la carotide et par phlébite de la jugulaire interne. Depuis qu'il opère, les décès par phthisie ont notablement diminué dans l'hôpital, les décès par albuminurie auraient disparu. Une petite complication d'ordre plastique, après l'opération, serait la production fréquente de chéloïdes.

Au dernier Congrès de chirurgie (3), la plupart des orateurs, MM. Verneuil, Le Dentu, Schwartz, Mollière, Houzel, Bousquet, etc., se sont également montrés partisans de l'ablation dans les tuberculoses locales. Mais répétons encore une fois que, si brillants que soient les résultats opératoires, on ne saurait espérer de résultats thérapeutiques, qu'en faisant suivre l'ablation de toutes les ressources du traitement général.

4° Les indications thérapeutiques sont encore plus difficiles à préciser dans les tumeurs malignes que dans la tuberculose des ganglions. Dans la récente discussion de la Société de chirurgie (4), deux opinions différentes, concluant l'une au traitement médical, l'autre à l'ablation chirurgicale, ont été tour à tour émises.

Le traitement arsenical et, en particulier, le traitement par les injections interstitielles d'arsenic, donne assurément des succès dans certaines formes de tumeurs malignes ganglionnaires. Des observations de guérison, en nombre relativement considérable, ont été publiées, en Allemagne, par Czerny, Winiwarter, Israël, Tholen, etc., en France, par MM. Reclus, Barth, Prengrueber, etc. Un très grand nombre d'améliorations partielles ont été aussi signalées à la suite du traitement. Sa technique mérite donc d'être étudiée avec quelques détails.

Le liquide, employé pour l'injection, est la liqueur de Fowler, soit pure, soit, et cela convient mieux au début, étendue de moitié eau. Les quantités injectées sont d'abord très faibles, 3 à 4 gouttes au plus. Winiwarter même (5), lorsqu'il emploie la solution pure, n'injecte qu'une goutte à la fois, en faisant, pour atteindre la dose de 3 ou 4 gouttes,

(1) Cazin. *Influence des bains de mer sur la scrofule*, p. 120 et suiv. Paris, 1885.
(2) Marchant. *Hygiène de la mer*, p. 6 et 7. Dieppe, 1875.
(3) Chauvel. Discussion de la Société de chirurgie, séance du 13 février 1884.
(4) Frænkel. *Prager Zeitschr. f. Heilkunde*, Heft. 2 et 3, 1885.

(1) Trélat. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, t. X, p. 177.
(2) Cazin. *Idem*, t. X, p. 222.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1147, 1161.
(4) Séances des 13 et 20 novembre 1889.
(5) Winiwarter. *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. XVIII, p. 98.

trois à quatre piqûres. Les séances d'injections sont séparées, suivant la réaction inflammatoire qu'elles provoquent, par un intervalle de deux, trois, quatre jours.

La douleur immédiate qu'elles produisent est faible, mais la douleur consécutive est assez violente. Le soir, il y a presque toujours un mouvement fébrile, souvent assez intense. Le repos, et parfois même le repos au lit, est donc nécessaire le jour de l'opération. Les ganglions deviennent douloureux et se tuméfient. Cette tuméfaction pouvant, quand l'adénopathie est située près du larynx ou de la trachée, gêner la respiration, les injections, dans les lymphadénomes qui occupent ce siège spécial, demandent des ménagements particuliers.

Il faut toujours s'attacher à éviter la suppuration. Les ulcérations qui en résultent sont souvent très étendues et très difficiles à cicatriser. On y parviendra, en employant une solution parfaitement propre, une seringue de Pravaz soigneusement nettoyée. M. Terrier recommande même de se servir des seringues spéciales, employées dans les injections physiologiques et pouvant être stérilisées à l'étuve. Winiwarter recommande aussi de ne pas faire la piqûre avec une aiguille mouillée extérieurement de liqueur de Fowler; cette liqueur resterait dans les couches superficielles de la peau pendant le passage de l'aiguille et déterminerait de la suppuration. L'aiguille doit donc être essuyée, puis légèrement huilée. Les piqûres successives doivent être faites aussi loin que possible les unes des autres, en évitant toujours les points où la peau se trouve trop irritée.

Pendant le cours du traitement, on emploie, concurremment avec les injections, la liqueur de Fowler à l'intérieur, aux doses progressives de 5 à 20 gouttes par jour. Quand l'inflammation locale force à suspendre momentanément les injections, on augmente un peu la dose interne. On diminue, si le malade éprouve des troubles gastriques, un mauvais goût dans la bouche, une sensation de brûlure dans la gorge, s'il offre de l'injection des conjonctives et du tremblement des mains. Le voisinage des tumeurs et du larynx impose, comme pour les injections, une grande réserve, le gonflement qui suit l'usage interne de l'arsenic pouvant entraîner une compression.

Dans les cas heureux, la diminution est assez rapide. Il est impossible d'indiquer la proportion des succès, par rapport au nombre de cas traités, impossible aussi de savoir jusqu'à quel point ces succès sont durables. L'usage interne de l'arsenic est utile à continuer après la guérison pour éviter la récidive.

D'autres médicaments, en particulier le phosphore (huile phosphorée) et le phosphure de zinc, auraient également donné des succès (Verneuil). Ils mériteront d'être essayés, lorsque l'arsenic ne semblera pas réussir. On débutera toujours par des doses très faibles de 1 à 2 milligrammes. C'est par des troubles génito-urinaires (érections douloureuses, miction gênée, cystite) que débutent souvent les premiers phénomènes d'intolérance.

L'intervention chirurgicale, dans les tumeurs malignes ganglionnaires, a donné de médiocres résultats (1). Dans les tumeurs étendues, elle présente au cou des difficultés extrêmes et une gravité réelle. Bien souvent, les prolongements qui s'étendent vers les gros vaisseaux ou vers le médiastin ne peuvent être complètement enlevés. Les résultats heureux, donnés dans quelques cas par l'arsenic, ont certainement aussi contribué à la défaveur qu'elle subit actuellement.

Cependant l'opération peut donner, elle aussi, des succès durables. M. Verneuil, lors de la dernière discussion de la Société de chirurgie, en a cité trois cas avec guérison datant de plusieurs années. Il est probable que, si l'on opérait dès le début de l'apparition de la tumeur, les chances de succès seraient, ainsi que l'a fait remarquer M. Terrier, encore plus grandes. Les bons effets obtenus par l'arsenic indiqueraient tout naturellement son usage pour prévenir les récidives après l'ablation.

III

Les indications thérapeutiques offrent, nous venons de le voir, des incertitudes, alors même que le diagnostic semble à peu près certain. Elles sont encore bien plus embarrassantes à fixer dans les cas, si fréquents en clinique, où la tumeur étant à son début, sa nature est tout à fait indéterminée. La syphilis peut être éliminée d'ordinaire avec une facilité relative, mais il est impossible de se prononcer entre l'inflammation simple, la tuberculose et le cancer.

1° La conduite la plus sage paraît être alors d'essayer le traitement le plus simple, celui de l'adénopathie inflammatoire. Malheureusement cette conduite a bien des inconvénients. Si le traitement échoue, on a perdu un temps précieux pour l'intervention chirurgicale. Et de plus, celle-ci, par le fait même du traitement, est devenue plus difficile. Les badigeonnages de teinture d'iode, qui paraissent un moyen de révulsion bien inoffensif, auront favorisé, s'il s'agit d'un lympho-sarcome, l'accroissement, les adhérences, les ulcérations cutanées. A plus forte raison, les injections interstitielles, qui enflamment toujours la tumeur, contribueront-elles à rendre son ablation encore plus difficile. Pour être plus rares, les inconvénients des médications internes intempestives n'en existent pas moins; l'arsenic à fortes doses, en particulier, conviendrait fort mal chez les tuberculeux.

2° Devant ces inconvénients, une règle de conduite toute différente devait être proposée et M. Terrier, en particulier, l'a défendue à la Société de chirurgie. Cette règle, c'est d'enlever, dès le début, toute tumeur ganglionnaire suspecte. Dès qu'une adénopathie se prolonge et surtout s'accroît, dès qu'elle ne cède pas aux moyens les plus simples, il faut opérer sans perdre de temps.

L'opération ainsi faite est certainement moins difficile et moins dangereuse; elle donne le maximum de chances de guérison durable. Assurément, peut-être s'expose-t-on à enlever des adénopathies qui auraient pu guérir en prolongeant le traitement médical. Mais, d'autre part, on ne s'expose point à n'agir que dans des cas à peu près inopérables.

3° Il est difficile de choisir absolument entre ces deux règles de conduite. Bien des circonstances, et, en particulier, le refus des malades, refus qui, au cou, est souvent fondé sur la crainte des cicatrices, pourront s'opposer à l'opération précoce. Mais ce qu'on doit savoir, c'est qu'il faut, dès le

(1) Voir : Winiwarter. Loc. cit. — Humbert. *Néoplasmes des ganglions*, Thèse d'agrégation, Paris 1878.

début, choisir entre le traitement médical et le traitement chirurgical. Se flatter de revenir au second après avoir épuisé toutes les ressources du premier, après avoir laissé grossir la tumeur ganglionnaire, après l'avoir enflammée et avoir augmenté ses adhérences par des tentatives de révulsion multipliées, est une pratique complètement illusoire. Dans les tumeurs malignes, surtout, il faut opérer de bonne heure ou pas. Rien n'est assurément plus variable, que les résultats de l'expérience clinique. Il est possible que d'autres aient vu un certain nombre de tumeurs ganglionnaires douteuses finir par céder, à la longue, au traitement médical. Pour nous, il nous a semblé que, dès qu'il y avait doute, l'évolution ultérieure était d'ordinaire mauvaise et se faisait vers la tuberculose ou vers le lympho-sarcome. C'est donc l'ablation précoce qui nous semble devoir être préférée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 février 1890. — Présidence de M. Terrier.

RAPPORTS

Traitement du pied bot par l'ablation de l'astragale et d'autres os du pied. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE profite de l'occasion qui lui offrent les mémoires de MM. Romidchiano et Piéchaud, pour exposer les résultats de sa pratique personnelle.

Il a traité des cas où la déformation était considérable et sa première opération date de 1883. M. Lucas-Championnière, comme tous ceux qui ont pratiqué sur une grande échelle les interventions chirurgicales sur le pied bot, a reconnu qu'il fallait agir avec hardiesse pour obtenir d'excellents résultats. La bénignité de la tarsotomie a permis d'étendre l'opération à des sujets qui auraient guéri par d'autres méthodes de traitement.

M. Romidchiano a commencé, pendant un certain nombre d'années, par faire des ténotomies, par poser des appareils variés pour obtenir le redressement du pied. Les récidives étaient fréquentes à la suite de ces interventions incomplètes. C'est alors que ce chirurgien s'est mis à pratiquer des opérations larges portant sur les os du tarse. Il a obtenu, dans tous les cas, la guérison de ses malades. Il n'a relevé qu'un cas de mort imputable à une méningite intercurrente. C'est ainsi qu'il est devenu partisan d'une opération qu'il déconseillait auparavant.

De l'avis de M. Lucas-Championnière, la section du tendon d'Achille peut être nécessaire au cours de l'opération. Les autres sections tendineuses sont beaucoup plus discutables. Quant à la section des ligaments, elle est au moins inutile.

Il faut, pour guérir le pied bot, pratiquer de grandes destructions osseuses. Il n'y a aucun inconvénient à extirper successivement tous les os du tarse qui gênent la réduction.

Chez un sujet de dix-neuf ans, il a enlevé l'astragale, le cuboïde et une partie d'un cunéiforme. Qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte, il vaut mieux enlever plusieurs os qu'un seul. L'intervention donne des résultats d'autant plus remarquables, que l'extirpation du tarse a été plus complète.

A l'avenir, il faudra suivre cette pratique et enlever tout ce qui empêche la réduction. Il faudra conserver soigneusement la malléole externe.

M. Nélaton a trouvé, sur la facette externe de l'astragale, une cale osseuse qui était un obstacle à la réduction. M. Lucas-Championnière croit que cette cale n'a pas une aussi grande importance qu'on le croit. Il est probable qu'en faisant disparaître cette portion d'os, on ne redressera pas suffisamment le pied. Dans tous les cas, cette suppression de l'obstacle conduit à pratiquer une opération parcimonieuse, et il n'y a aucun avantage à cela.

Il faut donc enlever tous les os du pied qui nuisent à la parfaite réduction. Il faut ensuite faire jouer les os du tarse qui restent les uns sur les autres. On obtient ainsi un pied solide, et il n'est plus nécessaire d'avoir recours à des appareils.

La difficulté consiste à choisir le moment opportun pour commencer les mouvements, après l'opération. Il vaut mieux commencer de bonne heure à mobiliser le pied. On ne le fait jamais assez tôt.

M. Romidchiano préconise une seule incision et recommande de faire l'opération sur les enfants quand ils ont dix-huit à vingt mois. L'ablation des os du tarse est mieux supportée que la ténonotomie et le port des appareils orthopédiques.

M. Piéchaud a opéré deux enfants, l'un âgé de deux ans et l'autre de douze ans et demi. Celui de deux ans a subi la résection du cuboïde. Le résultat a été bon. On avait enlevé à l'enfant de douze ans et demi le cuboïde, l'astragale et une partie de la malléole externe. Le résultat a été fort satisfaisant.

M. Lucas-Championnière insiste sur la nécessité qu'il y a à ne pas ménager les incisions. Plusieurs incisions sont nécessaires pour manœuvrer avec facilité. Elles n'ont aucun inconvénient, puisqu'elles se réunissent par première intention.

Si on n'enlève qu'une petite partie des os du tarse, si l'on se contente d'une réduction insuffisante, en comptant sur un appareil pour amener la cure définitive, on n'obtiendra que des résultats incomplets. Un des grands mérites de l'opération c'est de donner une guérison immédiate et sans appareil dans l'avenir.

Il faudra éviter l'immobilisation et, au contraire, assurer la souplesse des articulations par des mouvements précoces.

M. Lucas-Championnière fait porter à ses opérés une bottine avec des tuteurs latéraux. Il maintient le pied pour empêcher, pendant quelque temps, les mouvements de latéralité qui donnent naissance à des entorses.

Les courants continus et la faradisation sont des adjuvants utiles.

Après ces larges résections, le pied reste un peu plus court mais il redevient aussi haut que celui du côté opposé, quand celui-ci est normal. Il y a lieu d'insister sur cette tendance au redressement du pied qui est heureuse au point de vue de la marche ultérieure.

M. Lucas-Championnière a pratiqué huit opérations pour pieds bots invétérés. Six fois le résultat a été excellent. Dans un cas, le résultat définitif a été lent à obtenir. Dans deux cas, le résultat a été médiocre. Il explique ses insuccès par ce fait que, dans un cas, il n'avait pratiqué qu'une opération incomplète, et que, dans un autre, il n'avait pas assez compté sur un facteur important, c'est-à-dire l'atrophie musculaire.

Les opérés ont marché au bout de six semaines. Deux pansements suffisent. Mais l'opération ne réussit qu'à la condition qu'il n'y ait pas de suppuration. Ces grandes ablations des os du tarse ne font pas courir plus de dangers que la ténotomie. Les suites opératoires sont toujours simples.

La douleur qui suit l'acte chirurgical est d'ordinaire très modérée.

Le pied bot des jeunes enfants présente des particularités. L'opération est plus facile, mais les pansements sont plus défectueux que ceux des adultes. Les enfants sont indociles, d'une part, et, de l'autre, ils sont très susceptibles à l'égard des antiseptiques. Cependant, quelques précautions suffisent pour faire de l'antisepsie sans aucun danger.

M. BERGER a opéré six pieds bots par cette méthode. Deux fois il a pratiqué la double extirpation de l'astragale sur un même sujet. Dans trois cas, il a enlevé l'astragale et le calcanéum. Dans un autre cas, il a fait l'ablation de ces deux os et du cuboïde.

Depuis qu'il pratique la résection du calcanéum, il a remarqué que le résultat physique était meilleur. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la mortaise tibio-péronière est très solide, et il existe peu de mobilité après l'opération. Une seule incision suffit. Elle part de la malléole externe, suit le bord interne du pied et est conduite jusqu'à la tête du cinquième métatarsien.

M. Berger a pratiqué ses dernières opérations sans faire de drainage consécutif. Un seul pansement, restant de quinze à vingt et un jours, est suffisant. Au bout de ce temps, la cicatrisation est complète. Il n'immobilise pas le pied, à proprement parler. Un pansement au salol assure la guérison. Après quatre semaines, l'opéré peut marcher.

Amputation inter-scapulo-humérale. — M. BERGER. M. le docteur Lévis a eu à traiter un homme qui avait fait une chute sur l'épaule, un an et demi auparavant. Un médecin avait constaté une fracture compliquée et une luxation de l'épaule. La douleur et le gonflement, qui existaient lors de l'opération, n'avaient jamais disparu entièrement. En février 1889, M. Lévis reconnaît l'existence d'un ostéo-sarcome de l'articulation de l'épaule. Il est probable, dit M. Berger, qu'il s'agissait d'un ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus.

M. Lévis pratique d'emblée l'amputation inter-scapulo-humérale, avec résection partielle de la clavicule, après avoir lié l'artère sous-clavière. Cette ligature fut particulièrement difficile, parce que l'artère était refoulée par la tumeur. L'opérateur obtint la réunion par première intention.

L'opération aurait été simplifiée, selon M. Berger, si M. Lévis avait fait la ligature de la partie supérieure de l'axillaire. Il est bon de lier la veine.

La désarticulation inter-scapulo-humérale est bénigne, quand elle est faite dans les cas de tumeur. Il en est autrement pour les cas traumatiques.

Le malade de M. Lévis a une survie d'un an, sans trace de récidive. Ce résultat est à citer.

L'amputation inter-scapulo-humérale est meilleure que la désarticulation de l'épaule. Les opérés sont plus à l'abri de la récidive, et cette grande désarticulation n'est pas beaucoup plus grave que la désarticulation simple de l'épaule.

Rétrécissement inflammatoire du rectum traité par l'électrolyse. — M. BERGER. Il s'agit d'une malade de quarante ans, traitée par M. le docteur Lecerf. Cette malade avait eu, dix ans auparavant, des abcès post-puerpéraux ayant donné naissance à des fistules.

Quand M. Lecerf examina cette femme, elle avait les signes caractéristiques d'un rétrécissement étroit du rectum. Le rétrécissement siégeait à 9 centimètres de l'anus et n'admettait qu'une sonde uréthrale, n° 20, de la filière Charrière. La dilatation devant être très lente, M. Lecerf préféra, à la rectotomie linéaire, le procédé d'électrolyse de M. Fort. On fit vingt-cinq séances d'électrolyse. Dès la sixième séance, on put franchir le rétrécissement avec le doigt. Après six semaines de traitement, la malade quitta l'hôpital en parfait état.

Il s'agit de savoir, dit M. Berger, si le résultat local s'est maintenu. L'électrolyse est applicable dans les rétrécissements qui ne sont pas assez simples pour être justiciables de la dilatation progressive. Quant à M. Berger, il est partisan de la rectotomie postérieure. La hauteur du rétrécissement n'est pas une contre-indication à cette dernière opération. Il a traité de cette façon des rétrécissements syphilitiques qui siégeaient à 12 et 14 centimètres de l'anus.

Cas d'anévrysme traumatique de l'artère cubitale. — M. BERGER. Un individu, également traité par M. le docteur Lecerf, reçoit un coup de pied sur l'avant-bras. Malgré la compression, il ne tarda pas à se produire une tumeur pulsatile d'un certain volume. La tumeur s'ouvrit le quinzième jour. Depuis lors, il existe une tumeur dure et, à son sommet, une petite plaie qui est le point de départ d'une hémorrhagie abondante de temps à autre. Un médecin fit la ligature de l'artère cubitale. Un phlegmon de l'avant-bras se produisit.

M. Lecerf constata une tumeur ayant le volume d'un œuf de dinde, lorsqu'il fit l'opération. Il ouvrit largement le sac, mit deux pinces sur les deux bouts de l'artère d'où le sang jaillissait. Il gratta les parties voisines, car il ne trouva pas de sac à proprement parler. Il bourra avec de la gaze iodoformée et obtint la guérison par granulation, un mois après.

La pratique de M. Lecerf est bonne. Quand on le peut, il vaut mieux enlever le sac et faire la réunion immédiate.

M. TRÉLAT. Il est préférable de gratter toutes les parties qui représentent la poche adventice et de tenter la réunion par première intention. Quand la poche est grande, il ne faut pas bourrer la plaie avec de la gaze iodoformée, car la suppuration est le résultat de cette manœuvre.

De la colotomie iliaque en deux temps. — M. RECLUS fait un rapport sur ce sujet.

A l'heure actuelle, il est presque universellement admis : 1° que l'anus iliaque doit être préféré à l'anus lombaire ; 2° qu'il y a nécessité de faire un éperon. La seule question en litige est de savoir s'il faut faire l'opération en un ou en deux temps.

Maydl n'ouvre l'S iliaque que plusieurs jours après avoir attiré le gros intestin hors de la plaie iliaque, quand la cavité péritonéale est fermée.

Quand on fait l'incision iliaque, il faut attirer l'intestin hors du ventre, de façon à voir l'insertion mésentérique. On passe au-dessous de l'intestin une tige rigide.

M. Reclus se sert d'une sonde en gomme pour empêcher l'intestin de rentrer dans la cavité abdominale.

Maydl fait à l'intestin, le quatrième, cinquième ou sixième jour après la première opération, une petite incision à l'S iliaque pour laisser passer les gaz intestinaux. Le douzième, treizième ou quatorzième jour, il rase tout ce qui dépasse au-dessus de la tige rigide.

Le procédé de Maydl doit-il devenir l'opération de choix ? Non. Si l'obstruction est aiguë, il faut ouvrir immédiatement l'intestin.

Maydl craint l'inoculation du péritoine par les matières fécales. Voilà pourquoi il n'ouvre l'intestin qu'après fermeture de la cavité péritonéale. Or, c'est dans l'obstruction aiguë qu'il faut craindre l'infection du péritoine par les matières liquides qui remplissent, en si grande abondance, l'intestin. Or, les phénomènes sont si pressants, qu'il faut ouvrir immédiatement l'S iliaque. De plus, la pratique a démontré que l'anus iliaque fait en un seul temps, dans les cas d'obstruction aiguë, ne donne pas lieu à de la péritonite.

Quand l'obstruction est chronique, les matières sont dures, moulées et les chances d'infection sont moindres que s'il s'agissait de matières liquides.

Il ne faut pas ajouter trop d'importance à la rapidité avec laquelle la première opération de Maydl s'exécute. Un quart d'heure de plus n'ajouterait rien à la gravité de l'opération.

On a prétendu que les sutures, qui sont faites dans l'anus iliaque en un seul temps, prédisposent à la production d'abcès. M. Trélat a su éviter ces abcès en modifiant les sutures.

Néanmoins, l'opération de Maydl peut être avantageusement employée dans certains cas. On a dit qu'en laissant trois jours l'intestin non ouvert, hors de la plaie iliaque, on permettait la continuation de la douleur et du ténesme. Ce n'est pas toujours exact. M. Reclus a vu cesser la douleur dans deux cas sur trois, alors que le colon, sorti hors du ventre, n'était pas ouvert. L'anus iliaque de Maydl peut rendre des services dans quelques cas.

M. TRÉLAT pense que l'anus iliaque doit être fait de préférence à l'anus lombaire : telle est la conclusion à laquelle il est arrivé depuis trois ans. L'anus iliaque est moins grave, plus simple que l'anus lombaire. Il abandonne celui-ci, qu'il a pratiqué pendant longtemps. Sa première opération d'anus iliaque lui a donné un succès assez important : l'opéré a eu une survie de deux ans et quatre mois.

En suturant le péritoine pariétal à la plaie iliaque, et en faisant ensuite des sutures de la muqueuse intestinale, une ponction de la plaie iliaque, on créait un cloaque favorable à la production d'abcès.

M. Trélat suture la muqueuse à la peau de la plaie abdominale, sans s'occuper du péritoine.

Il y a six semaines, M. Trélat a fait l'opération de Maydl en la simplifiant. Quand, dans une deuxième opération, il a ouvert l'intestin, il s'est servi du thermocautère pour inciser l'S iliaque, Mais il n'a pas pratiqué de résection intestinale.

M. KIRMISSON a fait douze fois l'opération de l'anus iliaque. il n'a jamais rencontré aucune difficulté. L'anus iliaque est donc une excellente et très facile opération. Mais l'anus lombaire ne doit pas être abandonné. Si les causes d'obstruction siègent dans la fosse iliaque, on sera fort aise de pouvoir pratiquer l'anus lombaire qui est le seul indiqué dans ces cas.

L'opération de Maydl est compliquée et illogique. Ce qu'il faut craindre, c'est l'expulsion de l'intestin et de l'épiploon sous l'influence des efforts. L'intestin, en effet, n'est pas fixé à la paroi abdominale. Quant à la péritonite, elle n'est pas à redouter. L'expérience a démontré qu'elle ne se produisait pas, même quand il y avait une grande quantité de liquide dans la cavité abdominale. Maydl fait trois opérations successives. C'est beaucoup trop.

Quant au résultat signalé par M. Reclus, à savoir l'amélioration obtenue en tirant l'intestin hors du ventre, par la plaie iliaque, sans ouverture de la cavité intestinale, M. Kirmisson n'y croit pas. L'opération de Maydl complique inutilement le manuel opératoire.

M. RECLUS. Maydl fixe l'intestin par deux points de suture. M. Reclus fixe la sonde molle, dont il se sert, avec de la tarlatane iodoformée. L'opération de Maydl est compliquée, c'est évident.

M. QUÉNU dit que, dans un cas, il lui a été difficile de trouver le gros intestin. Il existait une masse épiploïque enflammée qui empêchait de trouver l'intestin. Il a fallu réséquer cette masse épiploïque adhérente à un utérus carcinomateux. Après ce premier temps, il a pu trouver l'S iliaque.

PRÉSENTATION DE MALADE

Hydarthrose traitée par des ponctions avec injections. — M. TERRILLON présente une malade à laquelle il a pratiqué, pour une volumineuse hydarthrose, en six ans, cinq ponctions dans l'articulation du genou. Il a injecté chaque fois 600 grammes d'eau phéniquée au vingtième. La malade est sortie un mois après et ses mouvements sont bien conservés.

M. REYNIER, il y a quatre ans, a injecté 2 litres d'une solution d'acide phénique au vingtième. Mais un an après, l'hydarthrose était revenue. La malade a subi une arthrotomie. Les ponctions donnent des améliorations et non des guérisons.

M. TERRILLON. La reproduction du liquide est fréquente, mais peu importante, puisque les malades qui ont subi les injections antiseptiques retrouvent leurs mouvements. La fonction est ainsi sauvegardée.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Fistule trachéale. — M. BERGER présente le larynx d'un homme atteint de fistule trachéale qu'il avait traitée par une opération spéciale, décrite à la Société de chirurgie le 30 octobre 1889 (1).

Le malade est mort de tuberculisation aiguë. La fistule par laquelle l'air ne passait pas n'était cependant pas obstruée.

Lipome congénital de la grande lèvre. — M. QUÉNU présente un lipome qui siégeait dans l'épaisseur de la grande lèvre. Cette tumeur, qui s'est développée sur une tache érectile, avait pris un volume extrêmement rapide, à tel point qu'on avait pensé à une tumeur maligne.

La séance est levée.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1149.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Du sang et de ses altérations anatomiques (1), par M. le professeur G. Hayem.

On a quelquefois reproché à M. le professeur Hayem d'avoir disséminé ses nombreux travaux sur l'hématologie, dans des recueils divers : le livre qu'il vient de publier répond à ce desideratum ; il résume l'ensemble de ses recherches, apporte un grand nombre de matériaux nouveaux et reflète ainsi le fond de sa doctrine.

Ce n'est pas, en effet, un traité didactique d'hématologie que M. le professeur Hayem a voulu écrire : le caractère dominant de son œuvre est d'être essentiellement originale. Aussi ne faut-il pas y chercher l'exposé complet des travaux antérieurs, mais surtout, sinon exclusivement, le résultat de ses recherches personnelles, qu'il a poursuivies, pendant quatorze années, à la fois à l'hôpital et au laboratoire.

Celles-ci portent sur la plupart des points de l'étude du sang, et, ainsi présentées et coordonnées, il se dégage, de leur ensemble, un véritable corps de doctrine, un système médical, fondé sur des faits précis et bien observés, éclairant d'un jour tout nouveau plus d'un problème obscur, plus d'une question controversée. Nous ne saurions trop le dire, il ne s'agit nullement de conceptions *a priori*, élaborées dans le silence du cabinet, mais bien de données d'anatomie, de physiologie et de pathologie générales, assises sur la double base de la clinique et de l'expérimentation.

Aussi trouvera-t-on à chaque page des aperçus nouveaux, qu'il nous est impossible de passer tous en revue dans une analyse rapide, car c'est un ouvrage qui non seulement instruit, mais encore fait penser.

Sous le titre : « Du sang et de ses altérations anatomiques », M. le professeur Hayem eût pu ajouter : « Traité d'anatomie et de pathologie générales », et, ainsi présenté, son livre n'eût certes pas été inférieur aux meilleurs de ses aînés.

La première partie est consacrée à l'exposé de la technique de l'examen du sang. Cette entrée en matière est fort importante. En effet, ce qui a rendu stériles bien des recherches d'hématologie, c'est l'insuffisance de la technique. Si les méthodes dans les sciences d'observation décident souvent des résultats, cela est surtout vrai en ce qui concerne l'étude du sang, dont la vulnérabilité est si grande et les causes d'altérations artificielles si nombreuses.

En suivant, ponctuellement, les méthodes préconisées par M. le professeur Hayem, comme lui ayant été démontrées les plus sûres, par une longue expérience, on pourra se convaincre que l'examen clinique du sang est, en définitive, assez simple pour que l'on ne soit plus autorisé aujourd'hui à négliger les renseignements que l'on peut en tirer pour l'étude des maladies.

L'anatomie du sang fait l'objet de la seconde partie. A côté de la description des hématies, M. le professeur Hayem a placé un chapitre, fort instructif, consacré aux altérations artificielles de ces éléments. Il saute aux yeux que l'on a souvent décrit, comme pathologiques, ces lésions produites en dehors de l'organisme. Il suffit, en effet, d'ouvrir un traité de pathologie pour trouver de pareilles erreurs, qui, venant même parfois de savants autorisés, montrent que, suivant le proverbe ancien, l'art n'est pas toujours facile.

L'histoire des hématoblastes peut et doit être regardée comme l'œuvre, presque exclusive, de M. le professeur Hayem. Certes, l'on avait bien signalé avant lui ces petits corps, mais ce qu'il revendique, à juste titre, c'est d'avoir démontré leur véritable nature d'élément anatomique normal du sang, d'en avoir donné une description exacte et d'avoir indiqué leur importance si considérable, au point de vue de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie.

(1) In-8°. avec 126 fig. dans le texte, toutes originales. Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Il rappelle, à ce sujet, l'antériorité de ses travaux (1877), sur ceux de Bizzozero (1882). Cet auteur a vu les mêmes éléments, et il les a plus mal décrits. Il n'est que juste d'espérer que l'on ne verra plus désignés couramment, dans les ouvrages étrangers et même dans certains travaux français, ces éléments sous le nom de « plaquettes de Bizzozero ». La dénomination d'hématoblastes de Hayem est seule exacte et seule légitime.

Plusieurs pages sont ensuite consacrées à l'étude des leucocytes. Nous ne pouvons ici même indiquer tous les points nouveaux que l'on trouve à chaque page de ce livre.

L'anatomie comparée du sang termine cette deuxième partie.

Dans la partie suivante, consacrée à la physiologie, nous signalerons tout particulièrement le long chapitre consacré à l'étude de la coagulation du sang, qui est l'exposé d'un très grand nombre de recherches expérimentales, entreprises par M. le professeur Hayem. Il a été ainsi amené à des conclusions aussi nouvelles qu'importantes, dont nous retrouverons quelques applications dans la quatrième partie.

Celle-ci, consacrée à l'anatomie et à la physiologie pathologique du sang, débute par l'étude générale des altérations des divers éléments du sang, du plasma et du sérum. Ensuite sont passés en revue les processus caractérisés essentiellement par une altération du sang et ceux dans lesquels se trouve impliquée une lésion plus ou moins importante de ce liquide.

Les caractères des différents degrés d'anémie sont très importants à connaître pour le diagnostic et le pronostic.

L'étude des concrétions sanguines et de l'hémostase constitue un chapitre, entièrement neuf et du plus haut intérêt.

M. le professeur Hayem distingue trois variétés de concrétions sanguines : 1° concrétions hématoblastiques ou par battage ; 2° concrétions par stase ; 3° concrétions par précipitation.

A la suite des lésions de la paroi des vaisseaux, de l'introduction de corps étrangers, il se produit un arrêt et une accumulation d'hématoblastes, formant ainsi un caillot hématoblastique, s'accroissant par suite du mouvement incessant du sang, qui, en venant battre le point altéré, apporte constamment de nouveaux hématoblastes.

Ceux-ci, du reste, s'altèrent rapidement et sollicitent bientôt la formation de fibrine.

C'est le cas dans les lésions de l'endocarde, les lésions valvulaires surtout, et dans celles des vaisseaux. C'est aussi le processus d'oblitération des plaies vasculaires.

Les concrétions par stase consistent dans la coagulation en masse du sang arrêté ou très ralenti dans un segment quelconque du système circulatoire. Il faut, en outre, pour leur réalisation, soit une altération préalable du sang, soit une lésion de la paroi vasculaire (thromboses marastiques, caillots des anévrysmes). Le premier phénomène qui se produit est souvent une coagulation par battage au niveau de points lésés, bientôt recouverte par une couche de sang coagulé en masse. Que se produit-il alors? Comme dans un vase, le sang coagulé se rétracte et laisse échapper son sérum et une grande partie des éléments figurés (hématies) contenus dans ses mailles. Ce squelette de caillot par stase répond aux caillots dits actifs par les auteurs. Ils ne diffèrent que par l'ancienneté des caillots passifs.

Les concrétions par précipitation présentent un intérêt plus grand encore au point de vue de la physiologie pathologique. Nous nous occuperons surtout des concrétions par précipitation, grumeleuses. Elles sont toujours nombreuses et produisent rapidement des embolies.

On les obtient expérimentalement par l'injection, dans la circulation, de sang ou de sérum étrangers. Elles ont pour noyau une précipitation hématoblastique entourée d'amas globulaires fortement cohérents.

Sans nous astreindre à suivre pas à pas M. le professeur Hayem (signalons en passant l'action hémostatique de la transfusion), arrivons au chapitre consacré au processus hémorrhagique. On n'a donné jusqu'ici aucune explication plausible des hémorrhagies dyscrasiques ou au moins d'un certain nombre d'entre elles. La notion des concrétions par précipitation est précieuse pour la connaissance de ce point de pathogénie. Elles n'ont pas encore été constatées chez l'homme. Mais la chose est difficile, étant donné qu'à peine formées, elles vont s'emboliser dans les artérioles.

Leur formation expérimentale résulte des modifications chimiques du plasma et il n'est pas illégitime de penser que les déchets nutritifs, les substances provenant, soit de microbes, soit de déviations des actes de la désassimilation cellulaire, puissent agir de la même façon.

La plupart des hémorrhagies dyscrasiques se rattacheraient donc au processus de l'embolisme.

Le chapitre consacré à l'ictère et à l'urobilinurie contient l'exposé des doctrines de M. le professeur Hayem sur ces questions, qui touchent à la fois à la pathologie du sang et à celle du foie. On sait que c'est grâce à ses travaux que l'étude de l'urobilinurie est entrée dans les applications de la clinique journalière et que la signification pathogénique en a été établie. Elle témoigne d'une lésion dégénératrice ou atrophique des cellules hépatiques et constitue ainsi un excellent moyen de connaître l'état du foie. A ce problème, se rattache étroitement celui de l'ictère hémaphéique : M. le professeur Hayem, reprenant une conception de Gubler, qui, malgré sa réelle valeur, pêchait par sa base, définit l'ictère hémaphéique, l'ictère des individus dont le foie est lésé.

M. le professeur Hayem s'est préoccupé de la question, si controversée, des modifications des matières albuminoïdes, comme facteurs de l'albuminurie. Cette relation, d'après ses recherches expérimentales, doit être tenue comme loin d'être acquise. Les seules néphrites dont l'origine hématique soit bien établie sont celles qui résultent de l'irritation du rein par l'élimination des matières cristalloïdes.

L'irritation vasculaire et cellulaire déterminée par le passage, à travers le rein, de substances agissant comme agents toxiques, tend à prendre une certaine place dans l'étiologie encore si obscure du mal de Bright.

L'étude du processus phlegmasique (leucocytose, réticulum fibrineux) est aussi à signaler, elle a des conséquences fort importantes au point de vue du diagnostic des processus phlegmasiques et infectieux.

Dans la cinquième partie, il s'agit du développement et de la rénovation du sang.

Le sang de l'adulte, comme celui de l'embryon, peut contenir, à côté des hématies ordinaires (d'origine hématoblastique) des globules rouges à noyau (provenant des organes hématopoiétiques).

Ces derniers sont exceptionnels et n'apparaissent que comme processus ultime dans les anémies intenses et extrêmes et ne prennent qu'une part très restreinte à la régénération du sang.

Nous regrettons de ne pouvoir que mentionner le chapitre si intéressant consacré à la rénovation hématoblastique.

La sixième partie, très étendue, ne se prête pas à une analyse. Signalons au début une étude magistrale de la chlorose.

C'est à M. le professeur Hayem que revient le mérite d'avoir montré la nature de cette maladie. Aussi son histoire, faite d'après un grand nombre de matériaux personnels, constitue-t-elle un des chapitres les plus neufs et les plus originaux de ce traité. Le traitement de la chlorose, tel que M. le professeur Hayem l'a déduit de la notion de sa pathogénie, peut être regardé comme réalisant le traitement spécifique de cette maladie.

A propos des formes cliniques de cette affection, on trouvera des recherches précises et fort intéressantes sur l'état du suc gastrique chez ces malades.

Indiquons rapidement les chapitres consacrés à la chlorose des garçons, aux chloro-anémies, à l'anémie dite pernicieuse progressive, à l'anémie post-hémorrhagique, à l'adénie, à la leucocythémie (avec ses processus karyokinétiques si curieux des globules rouges), à l'anémie saturnine.

Un chapitre est consacré à l'étude des toxémies, dont la connaissance est encore aujourd'hui fort incomplète. Aussi M. le pro-

fesseur Hayem s'est-il borné à résumer ses nombreuses recherches expérimentales sur un certain nombre de corps, parmi ceux dont l'action sur le sang est la plus importante.

L'ouvrage se termine par une étude détaillée des différentes maladies, au point de vue des troubles de l'hématopoièse et par une série d'applications de l'examen clinique du sang au diagnostic et au pronostic.

Cette dernière partie est fort originale, elle montre l'intérêt et l'importance qui s'attachent à l'examen du sang. On y trouvera de nombreuses applications, à la clinique journalière, de l'hématologie, cette science jusqu'ici trop négligée, bien à tort comme on s'en convaincra facilement à la lecture du traité de M. le professeur Hayem.

En arrivant au terme de cette revue rapide, nous constatons que nous avons dû omettre bien des faits importants. Un livre aussi personnel, dont chaque page reflète une expérience, ou une série d'études cliniques, ne se prête guère à l'analyse.

Nous avons donc voulu seulement donner un aperçu de la haute valeur de ce traité, un de ceux qui feront le plus grand honneur à la science française contemporaine.

Ce n'est pas un ouvrage à lire, c'est une œuvre à méditer; l'on comprend alors la justesse de ces mots, que M. le professeur Hayem a inscrits à la première page de son livre : « L'avenir appartient à l'hématologie. » Nous ajouterons : à cette science qu'il a créée presque de toutes pièces.

P. Tissier.

Kritik der Vaccinations-Statistik und neue Beitraege zur Frage des Impfschutzes (1) [Critique des statistiques relatives à la vaccine; nouvelles contributions à l'étude de la valeur protectrice de la vaccination], par Joseph Kœrœsi.

Ce travail est un plaidoyer statistique en faveur de la vaccine. L'auteur passe en revue les divers reproches faits à la vaccine, et il y répond surtout par des chiffres. Il montre que non seulement la vaccination bien pratiquée n'a pas les inconvénients que lui reprochent ses adversaires, mais encore qu'elle est efficace contre la marche épidémique de la variole.

La Suède avait une statistique régulière de la variole avant la vaccine; la comparaison des chiffres, antérieurs et postérieurs à cette date importante, est des plus démonstratives. Un coup d'œil, jeté sur le graphique, suffit pour montrer quel énorme abaissement a subi la mortalité variolique, depuis la découverte de Jenner. Ce n'est pas que, de temps à autre, des recrudescences épidémiques ne se produisent; mais leur intensité est beaucoup moins considérable, et il est probable, du reste, qu'on y couperait court par des revaccinations régulièrement pratiquées.

Les données historiques sont très défectueuses. Il est beaucoup plus important de considérer ce qui se passe sous nos yeux dans les différentes agglomérations humaines, suivant qu'elles sont soumises à tel ou tel régime vaccinal. On peut comparer ainsi avantageusement des villes dans lesquelles la vaccine est rigoureusement pratiquée et d'autres dans lesquelles elle est négligée; les armées revaccinées à celles qui ne le sont pas.

Les chiffres ainsi recueillis amènent l'auteur à conclure que la vaccine bien pratiquée épargne 200 vies humaines sur 100000, c'est un joli denier. On peut bien, dès lors, lui passer quelques méfaits, assez légers du reste.

Massage in der Frauenheilkunde (2) [Le massage dans le traitement des maladies des femmes], par le docteur L. Prochownick.

Depuis plusieurs années, il est beaucoup question du massage dans les maladies des femmes. Le docteur L. Prochownick, s'appuyant sur les résultats de sa pratique, vient, à son tour, en certifier les bons offices. Après quelques considérations sur la technique du massage et ses indications générales, il passe successivement en revue les exsudats inflammatoires et les épanchements sanguins du bassin, la paramétrite et la périmétrite chronique; la métrite chronique, les déviations et l'abaissement de l'utérus. Le massage, d'après lui, est beaucoup moins une méthode de traitement qu'un moyen, un facteur thérapeutique qui, combiné à d'autres, peut amener la guérison de ces interminables inflammations péri-utérines chroniques, contre lesquelles la médecine était relativement mal armée.

Albert Mathieu.

(1) Prix : 7 fr. 50. — Berlin, Puttkammer et Mühlbrecht.
(2) Prix : 5 francs. — Hamburg et Leipzig, Leopold Voss.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

81. M. Grenier. Étude sur la maladie de Thomsen. — 82. M. Bouisson. Charbon intestinal humain. — 83. M. Springer. La croissance, son rôle en pathologie. — 84. M. Paillotte. Note sur l'alimentation des nouveau-nés. — 85. M. Perchaux. Histoire de l'hôpital de Lourcine. — 86. M. Mordret. Étude anatomo-pathologique et clinique des salpingo-ovarites. — 87. M. Calamy. Du traitement de la cataracte diabétique. — 88. M. Brocard. De la pleurésie grippale. — 89. M. Ferrand. Contribution à l'étude de la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde. — 90. M. Lorentz. Contribution à l'étude de la filariose. — 91. M. Cart. Contribution à l'étude de l'actinomycose chez l'homme. — 92. M. Mollard. Parallèle entre la fièvre rhumatismale et le rhumatisme chronique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central, s'ouvrira le lundi 25 mars 1890, à midi, à l'Administration centrale.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 24 février, à midi, sera clos définitivement le lundi 10 mars, à trois heures.

— En vertu du décret du 19 décembre 1889, l'avancement à tous les grades de la hiérarchie est exclusivement donné au choix, et le choix est fixé par un examen, auquel tout médecin aide-major de première classe doit prendre part, s'il veut être en mesure d'arriver au grade de médecin-major de deuxième classe dans la réserve, et de médecin principal de deuxième classe dans l'armée territoriale.

En vertu de la note ministérielle du 28 décembre dernier, l'examen aura lieu dans tous les chefs-lieux de corps d'armée, au début de l'inspection générale (c'est-à-dire en mai), et les demandes d'admission à l'examen doivent être adressées, avant le 1er mai, au directeur du service de santé du corps d'armée de la localité habitée par le candidat.

Le lundi 17 mars, à quatre heures et demie, au siège de l'Union des Femmes de France, 29, chaussée d'Antin, M. le docteur P. Bouloumié commencera un cours en huit leçons, qui sera continué les lundis et vendredis suivants, à la même heure, et portera sur toutes les questions inscrites au programme dressé par le ministre de la Guerre. Il comprendra :

a. Exposé général de l'organisation et du fonctionnement du service de santé à l'intérieur et en campagne ;

b. Commentaires des lois, décrets, règlements sur le recrutement, l'organisation, l'administration de l'armée, l'état des officiers, l'organisation et le fonctionnement du service de santé;

c. Notions sommaires d'hygiène militaire, de maladies des armées, de blessures de guerre.

Les médecins, qui désirent suivre ce cours, sont priés d'en informer M. le docteur P. Bouloumié, 36, rue de Penthièvre.

Les étudiants en médecine aspirant au titre de médecin auxiliaire y seront également admis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bibliothèque anthropologique (tome XI). **L'évolution politique dans les diverses races humaines**, par le docteur Ch. Letourneau. 1 vol. in-8°. — Prix : 9 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 18. — MARDI 11 FÉVRIER 1890. 63e ANNÉE. MARDI 11 FÉVRIER 1890. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL BICHAT. — M. Huchard.

Sur quelques formes cliniques de la grippe infectieuse (1).

Jusqu'ici, dans les petites épidémies de grippe que nous avons traversées, l'histoire clinique de la maladie se résumait dans l'existence d'accidents catarrhaux et nerveux. Dans l'épidémie récente, il nous a été permis de constater parfois de vives douleurs, remarquables par leur intensité et un état fébrile très accusé en l'absence de toute lésion organique. Ainsi, rapidement, la température montait à 39 et 40 degrés et même 40°5, et au bout de quelques heures, d'un jour ou deux, on a vu cette fièvre éphémère disparaître sans qu'aucune intervention thérapeutique pût expliquer cette rapide défervescence. J'ai vu ainsi un malade qui, au milieu d'une promenade, fut pris subitement d'un frisson et d'un accès de fièvre ; la température s'éleva aussitôt à 39°8, et, trois heures après, elle était revenue à son état normal. Ici, il n'y a pas de fièvre pour caractériser l'état morbide, c'est elle seule qui constitue, pour ainsi dire, toute la maladie. Quelquefois même, la température peut être extrêmement élevée, et c'est ainsi que dans sa thèse inaugurable sur les « formes cliniques et le diagnostic de la grippe » (Paris 1886), un de mes élèves, M. le docteur Doussain, a cité deux cas de grippe survenus chez des enfants, qui ont présenté, avec quelques râles de bronchite dans la poitrine, une température ayant un jour dépassé 41 degrés. Ces deux malades ont cependant guéri, et la maladie n'a duré que quelques jours.

Je n'insiste pas davantage sur ces formes douloureuses ou fébriles qui se sont montrées presque toujours bénignes, lorsqu'elles ne s'allient à aucune complication thoracique ou autre, et que nous avons principalement observées au début de l'épidémie. Je laisse de côté la forme catarrhale légère que nous avons surtout vue dans les petites épidémies, et cette sorte d'état grippal, comme je l'appelle, lequel atteint un grand nombre d'individus sous la forme d'un peu de faiblesse et de courbature, de douleurs vagues et de frissonnements ou d'horripilations, d'un peu de perte d'appétit, d'inaptitude au travail.

J'ai hâte d'arriver à la rapide description de quelques accidents de la grippe maligne infectieuse, accidents dont quelques-uns ont été oubliés ou n'ont pas encore été décrits.

I

Grippe broncho-pulmonaire ou thoracique. — Cette forme comprend plusieurs variétés :

1° La variété bronchitique, sans gravité lorsqu'elle affecte la trachée et les grosses bronches, mais très grave lorsqu'elle s'étend aux petites bronches et qu'elle présente alors tous les caractères de la bronchite capillaire ou du catarrhe suffocant. Parfois, on peut observer aussi, surtout à une période voisine de la convalescence, des toux coqueluchoïdes dues à l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique, dont j'ai fait mention dans la thèse de M. Doussain. Dans la forme bronchitique, l'expectoration présente plusieurs caractères importants : je l'ai vue assez souvent constituée par des crachats nummulaires, comme s'il s'agissait de phthisie ou de bronchite rubéolique, et j'ai remarqué que l'expectoration prenait rapidement, en quelques jours, le caractère muco-purulent ou purulent comme s'il s'agissait d'une ancienne bronchite. Les crachats sont opaques, d'une coloration d'un gris jaunâtre, ils sont privés de bulles d'air, comme Graves en avait fait autrefois la remarque.

A côté de ces formes, pour la plupart légères, s'en trouvent d'autres qui surviennent principalement dans le cours des grippes infectieuses malignes. Je veux surtout attirer votre attention sur des faits, bien observés par Graves, et qui ont été oubliés. Il s'agit de la paralysie bronchique ou pulmonaire, et de la forme bronchoplégique de la grippe, comme je l'appelle depuis longtemps. A ce sujet, on me permettra de reproduire le passage suivant de mes récentes leçons de thérapeutique et de clinique médicales de l'hôpital Bichat :

« Il y a, dans les affections chroniques des bronches, de même que pour celles du myocarde où le cœur est frappé de parésie, une sorte d'asystolie ou bronchoplégie, à laquelle les malades succombent le plus souvent. Ce n'est pas seulement à l'expectoration qu'il faut s'attaquer, mais aussi, et avant tout, à la paralysie pulmonaire et bronchique. C'est là le principal danger qui menace la vie, non seulement des vieillards atteints de catarrhe bronchique, mais aussi des adynamiques ou des jeunes gens atteints de bronchite capillaire ou d'une forme de grippe suffocante, si

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.

bien décrite par Graves et dont je vous ai fait voir, cette année (1884), plusieurs exemples frappants dans notre service. Aussi, l'on devra tout d'abord tonifier le malade par des préparations de quinquina, par l'alcool, le café, les injections d'éther ou de caféine, et tonifier ou exciter les muscles bronchiques par la noix vomique ou la strychnine (1). »

Le poison grippal peut frapper d'emblée les muscles bronchiques, et donner ainsi lieu aux accidents les plus graves, comme je vais vous le démontrer plus loin. On prend le plus souvent cette paralysie bronchique pour une bronchite vulgaire, et l'on commet une double erreur : une erreur clinique et thérapeutique.

Graves avait insisté beaucoup sur ces faits qui ont été oubliés. Il affirme que, « pendant l'épidémie grippale de 1837, il a observé assez souvent des cas de mort avec les signes de paralysie des poumons ». Voici ce qu'il dit encore :

« Dans beaucoup de cas, la dyspnée est intermittente, ou du moins elle présente, à certaines heures, des exacerbations et des rémissions notables. Il semblerait donc que les troubles respiratoires dépendent de la même cause générale qui produit tous les autres symptômes, et qu'ils peuvent exister, même lorsque la phlegmasie bronchique manque complètement. Il est bien certain que la bronchite, lorsqu'elle existe, ajoute encore à la gêne de la respiration. Mais la dyspnée paraît résulter, avant tout, de quelque trouble survenu dans l'activité vitale du poumon. »

Cet état parétique des bronches complique fréquemment, avec une grande rapidité, des affections thoraciques qui paraissaient bénignes jusque-là, et il rend compte ainsi, en grande partie, de ces terminaisons rapides et inopinées qui nous déconcertent souvent dans les épidémies grippales. Mais la paralysie broncho-pulmonaire, secondaire dans ces cas, peut être primitive, et constituer le principal et le seul danger. Voici un cas que je viens d'observer : Une femme de soixante-seize ans, asthmatique et emphysémateuse, jouissant jusque-là d'une santé relativement bonne, fait une sortie et s'expose au froid. Quelques jours auparavant, elle éprouvait déjà des malaises et respirait avec une certaine difficulté, mais le soir même de sa sortie intempestive, elle est prise d'une dyspnée fort intense. Bientôt la respiration s'embarrasse de plus en plus, de gros râles trachéo-bronchiques s'étendent à distance ; il n'y a jamais eu de fièvre ; l'auscultation ne fait constater aucun signe de bronchite ou de congestion pulmonaire, l'asphyxie fait des progrès continus, les extrémités se cyanosent, la malade est prise d'une toux incessante et insuffisante pour l'expulsion des mucosités qui s'accumulent sans cesse dans les bronches, et elle meurt ainsi asphyxiée au bout de huit jours. Ici, s'agissait-il de bronchite ? Nullement, car on ne constatait aucun râle de bronchite : il n'y a pas eu de fièvre et l'affection grippale a atteint d'emblée le système nerveux pulmonaire, sur les bronches qui ont été frappées d'inertie. Il s'agissait donc, à proprement parler, d'une paralysie pulmonaire. Dans les cas de ce genre, la prescription banale des expectorants est inutile ; elle peut être nuisible, et il faut, de bonne heure, recourir aux toniques généraux (quinquina, quinine à petites doses, alcool, café, etc.), et aussi aux toniques des bronches, aux excitants de la contractilité bronchique (noix vomique, injections sous-cutanées de strychnine).

2° La variété congestive présente plusieurs modalités : tantôt, il s'agit de congestions aiguës et actives qui peuvent prendre la forme hémoptoïque; tantôt, il s'agit de formes passives. Dans les formes hémoptoïques, les malades ont de véritables hémoptysies caractérisées par le rejet d'une plus ou moins grande quantité de sang rouge, rutilant ou noirâtre, le plus souvent privé de bulles d'air, comme Graves l'avait remarqué pour les crachats. La congestion pulmonaire active grippale est parfois bilatérale, et elle présente un caractère clinique fort important, que je n'ai vu signalé nulle part : elle est habituellement centrale, ce qui explique, en grande partie, ce désaccord qu'on a constaté entre l'intensité de la dyspnée et l'absence ou la bénignité apparente des lésions. Pendant quelques jours, cette hyperhémie pulmonaire reste centrale, et quand elle a fini par s'étendre jusqu'aux parties superficielles du poumon et par devenir corticale, on constate sa présence sur une petite étendue. On peut faire alors une erreur de pronostic, en pensant que la complication pulmonaire ne présente aucune gravité et n'est pas très étendue, quand, au contraire, elle a pu envahir, dans ses parties centrales, une grande étendue du poumon.

Ces congestions actives se compliquent parfois d'œdème pulmonaire, et, dans ces cas graves, on constate plusieurs symptômes importants : des râles extrêmement fins, surtout dans les grandes inspirations qui commencent souvent à la base de la poitrine, et qui envahissent rapidement de bas en haut la totalité du poumon ; une expectoration abondante, mousseuse, le plus souvent sanguinolente, dont la signification pronostique est grave ; l'existence d'un souffle lointain, accompagné de râles très fins, dont j'ai parlé plus haut, ce souffle crépitant, sorte de bruit de taffetas, m'ayant toujours paru comporter un pronostic très sévère.

A côté de ces congestions aiguës, des pneumonies lobaires ou lobulaires, dont je n'ai pas à tracer l'histoire, on voit des congestions pulmonaires et des pneumonies vago-paralytiques. En un mot, chez les grippés, on observe des accidents qui rappellent plus ou moins la section incomplète des nerfs pneumogastriques.

On s'explique ainsi l'allure clinique de certaines pneumonies ou congestions pulmonaires. Vous constatez des pneumonies en bloc, qui rapidement, dans l'espace de vingt-quatre heures, arrivent à la période d'hépatisation et peuvent envahir l'organe tout entier. Il existe encore des congestions pulmonaires, plus ou moins étendues, qui s'installent pendant plusieurs semaines, et qui se révèlent par des râles crépitants fins, très nombreux, seulement appréciables dans les grandes inspirations, comme s'il s'agissait de râles produits par le déplissement pulmonaire et dus à une sorte d'affaissement pulmonaire. La contractilité bronchique est atteinte, comme je l'ai démontré à propos de la forme bronchoplégique ; l'élasticité des vésicules pulmonaires est affaiblie, ce qui permet leur affaissement, et c'est ainsi que les malades peuvent succomber lentement aux progrès d'une véritable asphyxie.

Dans certains cas, il ne s'agit donc pas réellement de véritables pneumonies, même lorsque l'on constate du souffle tubaire, et je répète que certains états congestifs du poumon dans la grippe sont sous la dépendance d'un état parétique du nerf vague ; c'est ce qui explique l'absence fréquente du point de côté, de toute réaction inflammatoire, le peu d'intensité de la fièvre, ou même encore le ralentissement du pouls contrastant avec une élévation de température.

Un des historiens de l'épidémie de 1837 (et l'on ne sau-

(1) *Leçons de thérapeutique et de clinique médicales de l'hôpital Bichat*, p. 13.

rait trop comparer l'épidémie de 1889-1890 à celle de 1837), Landau, a observé les mêmes faits, et l'on me permettra de citer le passage, malgré sa longueur (1) :

« C'est dans les symptômes généraux surtout, que nous avons vu la pneumonie différer de ce qu'elle est habituellement. Le pouls, ordinairement si large et si plein dans cette maladie, était petit et lent ; excepté chez deux malades où il s'est élevé jusqu'à 86 pulsations, il n'a pas dépassé 72, et le plus souvent, il variait de 60 à 68. Valleix lui-même, qui a souvent soutenu l'opinion opposée, n'a pas pu s'empêcher de dire (2) : « Le pouls semblait avoir moins d'ampleur... l'accélération du pouls n'était pas, dans beaucoup de cas, en rapport avec la violence des symptômes fébriles. » Ce caractère du pouls est assurément remarquable, sa constance mérite de fixer toute notre attention, car c'est un phénomène fort curieux que cette lenteur du pouls chez des individus atteints de lésions organiques très étendues, et chez lesquels les autres symptômes avaient une intensité très grande. De plus, au lieu de la coloration si animée de la face qui existe dans la pneumonie franchement inflammatoire, on trouvait, chez presque tous les malades, la figure pâle, exsangue, les lèvres bleues, la peau des extrémités refroidie, tous les symptômes enfin d'une véritable asphyxie... Je pourrais citer, comme un exemple frappant de ce que je viens de dire, un malade, le nommé G..., âgé de vingt ans. Il entra à l'hôpital, présentant tous les symptômes d'une pneumonie double. Le souffle et la matité s'étendaient à plus des deux tiers inférieurs des deux poumons, et cependant, il n'y avait point la moindre réaction. Le malade ne paraissait pas éprouver la moindre gêne dans la respiration, le pouls était calme et variait de 60 à 68 pulsations ; les mouvements respiratoires n'étaient point accélérés, la peau avait la température normale... Hormis les symptômes locaux, il n'y a rien ici assurément qui ressemble à la pneumonie. »

Ainsi, dans la grippe, l'asthénie du système nerveux peut porter directement sur le bulbe et donner lieu à des accidents dus à l'atteinte portée au bulbe et au pneumogastrique (respiration de Cheyne-Stokes, congestions pulmonaires, affaissement pulmonaire, pneumonies bâtardes et asphyxiques, crises cardiaques, troubles gastriques, etc.).

Donc la thérapeutique doit surtout viser le système nerveux (injections de caféine, d'éther, de strychnine, etc.).

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

I

Contribution à l'étude de la contagion de la dysentérie. — M. le docteur Lemoine, ayant eu l'occasion d'observer quelques cas de dysentérie, pensa qu'il fallait faire intervenir la contagion pour expliquer la propagation de cette maladie.

M. Lemoine a fait quelques recherches bibliographiques qui lui ont permis de relever un certain nombre de faits similaires. Tous les auteurs admettent que l'agent de la contagion se trouve dans les matières fécales rendues par les malades.

Plusieurs observateurs ont remarqué que les chaises percées semblaient avoir été la cause de la contagion. On trouve des faits de ce genre dans les thèses de Sabatier et de Huguet. Ailleurs, ce sont les vases servant à recevoir les déjections, qui propagent la dysentérie. Telle est l'opinion de Berghmann. Pécholier raconte qu'un malade de l'hôpital a contracté la dysentérie en prenant un lavement avec une canule qui avait déjà servi à d'autres dysentériques.

M. Lemoine accumule les arguments pour démontrer la contagion d'une maladie relativement rare en France. Il résume ainsi son travail dans le *Lyon médical* :

1° La dysentérie se propage par les selles, soit directement, soit indirectement, en souillant le milieu intérieur à l'homme, l'air, les aliments, l'eau de boisson ;

2° La propagation directe de la dysentérie se fait par l'intermédiaire des vases ou des latrines, ayant reçu antérieurement les déjections alvines spécifiques, des parcelles de celles-ci venant se mettre en contact avec l'extrémité inférieure du gros intestin et la région anale. L'aptitude morbide de cette région est accrue par des troubles antérieurs ou actuels de la fonction à laquelle elle préside : constipation, diarrhée, etc.;

3° Ce mode de contagion est justiciable de moyens prophylactiques déterminés, consistant dans l'adoption, pour les malades atteints de dysentérie, de vases spéciaux, de tranchées particulières, dans des mesures de discipline, interdisant d'une façon absolue l'usage de ces vases et de ces latrines aux autres malades et aux individus reconnus sains ;

4° On aura soin, dans tous les cas, de désinfecter rigoureusement les vases et les latrines ayant reçu des déjections dysentériques.

Il sera même nécessaire dans les salles des hôpitaux de ne donner aux malades atteints de cette affection contagieuse, que des vases contenant déjà une certaine quantité de liquide antiseptique.

Pour donner une rigueur véritablement antiseptique aux faits observés par M. Lemoine, il aurait fallu joindre aux observations cliniques des démonstrations bactériologiques.

La dysentérie se comporte comme une maladie infectieuse d'origine bactérienne, et il y a lieu de penser que cette affection est due à des micro-organismes. Mais il faut avouer que l'origine parasitaire de la dysentérie n'est pas établie d'une façon indiscutable. On doit à Ziegler, Prior, Babès et Koch, quelques travaux intéressants sur cette question. Mais les bactéries qui ont été rencontrées au niveau des lésions intestinales ne sont pas caractéristiques. On n'a pas encore isolé et cultivé le micro-organisme pathogène de la dysentérie, telle est la vérité à cette heure.

Action de la teinture d'iode contre le vomissement. — La teinture d'iode, dit M. Cartier, a été employée à l'intérieur pour combattre les vomissements de la grossesse, par différents médecins, entre autres par Lasègue. En 1878, Ollé en faisait le sujet de sa thèse inaugurale. M. Cartier a observé d'excellents résultats de ce médicament. Les malades prennent la teinture d'iode avec plaisir. Il suffit de leur donner x gouttes de cet agent thérapeutique dans 125 grammes d'eau, à prendre en trois fois après les repas. La teinture d'iode, administrée à cette dose, produit, en arrivant dans l'estomac, une sensation de chaleur comme celle que l'on éprouve après avoir avalé une liqueur alcoolique un peu forte.

Le seul inconvénient de cette médication est de produire quelques accidents d'iodisme, de temps à autre.

Les vomissements, dans la tuberculose, sont très bien combattus par ce médicament, qui réussit merveilleusement bien dans les vomissements liés à la gastrite alcoolique, ulcéreuse ou non, à l'ulcère simple, à la grossesse et à la chlorose.

II

Étude sur les rapports de l'aliénation mentale avec les maladies des yeux. — M. Royet a observé 250 aliénés. Il en a trouvé 140 atteints d'affections oculaires, soit une proportion de

---

(1) Landau. Sur la grippe de 1837 et sur la pneumonie considérée comme symptôme essentiel de cette épidémie, *Archives générales de médecine*, 1837, t. I, p. 441.

(2) Valleix. *Presse médicale*, 1837, nos 9 et 11.

56 p. 100. L'auteur, qui a vivement intéressé les membres de la Société des sciences médicales de Lyon, formule les trois propositions suivantes :

1° L'aliénation mentale est, dans beaucoup de cas, en relation intime avec des maladies de l'œil;

2° Le délire, en général, et l'hallucination, en particulier, quand ils ont leur point de départ dans une affection oculaire, dépendent généralement d'une lésion de l'œil droit;

3° Cette lésion de l'œil droit (1) ne doit pas abolir la vision, mais simplement la troubler.

Il faut que l'œil droit voie, mais voie mal. (*Lyon médical.*)

Étude de la liqueur d'absinthe. — Dans ce travail, MM. Cadéac et Albin Meunier cherchent à démontrer l'influence de chaque substance toxique qui entre dans la composition de la liqueur d'absinthe.

Quelle est la quantité d'absinthe qui entre dans cette liqueur? 1 kilogramme de plante n'entre le plus souvent que dans 25 litres de liqueur, ce qui donne, au maximum, 8 grammes d'essence pour 100 litres, ou 8 centigrammes d'essence par litre.

Certains fabricants font de l'absinthe sans absinthe; ils remplacent celle-ci par le génépi.

Les deux auteurs cités plus haut pensent que, dans l'absinthisme, deux ordres de poisons interviennent :

1° Un groupe épileptisant : absinthe, hysope, fenouil;

2° Un groupe stupéfiant : anis, badiane, angélique, origan, menthe, mélisse et coriandre.

1° Dans le groupe épileptisant, l'absinthe occupe le premier rang.

L'hysope est une essence extrêmement convulsivante et épileptisante.

Moins toxique que l'hysope, le fenouil est encore à haute dose un convulsivant et un épileptisant.

L'hyperesthésie, les fourmillements, les hallucinations et la crise épileptique, que l'on constate dans l'absinthisme, sont des accidents imputables aux essences qui entrent dans ce premier groupe;

2° Parmi les stupéfiants, il faut citer l'anis et la badiane. Ces essences, peu toxiques, produisent le sommeil et la résolution musculaire, quand elles sont administrées à haute dose. A dose moyenne, elles déterminent l'hébétude, des troubles de la vue et de la douleur de tête.

L'angélique produit de la dépressibilité cérébrale et musculaire.

La mélisse est un soporifique assez puissant.

L'origan émousse la sensibilité, produit des vertiges, des tremblements, de la faiblesse générale et obscurcit la mémoire.

La menthe, à haute dose, excite. Son action est double, il y a une période d'excitation et une période de coma.

Toutes ces essences du groupe stupéfiant combinent leur action pour produire les tremblements, la somnolence, la torpeur, la perte de mémoire, la paresse intellectuelle, l'hébétude, l'abdication complète de la volonté et l'abrutissement. Comme ces essences entrent à haute dose dans la composition de la liqueur d'absinthe, ces accidents sont la règle. (*Revue d'hygiène.*)

III

Asepsie des diverses variétés de sondes, de cathéters. — M. Poncet donne les conseils suivants pour obtenir l'asepsie absolue des bougies, des sondes en gomme, en caoutchouc, employées pour le cathétérisme de l'urèthre.

Il place les bougies et les sondes dans une étuve sèche, et il élève la température jusqu'à 120 ou 130 degrés.

Au lieu de mettre les instruments, au sortir de l'étuve, dans une solution antiseptique qui les abime rapidement, M. Poncet les dépose dans des boites contenant de la poudre de talc et d'acide borique stérilisée au préalable par la chaleur sèche. Dans cette poudre aseptique, les sondes se conservent sans subir la moindre altération et sans courir aucune chance d'infection. (*Lyon médical.*)

Électuaire laxatif pour les enfants. — M. Ferrand recommande l'électuaire laxatif suivant :

Manne en larmes	50 grammes.
Magnésie calcinée	10 —
Fleur de soufre lavée.	10 —
Miel blanc	30 —

F. s. a. un électuaire dont on administre une ou deux cuillerées à soupe, dans une tasse de thé léger ou de lait chaud.

Traitement du pityriasis versicolor.

Acide salicylique.	3 grammes.
Soufre précipité	10 —
Vaseline . . . . }	*àà* 50 —
Lanoline . . . . }	

Frotter tous les soirs les parties malades avec cette pommade. On enlèvera celle-ci, chaque matin, avec de l'eau savonneuse. (*Corresp. Bl. f. schw. Aerzte.*)

Coqueluche. — Le *Paris médical* réunit les formules suivantes employées par divers cliniciens pour combattre la coqueluche.

1°	Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme.
	Eau distillée.	20 grammes.

Faire une solution pour badigeonner quatre fois par jour le pharynx et les amygdales. (Veillard.)

2°	Sirop simple	120 grammes.
	Résorcine.	4 —

Une cuillerée à soupe trois fois par jour.

3°	Poudre de benjoin. . . . . . }	*àà* 5 grammes.
	Salicylate de bismuth . . . . }	
	Sulfate de quinine.	1 —

M. F. une poudre pour insuffler dans chaque narine trois à cinq fois par jour. (Moizard.)

4°	Poudre de racine de belladone . .	1 centigr.
	Poudre de Dower	2 c. et demi.
	Fleurs de soufre.	20 —
	Sucre blanc.	50 —

pour un paquet.

Donner de deux à dix de ces paquets dans les vingt-quatre heures. (Sée.)

5°	Sirop de belladone	50 grammes.
	Sirop de térébenthine.	150 —

M. par cuillerées. (Bouchut.)

6°	Hydrate de chloral. . . . . 1 à	2 grammes.
	Sirop de codéine.	20 —
	Eau distillée.	30 —

Trois cuillerées à café par jour. (Bouchut.)

7°	Teinture de drosera.	5 grammes.

Toutes les heures de une à six gouttes. (Vigier.)

8°	Chloroforme.	30 grammes.
	Ether pur.	60 —
	Essence rectifiée de térébenthine	10 —

Verser une cuillerée à café de ce mélange sur un mouchoir et le tenir devant la bouche du patient jusqu'à la fin de la quinte. (Wilde.)

(1) Sur 140 malades porteurs de lésions oculaires, 73 ont des affections bilatérales, mais généralement plus accentuées à droite. Les affections isolées de l'œil droit sont au nombre de 46, tandis que l'œil gauche n'est atteint que 19 fois.

9° Sirop de codéine . . . . 150 grammes.
Antipyrine. . . . . 5 —

Une cuillerée à bouche matin et soir. (Bouchut.)

VARIÉTÉS

Empiriques et charlatans (XVI[e] et XVII[e] siècles).

Par M. Victor FOURNEL.

I

La race des empiriques et des charlatans est une race immortelle. La vie et, après elle, la santé étant les plus précieux des biens, ceux sans lesquels les autres ne sauraient exister, il est tout naturel que, lorsqu'on les croit compromis et que la science officielle ne peut les sauver, on se confie à ceux qui se prétendent plus savants que la science et plus forts que les règles impuissantes. Là où les remèdes consacrés échouent, les secrets et les panacées ont toute chance d'obtenir crédit.

Mais si la race est immortelle, il est des époques particulièrement favorables à son éclosion et à son développement. L'empirique n'est pas précisément une physionomie disparue, il est tout au moins une figure diminuée, et les circonstances ne lui sont plus aussi propices qu'autrefois.

Ne parlons pas du moyen âge : il n'y fait pas très clair, et les origines de la Faculté de médecine ne sont pas encore bien débrouillées. Il fût un temps où personne n'était empirique et où tout le monde l'était, au sens usuel du mot. Signalons simplement l'existence des *mires* ambulants, mi-bouffons, mi-médecins, comme celui que le vieux poète Rutebeuf a mis en scène dans le *Dit de l'herberie.* Cette variété de jongleurs, le jongleur herbier et droguiste de place publique, a eu pour héritier l'*opérateur* nomade du XVII[e] siècle, qui parcourait la France avec une troupe, dressait son théâtre en plein air et débitait son remède avec accompagnement de parades, de farces, de danses, de chansons. Les troupes d'opérateurs avaient toujours un *Marocain*, c'est-à-dire un nègre, vrai ou faux, destiné à agir sur l'imagination populaire : cette tête noire faisait à la fois penser aux pays lointains où l'*opérateur* se vantait toujours d'avoir exercé, parfois d'avoir appris son art, et au grand maître des sciences occultes, au diable en personne. Elle était comme l'attirail fantastique dont les astrologues, les sorciers, les diseurs de bonne aventure avaient soin de décorer leur officine.

Quelques-uns donnaient de véritables représentations. Le Boulanger de Chalussay, dans sa comédie d'*Élomire hypocondre ou les Médecins vengés*, accuse Molière non pas précisément d'avoir joué dans les troupes de Barry et de l'Orviétan, mais tout au moins d'avoir étudié des rôles pour y jouer, d'y avoir brigué une place. Bien plus, pendant que Molière parcourait la province, il se trouva en concurrence à Pézenas avec la troupe de Cormier, autre opérateur célèbre, et il fût même sur le point d'être évincé par elle auprès du prince de Conti.

Nous venons déjà de nommer deux ou trois des opérateurs les plus célèbres du XVII[e] siècle : il en est souvent question dans les chroniques et mémoires, pièces bouffonnes et satiriques du temps. Dancourt a fait une comédie sur l'illustre Barry, dont un anonyme a écrit l'histoire. Il y faut joindre Desiderio Descombes, surtout Mondor, qui, grâce à son bouffon Tabarin, avait un grand débit de ses drogues sur la place Dauphine, et les arracheurs de dents dont plusieurs arrivèrent à une véritable illustration, tels que Carmeline, à l'époque de la Fronde, et, au début du siècle suivant, le gros Thomas, célébré en prose et en vers, et dont on ne s'est pas contenté de portraiturer la personne, debout sur son échafaud mobile en acier, mais dont on a portraituré le bonnet d'argent massif, qu'il portait le jour où il alla, en grande pompe, rendre visite au roi à Versailles.

Le Pont-Neuf et ses alentours étaient le grand quartier général de ces *triacleurs* en plein vent, dont plusieurs avaient acquis une importance difficile à comprendre aujourd'hui. La plupart se vantaient d'être médecins chimiques ou *spagiriques*, grand mot qui produisait d'autant plus d'effet sur la foule qu'elle n'y comprenait rien. La médecine spagirique était fondée sur l'application de la chimie minérale à la thérapeutique, qui avait trouvé de la résistance chez la Faculté. On sait quelle véritable guerre civile excita l'emploi de l'antimoine et du vin émétique dans le corps médical. On se passionna pour et contre. Vanté avec enthousiasme par les uns, le précieux métal découvert par Basile Valentin, étudié et perfectionné par Paracelse, gardait de ses origines et de ses premiers propagateurs une certaine physionomie alchimique, quelque chose comme un reflet de l'or potable, aussi propre à séduire la foule crédule qu'à exciter la défiance des docteurs jurés. La Faculté l'avait d'abord condamné d'une voix unanime, et le Parlement, à sa suite, en avait prohibé l'usage, quand, en 1638, la formule du vin émétique parvint à s'introduire dans le codex pharmaceutique, par suite de la trahison ou de la négligence du doyen Hardouin de Saint-Jacques. Ce fut le signal d'un nouveau déchaînement de pamphlets. La poésie même se mit de la partie. On pourrait dresser toute une bibliographie des ouvrages pour et contre l'antimoine. Le spirituel et passionné Guy Patin, esprit satirique et frondeur en toute autre matière, mais homme de tradition intraitable en fait de médecine, se signala au premier rang de ses adversaires. Néanmoins, l'antimoine gagnait peu à peu du terrain. Il eut l'heureuse chance d'être adopté par Guénaut, et quand, en 1658, il eut guéri Louis XIV, qu'on avait vainement saigné et purgé comme on purgeait et saignait en ce temps-là, sa cause fut définitivement gagnée (1). Les irréconciliables prétendirent bien que le jeune monarque avait été guéri malgré l'antimoine, et, quelques années après, que cette substance pernicieuse avait tué le cardinal, à quoi on répliqua malicieusement que l'antimoine avait donc sauvé deux fois la France, la première en guérissant le roi, la deuxième en la débarrassant de Mazarin.

Mais, bien avant ce triomphe définitif, et dès le règne de Henri IV, il avait été créé une charge de médecin spagirique près du roi, et cette charge fut occupée, sans interruption, sous l'ancien régime, même sous Louis XVI. On a les noms de ceux qui la remplirent successivement. Celui qui était en fonctions en 1658, Yvelin, se trouvait à Calais auprès de Louis XIV, avec les médecins de la Cour. C'est surtout, sans doute, à la suite de sa guérison, et par reconnaissance, que le monarque délivra ces permissions, dont on nous parle sans nous en donner les dates, à des particuliers qui désiraient exercer la médecine spagirique à Paris (2).

Les charlatans de la rue qui se proclamaient médecins chimiques jouissaient tout au moins d'une autorisation tacite. Parmi ceux que nous avons cités, nous ne nous arrêterons qu'à un seul, le plus illustre de tous, et qui les résume pour ainsi dire en lui : Hieronymo Ferranti (d'Orviéto), plus connu sous le nom de l'Orviétan, où l'on confondait en une seule dénomination le triacleur et son remède. L'Orviétan florissait à Paris sous Henri IV et Louis XIII, mais il est probable qu'il y eut toute une lignée de charlatans portant le même surnom, et dont chacun se prétendait propriétaire exclusif du fameux antidote. Tous l'avaient sinon inventé, du moins perfectionné. Tous aussi devaient se dire natifs d'Orviéto, d'où la drogue avait pris son nom.

Ce Hieronymo Ferranti ne fait qu'un sans doute avec le Hieronymo de Bologne, dont le chroniqueur l'Estoile nous parle au long en l'année 1601. Le prénom est le même, et les épreuves auxquelles il se soumettait sont les mêmes; la nationalité est la même aussi. Il avait peut-être commencé par se dire de Bologne, à cause de la célèbre Faculté de médecine de cette ville ; il se sera dit ensuite d'Orviéto pour mieux s'identifier avec son électuaire.

(1) Maurice RAYNAUD. *Les médecins au temps de Molière*, ch. IV.

(2) DECHAMBRE. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. SPAGIRIE.

« En ce même mois (juin) se faisoit voir en la basse cour du Palais, un Italien nommé Hieronymo di Bologna, qui, par quelques pierres, herbes et onguens, de vertu singulière, apaisoit les douleurs des dents, de migraine et maux de tête, ayant, en outre, une certaine huile qui guérissoit, du jour au lendemain, plusieurs plaies, ainsi qu'il fit voir, par expérience, premièrement sur sa personne : car, s'étant donné un coup d'épée dans le corps et s'étant frotté de cette huile, il se montra le lendemain aussi sain et entier qu'auparavant le coup, sans qu'il eût cicatrice aucune, ni apparence de blessure. Et, pour assurer qu'il n'y avoit en cela ni magie, ni charlatanerie, il dit tout haut au peuple que, s'il y avoit quelqu'un parmi eux qui voulût endurer un coup d'épée semblable au sien, qu'il le guériroit, sur sa vie, le lendemain et lui donneroit six écus. Un grand laquais bourguignon, désireux de gagner ce prix, s'offrit volontairement à cette peine. » Il lui passe son épée « au travers du cuir des côtes », le frotte de son huile et l'exhibe le lendemain, la plaie entièrement disparue. « Il se brûloit avec des torches ardentes et en brûloit semblablement d'autres, qu'il guérissoit dans deux ou trois jours, tout ainsi que si on n'y eût point touché ; il se lavoit les mains et la face de plomb fondu, sans aucun danger ni dommage ; il allégeoit aussi la douleur des gouttes et de plusieurs autres maladies, au grand étonnement des médecins et chirurgiens de Paris, qui ne pouvoient comprendre son secret, encore moins l'apprendre de lui. Enfin, ils le firent chasser de la basse cour du Palais et retirer en sa maison, derrière l'Hôtel de Bourgogne, où grande quantité de malades, de tout sexe, âge, condition et qualité, l'alloient trouver, pour recevoir allégement des maux qui les tourmentoient... Or, encore qu'on lui eût fait défense de se plus montrer en la basse cour du Palais, si est-ce que, par tolérance ou autrement, il y revint encore (1). »

Et, en effet, c'est toujours dans la cour du Palais que les écrivains postérieurs, et notamment Courval (2), nous montrent l'Orviétan. On voit que c'était un habile homme, à peu près universel, et que la Faculté avait raison d'en être jalouse. On voit aussi qu'il n'exerça pas seulement en place publique, et c'est encore une des raisons pour lesquelles je me suis arrêté à lui, comme pour servir de transition à mon véritable sujet, qui n'embrasse pas les empiriques de la rue et ne les aborde qu'en passant.

L'orviétan était une variante de la thériaque, qui n'était ellemême qu'une variante du mithridate. Rien de plus compliqué que la composition de tous ces électuaires. Le mithridate comprenait jusqu'à cinquante-quatre substances, additionnées de chair de vipère et de quelques autres ingrédients d'une importance subalterne. Chaque médecin ou charlatan de haut vol tenait à honneur d'imaginer sa thériaque, d'attacher son nom à une espèce particulière de ce produit. On comptait les thériaques par centaines, peut-être par milliers, et ce n'étaient plus seulement des antidotes, comme à l'origine ; c'étaient des panacées. L'orviétan, en particulier, avait toutes les propriétés et toutes les vertus : son nom est devenu le nom générique des drogues de charlatan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 février 1890, M. Duplay, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professseur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

M. Dubar, professeur de médecine opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

— Le Conseil supérieur de santé des colonies est ainsi constitué : Président, M. l'inspecteur Treille ; membres, M. le médecin en chef Kermorgant et M. le pharmacien principal Raoul ; secrétaire, M. le médecin de première classe de la marine Auvray.

— M. le médecin principal Hyades est nommé membre du Conseil supérieur de santé de la marine à Paris, en remplacement de M. Treille, nommé président du Conseil supérieur de santé des colonies.

M. le médecin principal Vincent est nommé secrétaire du Conseil supérieur de santé de la marine, à Paris, en remplacement de M. Kermogant, nommé membre du Conseil supérieur de santé des colonies.

— *Corps de santé de la marine.* — Le prix de médecine navale, pour 1889, est accordé à M. le pharmacien de première classe Lalande. — Mention honorable : à M. le médecin de première classe Le Dantec. — Témoignages officiels de satisfaction : 1° à MM. les médecins de première classe Palmade et Drago ; 2° à MM. les médecins de deuxième classe Gérard, Gros et Calmette.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Chaffard (Joseph-Louis-Jules-César) est institué chef de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Valude, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Dumont est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Stroup, appelé à d'autres fonctions.

— Le Congrès des Sociétés savantes s'ouvrira le mardi 27 mai prochain. Le bureau des sciences est ainsi composé :

Président, M. Berthelot ; vice-présidents, MM. Mascart, Milne-Edwards, Darboux et Le Roy de Méricourt ; secrétaires, MM. Angot et Vaillant.

— M. le docteur Hamy est nommé secrétaire du bureau de « Géographie historique et descriptive », du Congrès des Sociétés savantes.

— Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le lundi 17 mars 1890. Ils auront lieu dans les pavillons de l'École pratique, tous les jours, de une heure à quatre heures, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année. (Pour prendre la seizième inscription, ces étudiants doivent avoir pris part à ces exercices). Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° Les élèves de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement de droits afférents à l'inscription de janvier 1890 (quatorzième inscription) ;

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités, les élèves ayant seize inscriptions, les docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1889-1890 : Ces élèves seront admis sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 francs) ;

3° Les élèves obligés devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à trois heures, du 10 février au 8 mars. Après cette date nul ne pourra être admis. Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants inscrits ;

4° Les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions, dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

— M. le docteur Doléris, accoucheur des hôpitaux, commencera un cours libre de gynécologie, 12, rue de Navarre, le mardi 25 février et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

(1) *Journal de l'Estoile*, t. VII, p. 300. In-8°, Librairie des bibliophiles.
(2) *Les tromperies des charlatans découvertes*, 1619.

Les premières leçons seront consacrées aux moyens d'exploration usités en gynécologie.

— Le *Rappel*, dans son numéro du 11 février, dit que, d'après la *Gazette des hôpitaux*, Mlle Wilbouchewitch est *externe* du service de M. Genin-Rose (*sic*). Notre confrère se trompe : la *Gazette des hôpitaux* a porté Mlle Wilbouchewitch comme *interne* de M. Gérin-Roze. (Voir page 141, 1re colonne.)

— *Erratum*. — Page 159 (1re colonne), ligne 43, au lieu de « le procédé d'électrolyse de M. Fort », il faut lire « le procédé d'électrolyse de M. Le Fort. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 19. — JEUDI 13 FÉVRIER 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 13 FÉVRIER 1890. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jaccoud a entretenu l'Académie des malades atteints de grippe, qu'il a soignés pendant les mois de décembre et janvier derniers.

Au nom de M. Créquy, médecin en chef du chemin de fer de l'Est, M. Lancereaux a montré que des employés de cette Compagnie, ceux restant toujours en plein air, ont eu un tribut beaucoup moins fort à payer à l'épidémie, que ceux qui sont enfermés dans les bureaux.

M. Brouardel avait annoncé un travail de son interne, M. Mosny, nous le publions en entier.

M. Périer lit une opération de résection et M. Lucas-Championnière un travail d'ensemble sur le traitement des fractures de la rotule par suture osseuse.

Enfin, la discussion sur l'emploi des antiseptiques, en obstétrique, s'est terminée par le vote des conclusions de la Commission, avec une simple modification sur le mot à placer sur les flacons, *poison* au lieu de *toxique*.

En vain, M. Guéniot a représenté les dangers du sublimé; en vain, il a dit la sûreté que le thymol et l'acide phénique offraient aux accoucheurs; M. Charpentier était pour la liberté des manœuvres, avec les responsabilités qui en découlent. L'Académie a reculé devant cette liberté.

La discussion allait se perdre dans les détails, quand M. Brouardel a rappelé ses collègues à la question : et la question a été entendue.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BROUARDEL.

Broncho-pneumonie érysipélateuse sans érysipèle externe

Par M. MOSNY, interne du service.

Longtemps on a nié l'existence d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie érysipélateuse ; son histoire clinique et sa description anatomique ne datent que de 1879, époque à laquelle M. Straus publia une observation de broncho-pneumonie érysipélateuse, survenue dans le cours d'un érysipèle.

Le fait suivant montre à l'évidence qu'il existe bien réellement une broncho-pneumonie spéciale, causée par le streptococcus erysipelatis, qui, si elle peut survenir dans le cours d'un érysipèle, peut apparaître d'emblée, sans aucune autre détermination cutanée ou muqueuse de l'érysipèle, chez des sujets en contact avec des érysipélateux.

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, domestique, entrée le 24 décembre 1889 dans le service de M. Brouardel.

Elle soignait son maître atteint, depuis le 22 décembre, d'un érysipèle de la face, lorsque le lendemain, 23 décembre, elle fut prise d'un frisson et d'un point de côté. Elle entre le 24 décembre à l'hôpital, où on constate l'existence d'une pneumonie à la base du poumon droit, et meurt le 25 décembre au soir. Elle n'avait, d'ailleurs, à aucun moment de sa maladie, présenté, sur la surface cutanée ou sur les muqueuses, aucune trace d'érysipèle.

A l'autopsie, on trouve un foyer très limité de broncho-pneumonie, dont l'examen histologique a montré les lésions caractéristiques.

Tout l'intérêt de cette observation réside dans l'examen bactériologique des cultures et les inoculations que nous avons faites dans le laboratoire et sous la direction de M. Straus.

Or, dans les parcelles de l'exsudat prélevées avec pureté au niveau des noyaux de broncho-pneumonie, sur les pièces fraîches, nous avons toujours constaté, sans mélange d'aucun autre organisme, la présence d'un micrococque en chaînettes sinueuses, courtes, morphologiquement identique au streptocoque de l'érysipèle.

Sur les coupes colorées par la méthode de Gram, nous avons retrouvé ce même streptocoque au niveau des noyaux de broncho-pneumonie, et en ces points seulement.

Les résultats obtenus par les cultures ont constamment confirmé les résultats de l'examen microscopique.

Or, dans tous les cas, nous avons constaté le développement des colonies caractéristiques du streptocoque de l'érysipèle, sans mélange d'aucun autre organisme.

Tous les caractères des colonies qui se sont développées prouvaient qu'il s'agissait bien ici du streptocoque de l'érysipèle.

Les expériences d'inoculation, faites avec les cultures pures, déposent dans le même sens.

En effet, 3 gouttes d'une culture récente sur gélose sont

injectées sous la peau de l'oreille d'un lapin. Dès le lendemain, apparaît une rougeur érysipélateuse avec gonflement de l'oreille. Les jours suivants, cette inflammation s'accroît, s'étend et aboutit, quelques jours après, à la formation d'un abcès du pavillon de l'oreille. L'animal a, d'ailleurs, complètement guéri.

C'était bien là un type de l'érysipèle expérimental, tel qu'on le provoque chez le lapin par l'injection sous-cutanée d'une culture pure du streptococcus erysipelatis.

En résumé, dans ce fait, tout nous autorise à conclure qu'il s'agit, ici, d'une broncho-pneumonie érysipélateuse primitive.

C'est, en effet, une broncho-pneumonie à streptocoque, car, dans les foyers hépatisés du poumon, on constate l'existence exclusive d'un streptocoque. Par les cultures et l'inoculation, ce streptocoque se révèle identique au streptococcus erysipelatis ou pyogenes.

Enfin, cette broncho-pneumonie à streptocoques est bien réellement primitive, puisqu'elle n'a été précédée, ni par aucune autre manifestation soit cutanée, soit muqueuse de l'érysipèle, ni par aucune suppuration à streptocoques.

Les conditions étiologiques dans lesquelles cette broncho-pneumonie a pris naissance, démontrent son origine érysipélateuse; c'est en soignant son maître atteint d'un érysipèle de la face, que cette malade contracta la broncho-pneumonie qui l'a emportée.

Tout nous autorise à conclure qu'il s'agit ici d'une broncho-pneumonie érysipélateuse primitive, d'un véritable érysipèle primitif du poumon.

C'est le premier cas, à notre connaissance, où cette démonstration a pu être faite d'une façon complète et indiscutable.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Fractures de la rotule.

Depuis que Lister et son élève Cameron ont appelé l'attention sur le traitement des fractures de la rotule par suture osseuse, on a publié des faits épars, mais pas de travail d'ensemble. Je me crois en mesure, avec les quatorze opérations que j'ai faites, de présenter ce travail d'ensemble et de démontrer que, sauf chez les sujets cachectiques, malades ou débilités, la suture aussi précoce que possible est la méthode de choix.

Dans les 14 cas de fracture de la la rotule que j'ai traités par l'ouverture large du genou et la suture métallique, il s'agissait : 4 fois de fractures anciennes, 9 fois de fractures récentes, et 1 fois d'une « refracture » après première guérison par un appareil.

Les opérations pour fractures récentes ont été faites entre le premier et le douzième jour; deux ont été faites moins de vingt-quatre heures après l'accident, et une, moins de douze heures après; l'intervention hâtive est toujours favorable; après nettoyage de l'articulation et après avoir enlevé les esquilles osseuses, on suture la rotule au moyen de deux fils placés dans sa substance. Les suites de l'opération ne sont jamais douloureuses, et, dès le lendemain, toute douleur disparaît.

Je draine avec soin les parties voisines de l'articulation, qui sont souvent le siège d'un épanchement; ensuite, pendant huit jours, je place le membre dans une gouttière, puis je me contente d'un simple pansement, ne pratiquant jamais ainsi l'immobilisation complète.

C'est entre vingt et vingt-cinq jours après l'opération, qu'on peut permettre la marche, et l'on est toujours surpris de la rapidité avec laquelle elle s'établit; dans ces cas récents, la consolidation osseuse est évidente, puisqu'il est impossible de retrouver un intervalle entre les fragments et qu'on sent les fils à travers la peau; la solidité de la rotule est complète, et, quand la guérison est obtenue, on ne trouve, entre le membre malade et le membre sain, aucune différence appréciable. Ces résultats se maintiennent parfaitement, ainsi que j'ai pu le constater sur un de mes malades, opéré en 1883.

Aucun traitement ne peut rivaliser avec celui-là, qui permet en peu de temps, après trois semaines, une guérison, et une marche parfaite après six semaines ou deux mois.

Lorsqu'on opère, après le traitement par les méthodes ordinaires, les résultats sont moins bons; j'ai pratiqué cette opération, en pareil cas, dans cinq circonstances différentes. Deux fois, j'ai obtenu une réunion parfaite; dans les trois autres cas, l'écart des fragments n'a pu être complètement réduit; malgré cela, j'ai maintenu les fils d'argent, qui constituent une sorte de véritable charnière métallique d'une utilité incontestable; en pareil cas, alors, il faut disposer les points de suture, de façon que les tractions exercées sur les fils soient sans inconvénient.

En tous cas, ces opérations secondaires sont toujours moins favorables que les opérations primitives.

Il est inutile de dire que cette opération doit être faite aussi antiseptiquement que possible; la suture sera faite à l'aide de fils de gros calibre qu'on passera avec un poinçon perforé. J'insiste encore, en terminant, sur la précaution que je prends de ne pas immobiliser l'articulation.

Ce traitement constitue, on peut le dire, l'idéal du traitement d'une fracture, puisqu'il réalise d'emblée toutes les conditions exigées par le chirurgien : rétablissement rapide de la continuité de l'os, disparition des douleurs et des liquides épanchés.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. PÉRIER.

Résection de la septième apophyse transverse cervicale.

Le 4 novembre dernier entrait dans mon service un homme de trente ans. Ce malade, souffrait, depuis de longues années, de vives douleurs dans le bras droit avec atrophie musculaire.

Sa voix s'était sensiblement altérée.

A l'examen, on constatait, au-dessus de la clavicule de chaque côté du cou, une saillie anomale de la septième cervicale, déjà constatée lorsque le malade n'avait que douze ans.

La saillie est très développée; elle constitue une véritable tumeur, l'artère sous-clavière bat sous les doigts, le plexus brachial est dévié; ces nerfs et le récurrent sont comprimés.

Il me parut indiqué d'attaquer cette saillie osseuse. Elle fut abordée aisément par une incision dans le creux sus-claviculaire, après avoir lié la jugulaire externe, puis récliné les vaisseaux sous-claviers et les nerfs du plexus brachial.

En dénudant l'os, j'ouvris le cul-de-sac pleural supérieur, et l'air y pénétra.

La suture fut faite après résection de l'os; l'air s'évacua peu à peu. Emphysème sous le pansement au collodion. Point de côté inquiétant le lendemain. Enfin, tout se calma

Aujourd'hui, le malade a récupéré les fonctions de son bras (douches, électricité, gymnastique). Les douleurs, l'atrophie musculaire et les accidents laryngés ont disparu.

HOPITAL BICHAT. — M. HUCHARD.

Sur quelques formes cliniques de la grippe infectieuse (1).

II

GRIPPE CARDIAQUE. — On n'a jamais décrit une forme cardiaque de grippe infectieuse, et cependant je viens d'en observer plusieurs cas indéniables. Je ne parle pas, bien entendu, de ces accidents graves auxquels succombent rapidement, par le cœur ou par le poumon, les cardiopathes atteints de grippe. Je parle seulement d'accidents produits directement par la grippe, chez les individus indemnes jusque-là de toute affection du cœur.

La grippe cardiaque se manifeste par des lipothymies, un état syncopal, des syncopes qui peuvent être mortelles, par un état de lenteur du pouls, par des accès d'arythmie ou d'intermittences cardiaques, par des symptômes graves de collapsus cardiaque, et quelquefois même par des accidents douloureux ressemblant à l'angine de poitrine.

Un de mes malheureux confrères de la province vient de succomber de la façon suivante : atteint d'une légère bronchite depuis quelques jours, il éprouvait de temps en temps des crises d'étouffement lorsqu'il faisait un effort ou un mouvement, par exemple lorsqu'il montait dans son lit ou lorsqu'il en descendait; puis, le pouls s'accélérait et il y avait, à chaque instant, des tendances à la syncope. Il est mort, il y a quelques jours, très rapidement par le cœur, alors que rien ne faisait présager une terminaison si brusque et si funeste.

Un autre malade présente simplement les signes d'un embarras gastrique infectieux. Il meurt de syncope, et cependant l'auscultation du cœur n'avait auparavant rien fait constater d'anomal de ce côté.

J'ai vu dernièrement, avec mon collègue M. Schwartz, un malade atteint de congestion œdémateuse du poumon, et qui a présenté, dans les derniers jours de la vie, une arythmie cardiaque des plus accusées.

Voici un autre malade que j'observe en ce moment :

Il s'agit d'un homme de soixante ans, opéré autrefois par la lithotritie d'une pierre vésicale, et atteint d'un léger état d'artério sclérose. Il y a huit jours, il sort de chez lui pour aller dîner en ville; le soir même, il a une indigestion, et, le lendemain, on constate tous les signes d'un embarras gastrique qui prend rapidement le caractère infectieux; la prostration des forces est grande, il y a de l'excitation cérébrale et une tendance à la somnolence, pour la première fois de l'albumine dans les urines, et l'auscultation de la poitrine, en arrière et à droite, fait constater la présence de râles très fins de congestion œdémateuse du poumon. Et, cependant, on ne constatait pas de dyspnée. M. le docteur Collet, dont la sagacité clinique avait été mise en éveil par la prédominance des symptômes généraux, et n'attachant, avec raison, qu'une importance fort secondaire aux signes stéthoscopiques de la poitrine, me fait appeler. Nous constatons bientôt de l'arythmie cardiaque, quelques intermittences; puis ces intermittences et cette arythmie surviennent par accès et s'accusent davantage. Une nuit, la mort est imminente, le pouls devient extrêmement faible, à peine appréciable pendant un quart d'heure; il ne se relève qu'après plusieurs injections de caféine et d'éther. La nuit suivante, ce collapsus cardiaque prend les proportions les plus graves. Pendant plus d'une heure, le pouls faiblit sous le doigt et devient extrêmement arythmique, les battements du cœur sont hésitants et s'arrêtent à chaque instant, la peau se couvre d'une sueur froide; bref, la mort semble imminente, quand je pratique, coup sur coup, cinq injections d'éther après plusieurs injections de caféine, qui avaient été faites avant mon arrivée. Une heure après environ, le pouls reprenait de la force, il redevenait régulier, et, le lendemain matin, l'amélioration était considérable. Ce malade, qui s'achemine vers une guérison certaine, est encore en observation; mais, en citant ce fait, j'ai voulu montrer qu'il existe une grippe cardiaque, et que la thérapeutique n'est pas désarmée dans ces cas.

Dans le cours de la grippe infectieuse, j'ai déjà vu trois fois les malades se plaindre de douleurs rétro-sternales ressemblant à l'angine de poitrine. Du reste, on trouve dans les auteurs la mention de semblables douleurs. Dans son mémoire sur le « danger de la contagion de la grippe » (1876), M. Bertholle signale, dans sa troisième observation, la sensation d'une « constriction au-devant du sternum ». Avant lui, Malcorps (de Bruxelles), dans un travail sur « la grippe et ses épidémies » (1874), a parlé d'une « douleur qui se fait sentir au niveau du quart, du tiers ou de la moitié supérieure du sternum ».

Ce n'est pas tout encore, et les malades présentent souvent les caractères du pouls instable. Voici en quoi ce phénomène consiste : dès que le malade passe de la position horizontale à la position verticale, dès qu'il se met sur son séant, le pouls s'accélère et monte, par exemple, de 80 pulsations à 120, même 130. C'est là un signe de débilité cardiaque et d'affaiblissement de la pression artérielle, sur laquelle j'appelle votre attention.

A quoi sont dus tous ces accidents cardiaques? On peut, à ce sujet, soutenir deux hypothèses : ou il s'agit de myocardite grippale, ou il s'agit de troubles survenus dans l'innervation du cœur. Je ne nie pas la myocardite, je la crois même probable dans la grippe comme dans tous les états infectieux; mais je tiens à faire remarquer qu'il s'agit ici, le plus souvent, d'accidents à allures paroxystiques avec accompagnement de symptômes qui indiquent, soit un état parétique du nerf vague (congestions pulmonaires, lenteur du pouls, etc.), soit une atteinte portée au fonctionnement du bulbe (respiration de Cheyne-Stokes, etc.). Donc il s'agit, dans ce cas, le plus souvent, de troubles survenus dans l'innervation du cœur, et je rappelle, à ce sujet, que M. le docteur Vovart (de Bordeaux) avait cherché à prouver, dès 1881, que la grippe est surtout caractérisée par une sorte de « névrose du nerf pneumogastrique ». Je vais plus loin encore et je pense que, dans certains cas graves, la maladie, qui porte son action principale sur le système nerveux tout entier, peut intéresser plus particulièrement la moelle allongée. Outre les accidents cardiaques, pulmonaires et gastriques, que l'on observe souvent chez les malades et

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 165.

qui démontrent un trouble d'innervation dans les trois branches du nerf pneumogastrique, j'ai observé, en l'absence de toute complication rénale ou autre, un symptôme bulbaire par excellence : je veux parler de la respiration de Cheyne-Stokes.

Le bulbe peut donc être primitivement atteint dans la grippe infectieuse maligne; il y a donc une forme bulbaire importante à connaître au double point de vue clinique et thérapeutique : au point de vue clinique, puisqu'elle permet d'attribuer certains accidents pulmonaires et cardiaques à une cause nerveuse; au point de vue thérapeutique, puisqu'elle nous enseigne la manière de les traiter. A côté de la forme bronchoplégique, on doit placer la forme cardioplégique de la grippe infectieuse, et certains malades peuvent succomber, d'une façon rapide ou subite, à une sorte de paralysie du cœur.

Sans doute, nous ignorons encore la nature des lésions produites par la grippe sur le système nerveux. Tout porte à croire qu'elles sont de nature congestive dans une maladie qui mériterait certainement mieux le nom de maladie congestive ou fluxionnaire que celui de fièvre catarrhale, sous lequel elle est encore souvent désignée. Nous savons que, au point de vue clinique, ce qui caractérise surtout l'atteinte portée au système nerveux central, c'est l'asthénie. Celle-ci envahit, le plus souvent, le système nerveux tout entier, ce qui constitue une sorte de neurasthénie générale; mais elle peut aussi n'atteindre qu'une portion du système nerveux central, ou se localiser sur certains nerfs.

III

Grippe gastro-intestinale ou abdominale. — Je ne parlerai aujourd'hui ni des diarrhées dysentériformes ou cholériformes, qui sont déjà connues, ni de divers troubles digestifs, qui ont été souvent observés dans le cours des épidémies grippales. Pour le moment, je ne veux appeler l'attention que sur une forme d'embarras gastrique, auquel il convient de donner le nom d'embarras gastrique infectieux. Dans ces cas, la langue reste, pendant des semaines, couverte d'un épais enduit saburral; il y a inappétence absolue; il y a parfois des douleurs musculaires qui ressemblent au pseudo-rhumatisme infectieux; la rate et le foie sont gros; les urines, rares, peuvent contenir de l'albumine; les garde-robes sont fétides; l'adynamie cardiaque est menaçante, la prostration des forces extrême. Or, derrière cet état gastrique, il y a un état infectieux qui joue le principal rôle et que la thérapeutique doit surtout combattre énergiquement. Il faut soutenir le cœur dans ses contractions défaillantes, assurer la dépuration de l'organisme par les divers émonctoires, et combattre les accidents d'intoxication secondaire par l'antisepsie gastro-intestinale, etc.

On sait que, dans tous ces cas, comme à la suite de toutes les formes un peu sérieuses de grippes, la convalescence est souvent fort longue. Or, j'ai remarqué que l'examen des urines permet de constater la diminution considérable des phosphates et de l'acide phosphorique. Contre cette fausse anémie de la convalescence, — qui est plutôt de l'asthénie du système nerveux, — je pense qu'il y a lieu de prescrire des phosphates et même des préparations de phosphure de zinc, qui peuvent ainsi contribuer à tonifier les centres nerveux.

A propos de la forme abdominale de la grippe, je citerai le fait suivant, destiné à montrer une fois de plus l'influence aggravante de cette affection sur presque toutes les maladies chroniques. Je voyais, il y a quelques semaines, avec M. Potain, un malade qui, dans la convalescence d'une grippe en apparence peu grave, a présenté les accidents suivants : depuis quelques mois, il s'était aperçu que son ventre augmentait de volume (le malade, buveur, commençait une cirrhose du foie). Sous l'influence de la grippe, le malade est devenu promptement cachectique, un œdème assez considérable a rapidement envahi les membres inférieurs, l'ascite a triplé d'abondance, le foie a beaucoup augmenté de volume. Il est probable que ce dernier organe a constitué pour la grippe un *locus minoris resistentiæ*, et que, sous l'influence de cette maladie infectieuse, le foie a subi rapidement la transformation graisseuse. De là, l'explication probable de cette cachexie aiguë ou galopante.

DES MÉDICATIONS DE LA PHTHISIE

Par M. le docteur Delmis.

Dans le courant de l'année qui vient de s'écouler, il ne s'est guère produit de tentatives nouvelles en ce qui concerne la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. Le silence s'est fait sur les inhalations gazeuses antiseptiques et les injections intraparenchymateuses. Jusqu'à de plus heureuses découvertes, l'iodoforme, la créosote et son dérivé tout récent, le gaïacol, continuent à faire le fonds du traitement de la phthisie.

En faveur de l'iodoforme, nous avons enregistré plusieurs témoignages importants : celui du docteur Spencer, qui affirme que, parmi les antiseptiques, deux surtout lui semble préférables : l'iodoforme à l'intérieur, l'eucalyptus en inhalations (*British Medical Journal*); celui du docteur R. Singleton Smith (de Londres), qui confirme la valeur de cet agent thérapeutique au nom des résultats cliniques, sans prendre souci, dit-il, des expériences de laboratoire, favorables ou non.

On doit constater, en effet, que, au sujet de l'iodoforme, il n'y a unanimité ni parmi les cliniciens, ni parmi les microbiologistes. Il en est ainsi, il est vrai, de la plupart des médicaments, surtout au début de leur carrière.

M. le docteur Dubreuilh (de Bordeaux) a publié un long mémoire qui est défavorable à l'iodoforme. Peu de temps après, M. de Beurmann, médecin des hôpitaux de Paris, écrivait, dans le *Journal de pharmacie et de chimie*, une longue et savante réhabilitation de l'iodoforme.

Les recherches du laboratoire présentent les mêmes contradictions. Cependant, on doit citer comme favorables les expériences d'un microbiologiste de l'Institut Pasteur, d'une compétence exceptionnelle, M. Yersin. En étudiant l'action des antiseptiques sur le bacille de la tuberculose, il a trouvé que l'iodoforme en solution éthérée, à la dose de 10 millièmes, après cinq minutes de contact, tuait le germe ou bacille tuberculeux.

Dans un Congrès de médecins allemands, de Ruyter et Sänger (de Berlin) ont pareillement déclaré que l'iodoforme empêche le développement du bacille de la tuberculose sur la gélatine.

Ces résultats trouvent leur confirmation dans les heureux effets des injections iodoformées dans les autres manifestations de la tuberculose, adénites, scrofulides, abcès froids, ulcérations tuberculeuses, etc. Des injections sous-cutanées quotidiennes de deux seringues de Pravaz, coup sur coup, remplies d'une solution de vaseline iodoformée au centième, ont, dans le service de M. le professeur Fournier, amené la guérison d'une scrofulide tuberculeuse, et, en même temps, la disparition des signes d'une tuberculisation pulmonaire avancée.

Quant à la créosote, les témoignages favorables ne sont ni moins nombreux ni moins concluants.

Dans les expériences citées plus haut, M. Yersin a reconnu que

la créosote, à la dose de 3 millièmes, tuait le germe tuberculeux après deux heures de contact.

D'un autre côté, P. Guttmann (*Deutsche Med. Zeit.*) a constaté que les bacilles peuvent à peine vivre dans une solution au 1/4000e, et que, si l'on porte le titre à 1/2000e, le développement des bacilles s'arrête tout à fait. Il en résulte qu'il faudrait imprégner l'organisme avec des solutions de cette force pour supprimer la cause même de la phthisie. Les doses adoptées et les doses non toxiques ne sont pas suffisamment élevées pour remplir ces conditions. Néanmoins, P. Guttmann, qui prescrit 45 à 60 centigrammes par jour, estime que la créosote, ainsi continuée pendant plusieurs mois avec quelques interruptions, peut produire un résultat durable.

La dose quotidienne employée par M. le professeur Bouchard est de 50 à 80 centigrammes. Mais, dans certains cas à évolution rapide, il l'élève progressivement jusqu'à 3 grammes par jour. La disparition durable de tous les symptômes (guérison apparente) a été observée chez le cinquième des malades du premier et du deuxième degré. Ces proportions de succès se retrouvent dans les relevés présentés par M. Gimbert et par M. Tapret.

Le mode d'administration de ces deux médicaments, iodoforme et créosote, offre un réel intérêt. En premier lieu, on a tort d'associer ces deux médicaments; ils ne peuvent être continués pendant la même durée ni donnés à la même dose. L'usage de l'iodoforme exige des suspensions après huit jours environ, tandis que la créosote peut être tolérée presque indéfiniment. D'autre part, avec la simplicité des formules, on fatigue moins le malade, on peut mieux ménager ses organes digestifs, on n'épuise pas, en quelques jours, tous ses moyens d'action, on peut mieux varier le traitement et le soutenir. Et puis, on sait mieux ce que l'on fait. Sommes-nous bien suffisamment fixés sur les synergies et les antipathies des médicaments pour faire de la polypharmacie avec assurance?

Dans le mode d'administration, il y a surtout deux points qui méritent l'attention du praticien :

1° Respecter, autant que possible, les organes digestifs. On y arrive et l'on fait tolérer les hautes doses, en faisant prendre le médicament en même temps que des aliments solides ou liquides et en fractionnant la dose quotidienne en plusieurs prises.

2° La pureté du produit : prescrire des préparations portant des marques recommandables nous paraît un des moyens les plus pratiques de remplir cette condition. Ceux qui ont pénétré dans les arcanes de la droguerie savent seuls combien il est rare de rencontrer des produits de qualité supérieure ou seulement satisfaisante. Seules, les maisons qui fabriquent, ou du moins analysent et rectifient leurs matières premières, peuvent garantir la pureté de leurs produits. Les préparations du docteur Clertan, connues sous le nom générique de perles d'iodoforme, de créosote, etc., ont été employées dans les hôpitaux de Paris et ont donné aux chefs de service toute satisfaction. Les premières contiennent 5 centigrammes d'iodoforme, en solution éthérée, et peuvent être prescrites au nombre de 2 à 4 par jour; les secondes renferment 5 centigrammes de créosote pure dans de l'huile de faîne, qui est l'huile retirée des semences du hêtre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 février 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre du président de la Commission de la Chambre des députés chargée d'étudier le travail des femmes et des enfants, et demandant l'avis de l'Académie sur le travail de nuit;

2° Ampliation d'un décret autorisant l'Académie à accepter le legs Nativelle;

3° Une lettre de M. Corlieu se portant candidat à la place déclarée vacante dans la classe des associés libres;

4° Un pli cacheté de M. Barthe de Sandfort;

5° Un mémoire de M. Fiessinger (d'Oyonnax);

6° Une note de M. Macario (de Nice).

LECTURES

Grippe. — M. **Jaccoud** présente le relevé des cas de grippe observés dans son service pendant les mois de décembre et de janvier derniers.

Nombre total, 42 : 34 hommes et 8 femmes.

Grippe simple sans manifestation catarrhale, 13 cas : 9 hommes, 4 femmes ; — avec symptômes gastro-intestinaux, 2 hommes ; — avec congestion pulmonaire, 6 cas : 5 hommes et 1 femme ; — avec bronchite capillaire, 1 homme ; — avec pneumonie et broncho-pneumonie, 12 cas : 9 hommes et 3 femmes ; — avec pleurésie sèche bilatérale, 1 homme.

Les décès ont été au nombre de 3 : 2 femmes et 1 homme. Les deux femmes ont succombé à la pneumonie avec hépatisation fibrineuse lobaire chez l'une, pseudo-lobaire chez l'autre. L'homme a succombé à une bronchite capillaire sans noyaux d'hépatisation.

Les recherches bactériologiques ont été faites par M. Ménétrier. Dans les douze cas de pneumonie et de broncho-pneumonie, et dans le cas de bronchite capillaire, les crachats renfermaient en abondance le pneumocoque; c'est également le pneumocoque qui a été trouvé dans les pièces des trois autopsies. Il n'existait pas seul : chez les deux femmes, il était associé au streptocoque et, chez l'une d'elles, au staphylocoque blanc. Les lésions étant celles de la pneumonie suppurée, cette association ne peut surprendre. Quant à l'autopsie de la bronchite capillaire, elle a montré l'association du pneumocoque de Frænkel et du pneumobacille de Friedlander.

Chez un des malades qui ont guéri, la pneumonie a coïncidé avec une otite purulente également à pneumocoque.

Dans les six cas de grippe avec congestion pulmonaire, les pneumocoques ont fait défaut dans les produits de l'expectoration; ils ont également manqué dans les sept cas de grippe avec bronchite.

En résumé, ces recherches ont démontré la présence du pneumocoque dans les treize cas de pneumonie, de broncho-pneumonie et de bronchite capillaire. Ces résultats bactériologiques sont semblables à ceux publiés par M. Ménétrier en 1886 et obtenus dans le même service. Dans les cas de 1886, les premiers en date sur cette question, on avait toujours trouvé le pneumocoque dans les pneumonies grippales.

Ces faits fournissent deux enseignements qui méritent d'être signalés : en réunissant les cas actuels à ceux publiés par M. Ménétrier, on trouve vingt-trois cas de pneumonie ou broncho-pneumonie fibrineuse, consécutifs à la grippe. Or, tous ces cas ont en commun l'identité anatomique et l'identité microbienne. Ainsi est justifiée, pour la pneumonie fibrineuse primitive, la doctrine de l'unité soutenue depuis 1884 par M. Jaccoud.

En second lieu, l'absence de pneumocoque chez les malades affectés de congestion pulmonaire confirme, pour la fluxion secondaire, les conclusions de M. Jaccoud, en 1887, relatives à la fluxion primitive; et, dans l'une comme dans l'autre circonstance, il a présenté cette absence de pneumocoques comme un signe différentiel précoce entre la fluxion de poitrine et la pneumonie.

M. **Lancereaux**, au nom de M. Créquy, rapporte qu'au cours de l'épidémie actuelle, on a observé que les employés de la Compagnie de l'Est ont été plus ou moins frappés, suivant qu'ils étaient en plein air ou enfermés dans des bureaux.

Les premiers — employés de la voie — ont été beaucoup moins atteints; les seconds — ceux de l'exploitation — toujours enfermés dans des bureaux mal aérés et surchauffés, avaient été les plus frappés.

Broncho-pneumonie érysipélateuse. — M. **Mosny** présente l'observation annoncée dans la dernière séance par M. Brouardel. (Voir plus haut, p. 173.)

Résection d'une apophyse transverse cervicale. — **M. PÉRIER** lit une observation de résection d'une apophyse comprimant le plexus brachial. (Voir plus haut, p. 174.)

Fractures de la rotule. — **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** communique ses recherches sur le traitement de la fracture de la rotule par l'ouverture large du genou et la suture métallique. (Voir plus haut, p. 174.)

DISCUSSION

Antiseptiques en obstétrique. — **M. LABORDE** rappelle qu'en 1868, M. Salomon et lui ont fait des expériences pour diminuer les dangers du sublimé. Le sulfate de cadmium, à cause de son action vomitive puissante, semblait tout indiqué, mais son prix élevé lui a fait substituer avec avantage le sulfate de cuivre. Ce mélange a une coloration bleue; son goût est répugnant. Aussi, M. Laborde conseille, sur l'avis du pharmacien en chef de l'hôpital Tenon, M. Meillère, l'emploi de la solution suivante :

Bichlorure de mercure.		75 centigr.
Sulfate de cuivre	ãã	1 gramme.
Chlorure de sodium.		
Acide tartrique		50 centigr.
Bleu soluble	1/2 à	1 centigr.
Eau distillée.	ãã	10 grammes.
Glycérine.		

à verser dans un litre d'eau au moment de s'en servir.

Cette solution est préférable à des paquets, dont le contenu pulvérulent peut facilement se répandre. Elle devrait être placée dans des fioles avec la mention *poison* et non *toxique* : cette dernière épithète moins compréhensible pour les gens peu éclairés.

M. GUÉNIOT trouve l'emploi du sublimé trop dangereux et lui préfère l'emploi du thymol ou de l'acide phénique. Celui-ci a un pouvoir antiseptique parfaitement suffisant. Le thymol est seul employé à la clinique obstétricale de Vienne; sur 1004 accouchements il n'a donné lieu à aucun accident.

Ces deux agents, acide phénique et thymol, ne sont pas dangereux. Il faut donc permettre aux sages-femmes l'emploi des antiseptiques, les bien guider dans leur choix, mais ne pas leur imposer celui, de tous les antiseptiques, qui est le plus toxique et la plus difficile à manier.

M. CHARPENTIER vient réclamer pour les sages-femmes la libre pratique de l'antisepsie avec toutes les responsabilités qui en découlent.

Il résume sa pensée dans les conclusions suivantes :

« Les sages-femmes doivent, vis-à-vis de leurs malades et vis-à-vis d'elles-mêmes, s'astreindre aux règles les plus strictes de l'asepsie et de l'antisepsie.

Le choix de l'antiseptique est laissé à leur libre disposition. L'Académie, pourtant, leur recommande de préférence le sublimé sous forme de paquets, lorsqu'ils leur seront délivrés par les pharmaciens.

Elles seront responsables des accidents qui pourront survenir dans leur clientèle, que ces accidents tiennent à leur incurie ou à une faute commise dans le maniement des antiseptiques.

Elles seront, dans ce cas, passibles d'une punition : suppression d'exercice, amendes, etc. »

M. TRÉLAT considère l'acide phénique et le thymol comme très difficiles à manier. La formule de la Commission lui paraît la plus simple et la plus pratique.

M. BUDIN fait remarquer que la Commission n'a pas accepté la formule de M. Laborde, parce qu'elle l'a trouvée trop complexe. Aux observations de M. Guéniot, M. Budin répond qu'en cas d'accident, la sage-femme doit appeler le médecin. Le sublimé en injections vaginales n'a jamais donné lieu à des accidents et M. Guéniot n'a pas changé, à la Maternité, cette pratique de M. Tarnier. Enfin, quant à la coloration de la solution, la sulfo-fuchsine, à la dose de 1 milligramme par litre, donne une teinte rosée, qu'on ne saurait confondre avec une boisson, et qui, de plus, ne tache ni le linge ni les mains.

M. GUÉNIOT n'a pas renoncé à la pratique de M. Tarnier, parce que le sublimé, dans un établissement modèle comme la Maternité, n'offre pas les inconvénients qu'il présente à la campagne.

M. MARTIN ne peut se rendre compte des raisons qui ont déterminé la Commission à rejeter les colorants bleus.

M. BROUARDEL craint qu'on ne se perde dans ces détails. Il prie l'Académie de réserver, s'il le faut, la question des colorants, mais de se prononcer sur la question des antiseptiques.

Les conclusions de la Commission (voir plus haut, p. 149), mises aux voix, avec le mot *poison* substitué au mot *toxique*, sont adoptées.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

ET DES BEAUX-ARTS

Circulaire relative aux examens de doctorat dans les Écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie.

Monsieur le Recteur, aux termes des décrets du 1er août 1883, relatifs aux Écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, les étudiants, ajournés dans ces Écoles aux examens de doctorat, peuvent se représenter aux mêmes examens, devant une Faculté, à l'expiration du délai d'ajournement.

On s'est demandé si l'étudiant ajourné devait nécessairement subir de nouveau l'examen devant la Faculté qui a fourni le jury siégeant dans l'École de plein exercice ou dans l'École préparatoire.

L'affirmative n'est pas douteuse. En effet, les décrets de 1883 donnent, aux étudiants des Écoles de plein exercice et préparatoires, le droit d'opter entre deux systèmes : le premier consiste à subir l'examen à l'École, devant un jury de Faculté; le second, à se rendre dans une Faculté pour y subir l'examen suivant la règle commune précédemment établie.

Or, l'étudiant qui a opté pour ce dernier mode, et qui a été ajourné, ne peut renouveler son examen que devant la même Faculté, sauf décision contraire du Conseil de cette Faculté. (Décrets des 30 juillet 1883 et 28 décembre 1885.)

D'autre part, l'étudiant qui a préféré subir son examen à l'École, devant un jury de Faculté, n'a pas, moins que l'autre, choisi la Faculté devant laquelle il désirait subir l'épreuve, et il est évident que, par ce fait même, il tombe sous l'application de la règle commune, et qu'il ne peut réparer son échec que devant la Faculté qui l'a ajourné.

Maintenant, on se demande qui, de la Faculté ou de l'École dans laquelle l'étudiant a pris ses inscriptions, a le droit d'accorder ou de refuser le changement de Faculté?

Je n'hésite pas à décider que c'est le Conseil de la Faculté et non celui de l'École.

C'est la Faculté, en effet, qui a fait subir l'examen; elle seule est en cause, et seule elle est juge de la question de savoir si elle entend astreindre l'étudiant à renouveler son examen devant elle. Pour être complètement renseignée sur la scolarité et la situation de famille de l'étudiant, elle demandera à l'École communication du dossier de cet étudiant.

Je vous prie de faire connaître ces instructions à MM. les doyens et directeurs des Faculté et Écoles de votre ressort académique et d'en assurer l'exécution.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

A. FALLIÈRES.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 10 février 1890, des concours s'ouvriront devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille :

Le 10 novembre 1890, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens;

Le 20 novembre 1890, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à la même École.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le personnel des travaux pratiques d'anatomie pathologique est composé ainsi qu'il suit : M. Brault, chef des travaux ; M. Widal, préparateur; MM. Legry, Parmentier, Grinou et Nicole, moniteurs.

Le personnel du laboratoire d'anatomie pathologique est composé ainsi qu'il suit : M. Chantemesse, chef du laboratoire; M. Toupet, préparateur.

Un congé est accordé à M. Roussy, chef du laboratoire de thérapeutique.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Loche est nommé aide-préparateur d'histologie.

M. Mouraux est nommé aide-préparateur de pharmacie, en remplacement de M. Lambour, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Knoepfler est maintenu dans les fonctions de chef de clinique ophthalmologique.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Guillemin est maintenu dans les fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie et chargé d'un cours de physique.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le professeur Chaplain est maintenu dans les fonctions de directeur.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. le professeur Brossard, admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, est nommé professeur honoraire.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

33

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

67

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

S[t] dép. dét. à Paris, Ph[ie] LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

42

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

L'ERGOTINE BONJEAN, soit en solution pour injections hypodermiques, soit en potion, est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs **hémostatiques.**

Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour **faciliter travail de l'accouchement**, arrêter les **hémorrhagies** de toute nature (**crachements, pertes de sang**, etc.), contre les **dysenteries** et **diarrhées chroniques**, et enfin pour combattre la **phthisie pulmonaire** et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE et C[ie], 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

34

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

82

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

CATARRHES AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du D[r] FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

56

VIN DE MILLET CHALYBÉ BALSAMIQUE

Efficacité certaine contre : *Anémie, Affections chroniques, Fièvres, Maladies des pays chauds, Scrofule, Lymphatisme.* — Ech. f[o] à MM. les Méd[s]. 3 f. le fl[on]. Ph[ie] MILLET, 41, r. d[s] Francs-Bourgeois.

33

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

12

ANÉMIE, CHLOROSE, PALES COULEURS

ELIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ELIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Le plus agréable et le meilleur tonique pour les jeunes filles et les femmes qui nourrissent.

PRIX DU FLACON : 5 FRANCS

Toutes Pharmacies. GROS : DUFILHO, à S[t]-Cloud.

16

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur B[on] Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

51

DÉBILITÉ, ANÉMIE

MALADIES DE L'ENFANCE

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, agréable au goût, possède les mêmes propriétés que l'**Huile de foie de Morue.**

LE PERDRIEL ET C[ie], PARIS, et Ph[ies].

69

PEPTO-SANTAL VICARIO

le meilleur spécifique

contre la **BLENNORRHAGIE**

ET LES MALADIES DES

VOIES URINAIRES

Ph[ie] VICARIO, 13, boulevard Haussmann, Paris.

33

VARICES, HÉMORRHOÏDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

Elle a pour *adjuvant indispensable* d[s] le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais à l'Hamamelis** et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis.**

DÉPÔT : Ph[ie] LOGEAIS, av. Marceau, et t[tes] ph[ies].

56

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE D[r] COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

19

PHTHISIE, TUBERCULOSES

BRONCHITES, CATARRHES

LES CAPSULES COGNET

à l'Eucalyptol *ABSOLU* **iodoformo-créosoté**

constituent dans l'état actuel de la science

L'ANTIBACILLAIRE PAR EXCELLENCE

Paris, 4, rue de Charonne, et toutes ph[ies].

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph[ies].

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dép[t] Ph[ie] C[ie] F[g] Montmartre, Paris.

53

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. **Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.**

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure. pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esp. it (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

79

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

63

GOUTTE

LIQUEUR DU D[r] LAVILLE

Spécifique éprouvé de la **goutte.**

ACTION PROMPTE ET INFAILLIBLE

A TOUTES LES PÉRIODES DE L'ACCÈS.

1 à 3 cuillerées à café par 24 heures.

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM D'AUVERGNE

Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

RHUMES. BRONCHITES. GRIPPE

DÉPÔT : Paris, F. COMAR et C[ie], 28, r. S[t]-Claude.

91

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* e *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.
2 fr. 50

EN BAINS: un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*
1 fr.

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

40

LE PAPIER FRUNEAU est le seul papier anti-asthmatique

récompensé à l'Exposition universelle de 1889.

40 ans de succès. Toutes ph[ies]. E. FRUNEAU, Nantes.

N° 20. — SAMEDI 15 FÉVRIER 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 15 FÉVRIER 1890. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Diagnostic du cancer de l'estomac.

Par M. le docteur Gaston Lyon,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Il y a peu d'années, le diagnostic du cancer de l'estomac paraissait facile dans la grande majorité des cas ; cancer et ulcère rond semblaient être, de toutes les affections organiques de l'estomac, celles qui se traduisent par les signes les plus nets, et la symptomatologie schématique, reproduite dans tous les traités classiques, suffisait aux nécessités de la clinique courante.

En réalité, il n'est peut-être pas d'affection dont le diagnostic soit moins assuré que celui de la maladie qui nous occupe ; on ne compte plus les cas de prétendus cancers avec troubles fonctionnels, avec cachexie, avec tumeur, qui, sur la table d'autopsie, ont démenti le diagnostic porté ; nombreux encore sont les cas du même genre, où la guérison absolue du malade a trompé les prévisions du médecin et porté atteinte à sa réputation !

A la suite de nombreuses observations publiées à l'étranger et en France, on comprit qu'il était nécessaire de reprendre l'histoire clinique du cancer de l'estomac et l'on soumit les symptômes à une critique minutieuse ; on ne tarda pas à se convaincre qu'aucun d'eux, considéré isolément, n'avait une valeur absolue ; leur groupement offre de grandes chances de probabilité, mais de probabilité seulement. On ne se borna pas à contrôler la valeur des symptômes admis jusqu'alors, on se mit en quête de nouveaux éléments de diagnostic, et les résultats obtenus, pour n'être pas tous d'égale importance, méritent de fixer l'attention des cliniciens. Nous nous proposons, dans cette revue, d'exposer les éléments de diagnostic du cancer, en insistant sur les difficultés qu'il présente, et en mettant à contribution les travaux récents sur l'analyse chimique du suc gastrique, sur l'examen de l'urine, du sang, et sur l'état des ganglions à distance. Nous avons cru devoir mentionner un grand nombre d'observations au cours de ce travail ; il nous a paru indispensable de n'émettre aucune assertion qui ne fût contrôlée par les faits.

II

EXAMEN CRITIQUE DES SYMPTÔMES CLASSIQUES

a. Valeur des signes commémoratifs. — Le cancer de l'estomac est assez souvent héréditaire, dans un sixième des cas, d'après Lebert. Il nous suffira de rappeler, comme exemple célèbre, celui de Napoléon Ier, dont le père et une des sœurs étaient atteints de cette affection et qui succomba lui-même à un cancer de l'estomac ; cette notion de l'*hérédité* pourra donc être d'un utile appoint pour le diagnostic, lorsqu'on se trouvera en présence d'un malade atteint d'une affection grave de l'estomac ; toutefois, il faudra se garder de se laisser influencer par elle, en l'absence de tout signe probant en faveur du cancer ; un dyspeptique peut être issu de parents cancéreux, sans pour cela être voué fatalement au cancer.

Quant aux *antécédents personnels*, ils ont une certaine importance ; on sait que le cancer s'installe volontiers chez les dyspeptiques de vieille date ; mais, d'autre part, la connaissance des antécédents peut induire en erreur ; on croit à une gastrite aggravée, et l'on ne songe pas que l'aggravation est le fait du cancer.

L'*âge* du malade n'est d'aucun secours pour le diagnostic ; on disait autrefois que le cancer de l'estomac est l'apanage de l'âge avancé et que toute affection de l'estomac, ayant débuté avant quarante ans, ne peut être un cancer ; en réalité, il faut revenir sur cette opinion beaucoup trop absolue ; le cancer précoce n'est pas une rareté pathologique, il est assez fréquent pour que l'on doive y songer chez tout individu présentant des troubles gastriques graves, quel que soit son âge.

M. Marc Mathieu (1) a réuni un certain nombre de cas de cancers précoces, et, depuis, d'autres ont été publiés ; la proportion des cas de cancers survenus avant trente ans serait d'environ 1 p. 100 ; il est probable que cette proportion est trop faible et se trouve, en fait, dépassée.

b. Valeur des signes fonctionnels. — 1. *Douleur*. — La douleur est incontestablement un des phénomènes les plus constants ; on la rencontrerait 92 fois sur 100 cas, d'après Brinton ; mais elle présente tant de variétés dans son inten-

(1) M. Mathieu. *Le cancer précoce de l'estomac*, Thèse de Lyon, 1884.

sité et ses autres caractères, que sa valeur diagnostique se trouve amoindrie.

La douleur peut être localisée ou non, continue ou intermittente, elle peut être bornée à une simple sensation de pesanteur épigastrique ou bien revêtir un caractère d'acuité extrême, s'exaspérer par l'ingestion des aliments, s'accompagner de vomissements et, par suite, simuler la douleur de l'ulcère, d'autant mieux que l'on peut quelquefois constater une douleur en broche, c'est-à-dire avec points épigastrique et spinal se correspondant.

Par contre, la douleur peut manquer complètement; chez un jeune garçon de dix-sept ans, elle n'apparut que la veille de la mort (Marc Mathieu).

Comme, d'une part, la douleur peut ne pas exister, et que, d'autre part, elle ne se présente pas dans le cancer avec des caractères qui lui soient propres, on conçoit qu'il est impossible d'en faire un élément sérieux de diagnostic, et M. Dujardin-Beaumetz a pu dire qu'il n'existait pas de plus mauvais signe de l'affection cancéreuse.

2. *Anorexie.* — Avant de passer en revue les différents troubles digestifs, il convient de constater que ces troubles, considérés en général, sont des plus variables comme intensité, et que l'on peut observer, à cet égard, toutes les variétés, depuis le cancer avec l'anorexie absolue, dégoût invincible pour les aliments et vomissements incessants, jusqu'au cancer latent où les troubles digestifs sont si peu accusés qu'ils n'attirent pas l'attention. C'est, qu'en effet, ces troubles ne dépendent pas essentiellement de la néoplasie cancéreuse, ils sont avant tout subordonnés à l'état de la muqueuse gastrique; le cancer est-il limité, et le reste de la muqueuse indemne de toute lésion atrophique, l'appétit pourra être conservé et la digestion rester bonne pendant un assez long temps; par contre, si le cancer s'installe, comme c'est fréquemment le cas, chez un dyspeptique ancien, dont la muqueuse est déjà en voie de dégénérescence, les phénomènes gastriques revêtiront, dès le début, un caractère grave.

Si nous considérons maintenant l'anorexie qui, de tous les troubles gastriques, est le premier en date, nous constatons son existence dans le plus grand nombre des cas; l'anorexie est un symptôme commun à bon nombre d'affections de l'estomac, mais il est certain que, dans le cancer, elle se présente avec des caractères spéciaux : elle est persistante et élective, le malade n'a pas seulement de l'inappétence, il a un véritable dégoût pour certains aliments, en particulier pour la viande, et cette répugnance pour l'alimentation carnée a souvent mis sur la voie du diagnostic. Il est vrai qu'elle peut également se rencontrer chez les tuberculeux, les saturnins, les alcooliques, les brightiques.

On peut, en somme, accorder une réelle valeur à ce symptôme, mais peut-être M. Landouzy s'est-il montré trop absolu, lorsqu'il disait, dans une de ses cliniques, que l'idée de cancer gastrique est inconciliable avec la conservation de l'appétit. Un petit nombre de malades conservent l'intégrité de leur appétit jusqu'aux derniers jours qui précèdent la mort. M. Arnozan (1) a relaté un cas, vérifié à l'autopsie, où l'appétit était conservé malgré la tumeur et la cachexie; de plus, il n'y avait jamais eu de vomissements; un malade de M. Dujardin-Beaumetz fit, pendant trois mois, passer par son estomac les aliments les plus indigestes (en particulier des salades aux œufs durs), sans éprouver un seul vomissement. Dans quatre observations de M. Marc Mathieu, l'appétit s'est également maintenu jusqu'à la période ultime; dans l'une, il s'agit d'un soldat que l'on croyait atteint de ver solitaire et qui fut poursuivi, jusqu'à sa mort, par une faim canine. Dans les cas de ce genre, il s'agit de cancers limités, avec une muqueuse dans un état d'intégrité à peu près complète.

(1) Arnozan. *Bulletin de la Société anatomique*, 1879, p. 461.

3. *Renvois, hoquet.* — Les renvois fétides, d' « œufs pourris », éveillent souvent l'attention du médecin, mais ils ne sont pas particuliers au cancer, on peut les observer dans la dilatation de l'estomac. Le hoquet a été signalé plusieurs fois.

4. *Vomissements.* — Les vomissements sont alimentaires ou non, rapides ou tardifs.

Les vomissements non alimentaires sont caractérisés par une sorte de pituite qui survient indifféremment le matin ou dans le courant de la journée; il faudra éviter de confondre ces vomissements aqueux avec ceux des alcooliques, qui se distinguent d'ailleurs en ce qu'ils nécessitent des efforts pénibles d'expulsion, tandis que les « eaux du cancer » sont rejetées, sans effort, par une sorte de régurgitation.

Les vomissements alimentaires n'ont rien de spécial; comme les précédents, ils se manifestent surtout au début de la maladie, ils ne sont caractéristiques que s'ils surviennent régulièrement, soit immédiatement, soit plusieurs heures après les repas; dans les deux cas, ils indiquent un cancer des orifices.

Dans le cas de cancer du pylore, les vomissements présentent, en outre, cette particularité, qu'ils sont abondants et rares : abondants, parce que les aliments s'accumulent en grande quantité dans l'estomac dilaté; rares, parce que celui-ci ne réagit contre sa surcharge qu'à des intervalles éloignés; dans ce cas, les matières vomies présentent des débris plus ou moins modifiés, appartenant à des repas faits quelques jours auparavant, ils contiennent quelques grumeaux sanguins, des sarcines, des torulacées, quelquefois des lambeaux cancéreux, reconnaissables au microscope; de plus, ils exhalent une odeur fétide, mais il ne faut pas perdre de vue que ces vomissements ne sont pas l'apanage exclusif du cancer; ils sont uniquement la conséquence de la dilatation qui accompagne le cancer du pylore, et l'on peut les constater dans la dilatation non symptomatique d'un cancer; ils n'ont donc pas de valeur diagnostique absolue.

Assez souvent, ces vomissements cessent brusquement; à la suite de leur cessation, une amélioration passagère survient dans l'état du malade, qui se leurre d'un espoir, qu'il fait quelquefois partager à son médecin; en réalité, les vomissements cessent, parce que le pylore est devenu perméable par le fait des progrès de l'ulcération, l'incontinence du pylore (Ebstein) s'est produite, mais le mal ne tarde pas à reprendre ses droits.

Les vomissements peuvent manquer. Dans un cas de M. Jacquet (1), la malade, atteinte d'anasarque, n'eut jamais de vomissements; à l'autopsie, on trouva une infiltration des deux tiers de la muqueuse.

Les vomissements sanguins ont longtemps été considérés comme caractéristiques; on opposait le vomissement noir,

(1) Jacquet. *Bulletin de la Société anatomique*, 1886, p. 355.

peu abondant, comparable au marc de café ou à la suie délayée, au vomissement de sang rouge, abondant, de l'ulcère. Valleix et Lorain regardaient l'hématémèse, ainsi caractérisée, comme le signe le plus remarquable et le plus constant, et Grisolle en faisait un signe « à peu près certain ». A ce sujet, il faut formuler des réserves :

A. Le vomissement noir peut manquer ;

B. Il peut se rencontrer dans d'autres affections de l'estomac.

Il peut se produire dans tous les cas où la muqueuse est congestionnée et ulcérée, et les ulcérations se produisent surtout par le séjour prolongé d'aliments ayant subi la fermentation ; aussi peut-on le rencontrer dans la dilatation de l'estomac, dans la gastrite chronique ancienne, et dans cette forme particulière que Brinton a appelée linitis plastique et que MM. Hanot et Gombault ont désignée du nom de sclérose sous-muqueuse hypertrophique. D'autre part, les vomissements noirs ont été observés dans l'ulcère (1).

C. Enfin les vomissements noirs ont été rencontrés dans des affections étrangères à l'estomac. On les a signalés dans un cas de cancer du foie, sans participation de l'estomac (2).

Ils peuvent être dus à une simple congestion veineuse sans rupture vasculaire ; dans un cas rapporté par MM. Josias et Derignac (3), les ganglions dégénérés, répondant au pli gastro-hépatique et à la veine porte, enlaçaient tous les vaisseaux et déterminaient la stase veineuse, origine de l'hémorrhagie.

Si le vomissement noir n'appartient pas exclusivement au cancer, le vomissement de sang rouge n'est pas non plus particulier à l'ulcère, puisqu'il peut survenir dans le cancer, lorsqu'un gros vaisseau est intéressé ; d'ailleurs, on peut l'observer en dehors de ces deux maladies et M. Gallard (4) a rapporté trois observations d'anévrysmes miliaires des artères de l'estomac, ayant déterminé des hémorrhagies mortelles.

En résumé, on peut conclure, avec M. A. Deschamps (5), qu'il faut séparer le mot hématémèse de l'idée du cancer de l'estomac, à laquelle il était resté trop longtemps attaché.

5. *Troubles intestinaux.* — Les troubles intestinaux n'ont rien de caractéristique. Les cancéreux sont souvent constipés pour différentes raisons, parmi lesquelles, la réduction de la quantité des aliments et surtout le régime lacté.

Outre la constipation, on peut observer du ballonnement du ventre ; les malades ont parfois des coliques, des hémorrhoïdes, tous phénomènes qui, s'ajoutant à la cachexie progressive, à la teinte jaune paille, peuvent induire le médecin en erreur, et lui faire croire à l'existence d'un cancer du rectum.

La diarrhée peut également se montrer dans le cours du cancer ; elle survient par crises, sous forme de débâcle, ou bien existe d'une façon continue, surtout à la période ultime. D'après M. Tripier (6), ce symptôme pourrait amener à confondre le cancer de l'estomac avec la tuberculose pulmonaire, l'anémie pernicieuse et la néphrite interstitielle.

(1) Talamon. *Bulletin de la Société anatomique*, 1879, p. 639; — Laveran. *Archives de physiologie*, 1876, p. 445; — Trousseau. *Cliniques.*

(2) Dubar. *Bulletin de la Société anatomique*, 1879, p. 405. — Mossé. *Idem.*, 1877.

(3) Josias et Derignac. *Idem*, 1883, p. 145.

(4) Gallard. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 22 févr. 1884.

(5) Deschamps. *Diagnostic du cancer de l'estomac*, Thèse de Paris, 1884.

(6) Tripier. *Lyon médical*, 1881.

Trousseau et Brinton avaient dit que la constipation était ordinairement le premier phénomène observé, que la diarrhée lui était habituellement postérieure et qu'elle était une des conséquences de l'ulcération ; Leube a constaté qu'il n'existe aucune règle à cet égard et que ces deux symptômes peuvent se présenter, l'un après l'autre indifféremment, dans le cours de la maladie.

On observe quelquefois une véritable *lientérie*, succédant à la constipation ; les aliments sont rendus sans avoir été modifiés par le suc gastrique ; cette lientérie est symptomatique de l'incontinence du pylore, par suite d'ulcération de la tumeur.

c. Valeur des signes physiques. — 1. *Dilatation.* — La dilatation accompagne fréquemment le cancer ; on sait qu'elle appartient exclusivement au cancer du pylore. Considérée isolément, la dilatation n'a aucune valeur diagnostique, et peut contribuer à induire en erreur ; en effet, bien d'autres causes que le cancer sont susceptibles de produire la dilatation ; en dehors des cas où la dilatation paraît idiopathique et constituer à elle seule toute la maladie, il en est un grand nombre d'autres où la dilatation est subordonnée à la gastrite chronique, ou même à un ulcère de l'estomac. D'ailleurs, quelle qu'en soit la cause, la dilatation peut entraîner à sa suite, par les auto-intoxications qu'elle détermine, un état général grave, qui se traduit par un ensemble d'accidents analogues à ceux que l'on observe dans le cancer.

La phlegmatia alba dolens que l'on se plaisait à regarder comme l'un des meilleurs signes de présomption en faveur du cancer, et qui avait permis à Trousseau de faire le diagnostic de la maladie qui l'emporta, peut apparaître au cours de la dilatation, ainsi que l'a montré M. Bouchard.

2. *Tumeur.* — La constatation d'une *tumeur* est l'un des meilleurs signes du cancer. On sent, en général, une tuméfaction saillante dans l'épigastre, avec une masse principale, à droite de la ligne médiane ; mais il n'est pas rare de la rencontrer dans la région ombilicale et même plus bas ; rarement on la constate dans l'hypochondre gauche. La mobilité de la tumeur, qui, souvent, change de place suivant que l'estomac est à l'état de vacuité ou de plénitude, rend souvent l'examen difficile ; d'une façon générale, une tumeur appartenant à l'estomac ne suit pas les mouvements respiratoires, comme les tumeurs du foie et de la rate ; toutefois, cette immobilité, pendant les mouvements respiratoires, ne constitue pas un critérium absolu ; pour peu que l'estomac adhère au foie, ce qui arrive souvent, il participe aux mouvements du diaphragme, ce qui complique singulièrement le diagnostic du siège de la tumeur.

Frerichs a proposé d'explorer l'estomac, après l'avoir distendu au préalable par l'acide carbonique ; il faisait prendre aux malades deux cuillerées à café d'acide tartrique dans un peu d'eau, puis la même quantité de bicarbonate de soude et procédait à l'examen au bout de quelques minutes ; on peut se dispenser de recourir à cet expédient, qui est pour le moins inutile.

La tumeur est souvent inégale, sensible à la pression, et donne à la percussion une matité plus ou moins nette.

Il s'en faut de beaucoup que l'on puisse considérer la tumeur comme un signe d'une valeur absolue pour le diagnostic. En effet, d'une part, elle peut ne pas exister ; d'autre part, elle peut ne pas être perçue, quoique existant ;

enfin, on peut, par suite de diverses circonstances, se méprendre sur la nature de la tumeur que l'on constate.

A. La tumeur peut ne pas exister.

Si l'on prend le terme tumeur dans son acception la plus étroite, c'est-à-dire celle de néoplasme limité, se distinguant nettement par la palpation et la percussion des tissus voisins, on peut dire que bon nombre de cancers de l'estomac ne se révèlent par aucune tumeur, ce sont les cancers infiltrés, étendus en nappe diffuse, qui, pour la plupart, échappent à nos moyens d'investigation.

D'ailleurs, la tumeur peut ne pas exister à un moment et être perceptible à d'autres; très souvent elle ne devient accessible qu'à la période ultime, alors qu'il n'est plus besoin d'elle pour établir le diagnostic.

B. La tumeur existe, mais n'est pas perçue.

D'une façon générale, plus la tumeur s'éloigne de la paroi antérieure de l'abdomen, plus elle est difficile à percevoir.

Les tumeurs de la petite courbure et celle du cardia, en raison de leur situation, restent le plus souvent ignorées.

Le cancer du pylore est certainement celui que la palpation et la percussion permettent le mieux de reconnaître; encore cette loi ne s'applique-t-elle pas à tous les cas. La tumeur pylorique peut être située sous les fausses côtes ou masquée par l'augmentation de volume du foie, atteint lui-même de cancer; enfin, le pylore peut occuper une situation anomale, en raison des adhérences qu'il contracte et, par suite, on cherche inutilement la tumeur là où elle devrait être.

De plus, la recherche de la tumeur peut être entravée par certains obstacles; on sait que la contraction des muscles droits constitue souvent un empêchement absolu à l'exploration de l'abdomen chez certains sujets; très souvent aussi, la coïncidence, avec le cancer de l'estomac, d'une ascite, souvent symptomatique d'une carcinose péritonéale concomitante, a empêché de reconnaître la tumeur.

C. La tumeur n'est pas due au cancer, ou bien appartient à des organes voisins. Leube (1) a appelé l'attention sur ces fausses tumeurs qui peuvent donner l'illusion du cancer et qui disparaissent au cours du traitement.

Lorsque la tumeur apparente siège à l'estomac, elle est le plus souvent constituée par l'épaississement des parois que l'on constate dans la *linitis plastique* de Brinton. Étudiée à nouveau dans ces dernières années par MM. Hanot et Gombault (2), qui lui ont donné le nom de gastrite avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique, elle simule très bien le cancer, ainsi que nous le verrons plus loin, tant par les symptômes fonctionnels qui la caractérisent que par l'apparence de tumeur à laquelle elle donne lieu.

D'autre part, un ulcère, avec épaississement des bords et péritonite circonscrite de voisinage, peut également en imposer pour une tumeur maligne.

Les affections des organes voisins peuvent donner lieu à de nombreuses méprises.

On a vu, chez quelques personnes, survenir brusquement des vomissements opiniâtres, des douleurs intenses et un dépérissement rapide; ces troubles graves étaient provoqués par une hernie de l'estomac, au travers d'une éraillure de la ligne blanche, hernie que l'on pourra reconnaître, en pareille circonstance, à la présence d'une petite tumeur, sonore à la percussion et facilement réductible; la réduction faite, on découvrira aisément l'orifice herniaire.

Les erreurs les plus fréquentes consistent à prendre, pour un cancer de l'estomac, la vésicule biliaire remplie de calculs, ou atteinte elle-même de cancer, ou bien encore le lobe gauche du foie cancéreux ou déformé par un kyste hydatique. L'accumulation de calculs dans la vésicule biliaire constitue une tumeur mate et inégale, qui peut donner l'illusion d'un pylore induré; mais la vésicule est située plus à droite que le pylore; d'ailleurs, on peut sentir quelquefois les calculs à la palpation, et, d'autre part, il n'y a pas de troubles fonctionnels; le cancer de la vésicule peut simuler le cancer de l'estomac, d'autant mieux qu'il détermine quelquefois la dilatation de cet organe en comprimant le pylore; c'est par le siège de la tumeur et par l'ictère concomitant que l'on fera le diagnostic. Le kyste hydatique du foie se reconnaîtra par la ponction capillaire; quant au cancer du foie, l'erreur ne pourrait être de longue durée, en raison de l'évolution rapide, de l'ictère et des lobulations marronnées; d'ailleurs, cette forme de cancer du foie est le plus souvent secondaire à un cancer de l'estomac. Il sera difficile d'éviter une erreur de diagnostic lorsqu'on aura affaire à un cancer de la tête du pancréas comprimant le pylore; on ne trouve pas toujours les signes particuliers au cancer de cet organe.

L'engorgement des ganglions lymphatiques, situés le long des courbures de l'estomac, peut en imposer pour une tumeur de la face antérieure ou des bords.

Chez une personne maigre, le cancer gastrique peut présenter des soulèvements isochrones aux battements du pouls, et l'on peut croire alors à un anévrysme du tronc cœliaque. Mais dans le cas de cancer, les soulèvements ont lieu en masse, on ne constate pas le mouvement d'expansion propre aux anévrysmes.

3. *Œdème. Ascite.* — L'œdème des membres inférieurs constitue, à la fois, un élément précieux de diagnostic et une cause d'erreur non moins importante.

D'une part, l'apparition de l'œdème a souvent déterminé le diagnostic de cancer, que l'on hésitait à porter chez un individu présentant des troubles gastriques graves, mais pas de tumeur; dans les cas de cancer précoce, en particulier, l'apparition rapide de l'œdème, chez un dyspeptique, devra faire songer immédiatement à l'existence d'un néoplasme, et ce sera une indication d'autant plus utile que les troubles gastriques chez les jeunes cancéreux sont peu décisifs.

D'autre part, l'œdème peut s'observer dans certaines gastrites chroniques avec dilatation, et n'implique pas une terminaison fatale; il peut disparaître à la suite d'un traitement approprié, c'est-à-dire du lavage de l'estomac. Enfin, l'œdème a été observé dans l'ulcère et l'on conçoit que, dans ce cas, la confusion avec le cancer ait été commise.

Quant à l'ascite, sa présence a été l'ojet de nombreuses méprises; souvent on a attribué la présence de l'ascite à un cancer du péritoine, ce qui était exact, mais on a méconnu le cancer de l'estomac qu'il accompagnait, ou bien on porte le diagnostic de péritonite chronique à forme ascitique, à moins qu'on ne la mette sur le compte d'une cirrhose du foie.

4. *Phlegmatia alba dolens.* — On sait quelle importance les cliniciens ont attachée à la phlegmatia alba dolens, et nous

(1) Leube. *Deutsch. f. Klin. Med.*, 1883.
(2) Hanot et Gombault. *Archives de physiologie*, 1882.

rappelions précédemment l'exemple de Trousseau, affirmant le diagnostic du cancer qui devait l'emporter, lorsqu'il se vit atteint d'une phlegmatia. Sans contester la réelle valeur de cette complication du cancer, nous devons rappeler qu'elle n'est pas exclusive aux seuls cancéreux et qu'on l'a observée dans les formes graves de la dilatation de l'estomac. « Il faut savoir opposer, à la thrombose du cancer, la phlébite de la dilatation », a dit M. Bouchard, qui l'a constatée 2 fois sur 100 cas.

Les thromboses artérielles sont infiniment plus rares.

5. *Purpura.* — Le purpura a été signalé plusieurs fois. Dans un cas de M. Thibierge (1), les macules étaient disposées symétriquement, de sorte qu'il était rationnel d'admettre une altération fonctionnelle de l'axe médullaire, ou des ganglions sympathiques, parallèle aux lésions hématiques et vasculaires. Le purpura, survenant au cours d'une affection gastrique grave, n'implique pas fatalement l'existence d'un cancer, puisqu'on l'a observé également dans la dilatation de l'estomac (M. Bouchard).

d. Valeur des signes généraux. — La cachexie du cancer n'a rien de caractéristique ; elle n'a de valeur que par sa coïncidence avec les signes habituels, anorexie, vomissements, hématémèse, tumeur, et, si les troubles digestifs sont peu accentués, elle peut simuler l'anémie pernicieuse progressive, ou la leucémie.

D'ailleurs, certaines gastrites chroniques déterminent une cachexie réelle, et, ici encore, il faut opposer au cancer la dilatation de l'estomac, bien que l'on ait peut-être forcé la note et assombri à l'excès le tableau de la dilatation. Mais il est une forme de gastrite, la plus grave de toutes, qui détermine une cachexie absolument analogue à celle du cancer, c'est la gastrite atrophique, sur laquelle nous reviendrons.

La cachexie n'est pas, d'ailleurs, absolument constante; elle n'existe que 98 fois sur 100, d'après Brinton ; elle est surtout accusée dans le cancer du pylore, pour des raisons aisées à comprendre.

La teinte jaune paille n'est pas non plus constante, mais son existence constitue une forte présomption en faveur du cancer; elle est souvent le seul indice d'un cancer latent; mais il n'est pas rare de n'observer qu'une pâleur mate du visage, dans le cancer précoce.

La peau est sèche, flasque, ridée ; elle est parfois le siège de démangeaisons répétées ; pour peu que l'urine contienne quelques traces d'albumine, on pourrait être tenté de les mettre sur le compte d'un mal de Bright.

On observe habituellement une diminution de poids qui s'accentue graduellement jusqu'à la mort ; toutefois, il n'y a rien d'absolu à cet égard, et l'on peut voir des malades qui, après avoir subi un amaigrissement notable, reprennent des forces et augmentent de poids. Eicchorst a vu de remarquables augmentations de poids, dès que l'estomac du malade était soumis à un lavage régulier et qu'un régime convenable était ordonné ; c'est ainsi qu'il a observé, à la clinique de Zurich, une femme de soixante-quatre ans dont le poids s'est élevé de 9 kilogrammes du 19 janvier au 22 février 1886. La malade mourut assez rapidement en présentant des phénomènes comateux. En somme, lorsque le diagnostic de cancer s'appuiera sur des données sérieuses, il faudra se garder de réformer le diagnostic, en voyant le malade reprendre des forces et augmenter de poids, ce qui n'est pas exceptionnel.

(1) Thibierge. *France médicale*, 1883, p. 517.

On peut observer de temps à autre des mouvements fébriles dans le cours du cancer; la fièvre a des allures irrégulières et ne revêt aucun type particulier. Due quelquefois à une maladie intercurrente, telle que la tuberculose pulmonaire, elle est le plus souvent étrangère à toute complication et dépend très vraisemblablement des infections secondaires qui se produisent au niveau de la tumeur ulcérée. Comme l'on n'associe pas volontiers l'idée de fièvre à celle de cancer, il faudra se garder contre cette cause d'erreur, qui pourrait contribuer à détourner du véritable diagnostic.

e. Indications tirées de la marche et de la durée. — Il importe de savoir que le cancer de l'estomac ne suit pas une marche invariable dans tous les cas; les symptômes n'acquièrent pas toujours une gravité graduellement progressive, et l'on peut assez souvent assister à des alternatives d'amélioration et d'aggravation susceptibles de dérouter le médecin, et de le faire pencher vers la gastrite chronique.

Quelquefois les rémissions doivent être mises sur le compte du traitement; le lavage de l'estomac, en supprimant une source d'auto-intoxication, détermine une amélioration souvent très rapide.

Il ne faut pas non plus faire foi sur la durée plus ou moins longue de la maladie, et surtout ne pas prendre, au pied de la lettre, les indications fournies à cet égard par les auteurs classiques ; ainsi, les statistiques de Brinton, de Lebert, de Valleix qui donnent au cancer une durée moyenne de quinze mois, une durée maxima de trente-six mois, ne sont pas toujours conformes à la réalité des faits ; tantôt la maladie évolue en trois ou quatre mois, ce qui s'observe particulièrement dans les cancers précoces, tantôt la durée moyenne est largement dépassée. On a cité dans ces dernières années des cas de cancer ayant duré cinq ans et même plus (1). On sait, d'ailleurs, que le cancer s'installe volontiers chez les dyspeptiques, dès lors, on ne peut déterminer avec précision le début de la maladie; de plus, cette dyspepsie préliminaire est souvent cause que le cancer reste ignoré jusqu'à la période ultime ; habitué à son diagnostic, le médecin ne songe pas à le modifier.

III

EXAMEN CRITIQUE DES SIGNES NOUVEAUX

On conçoit qu'en présence de l'insuffisance dûment constatée des signes classiques, on ait été tenté de chercher de nouveaux éléments de diagnostic.

L'analyse du suc gastrique fut considérée comme un progrès considérable, et l'on crut un moment avoir trouvé le critérium du diagnostic ; puis, on ne se borna pas à l'analyse chimique du suc gastrique, on fit encore celles des urines et du sang, on utilisa, en un mot, toutes les ressources que le laboratoire peut mettre au service de la clinique; enfin, on tint compte de l'état des ganglions, au même titre que le chirurgien pour les cancers externes.

a. Adénopathies a distance. — La propagation du cancer aux ganglions lymphatiques voisins est connue depuis fort

(1) Dujardin-Beaumetz. Société médicale des hôpitaux, 26 juillet 1885.

longtemps, aussi bien pour les cancers externes que pour les cancers viscéraux. Il n'en était pas de même pour la propagation aux ganglions à distance. Virchow, le premier, appela l'attention sur ce point. Henoch insista sur l'importance de ce signe : « Le diagnostic devient plus certain, dit-il, lorsqu'on peut trouver des ganglions dégénérés au-dessus de la clavicule. » Mais la question était en quelque sorte oubliée, lorsque M. Troisier fit sa communication à la Société médicale des hôpitaux (1886) ; M. Belin, dans sa thèse de doctorat, a donné un exposé complet de la question et, tout récemment, M. Troisier en a fait l'objet d'un nouveau travail (1).

M. Troisier pose en principe que l'adénopathie à distance peut apparaître dans le cours de tout cancer de l'abdomen; mais elle est surtout fréquente dans le cancer de l'estomac (14 fois sur 27 cas). Les ganglions sus-claviculaires sont toujours intéressés, mais on peut observer également l'envahissement des ganglions axillaires et des ganglions inguinaux (5 fois sur 27 observations) ; la plus grande fréquence de l'adénopathie à gauche a été signalée par tous les auteurs, sans que l'on ne puisse en donner une explication bien satisfaisante.

L'adénopathie est constituée par un ou plusieurs ganglions qui siègent dans le triangle sus-claviculaire, immédiatement au-dessus du tiers moyen de la clavicule ; on en trouve souvent entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien et sur le bord antérieur du trapèze; le plus souvent il existe une tumeur principale qui répond au creux sus-claviculaire, proprement dit.

Les ganglions intéressés, peuvent rester isolés les uns des autres, ou bien se réunir pour constituer une seule masse ; leur volume varie depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'une noisette et même davantage; les ganglions sont mobiles sur les parties profondes et n'adhèrent pas à la peau. Leur dureté est caractéristique ; souvent, en effet, ils ont la consistance de la pierre. Cette induration spéciale n'a rien qui doive étonner, puisque, le plus souvent, l'infection ganglionnaire est précédée de sclérose, et que, comme l'a dit M. le professeur Cornil, c'est aux dépens de ce tissu que se développent et se forment les alvéoles du carcinome ganglionnaire.

Un autre caractère distinctif est l'indolence de ces tumeurs; aussi sont-elles le plus souvent ignorées du malade; rarement elles donnent lieu à des phénomènes de compression. Habituellement, la généralisation ganglionnaire ne se manifeste qu'à la période ultime du cancer, mais dans quelques cas elle est précoce, et a été observée cinq ou six mois et même deux ans avant la mort; dans ces conditions, elle peut constituer un élément précieux de diagnostic; encore faut-il que la nature cancéreuse de l'adénopathie soit reconnue; en effet, quatre causes peuvent déterminer des adénopathies externes : le cancer, l'adénie avec ou sans leucémie, la tuberculose et la syphilis.

La diathèse lymphogène est, en général, aisée à reconnaître; mais dans quelques cas, le cancer de l'estomac s'accompagne de leucocytose, de sorte que la présence de ganglions hypertrophiés, coïncidant avec une augmentation du nombre des globules blancs, pourrait induire en erreur.

Les adénites syphilitiques sont d'un diagnostic facile, tout au moins celles de la période secondaire; il n'en est pas tout à fait de même en ce qui concerne les lymphadénites tertiaires. M. Belin cite, dans sa thèse, l'observation d'une malade du service de M. Hutinel, malade âgée, pâle, amaigrie, un peu cachectique, chez qui tous les ganglions accessibles étaient indurés, hypertrophiés; on pouvait croire à l'existence dans quelque viscère d'une tumeur maligne, mais dans ce cas, la constatation de cicatrices spécifiques, sur les jambes, permit d'éviter l'erreur.

Enfin, dans quelques cas, la tuberculose ganglionnaire affecte des allures anomales ; les ganglions de plusieurs territoires, éloignés les uns des autres, sont atteints à la fois ; ils peuvent rester indolents et stationnaires pendant longtemps, de sorte qu'on peut confondre ces adénites avec celles du cancer. M. Belin rapporte également deux observations où le diagnostic de cancer fut porté, en raison de l'état des ganglions, alors qu'il s'agissait de tuberculose.

En résumé, la recherche des adénites externes, axillaires, sus-claviculaires, inguinales, devra être faite avec grand soin dans les cas douteux et l'adénite doit prendre rang dans les signes du cancer de l'estomac ; toutefois, il convient de ne pas attacher une trop grande importance à ce signe nouveau ; en effet, l'adénite est relativement rare (bien qu'elle paraisse plus fréquente depuis que l'attention est éveillée sur elle) ; elle ne survient souvent qu'à une période avancée de l'évolution du cancer, alors qu'il n'est plus besoin d'elle pour établir le diagnostic ; d'autre part, elle ne constitue pas une présomption spéciale en faveur du cancer de l'estomac, puisqu'elle peut être symptomatique de tout autre cancer viscéral ; il importe de ne pas oublier que c'est un signe habituel du cancer de l'œsophage et du cancer du poumon ; il faudra donc éliminer ces deux causes d'adénopathies, avant de songer au cancer de l'estomac, se rendre compte également de l'état du foie, de l'utérus, etc. Enfin, les adénites externes pouvant relever de causes très différentes, il faudra éliminer toutes ces causes et déterminer leur nature cancéreuse, ce qui n'est pas également facile dans tous les cas.

b. ANALYSE DU SUC GASTRIQUE. — 1. *Recherche de l'acide chlorhydrique libre.* — Van den Velden (1), le premier, a recherché s'il n'y avait pas altération de la sécrétion du suc gastrique dans le cancer de l'estomac. Van den Velden n'eut affaire qu'à des malades atteints de dilatation soit simple, soit symptomatique ; il constata que l'absence d'acide chlorhydrique est fréquente dans la dilatation simple, mais qu'elle y est passagère, tandis que l'acide chlorhydrique fait défaut d'une façon constante dans la dilatation cancéreuse. La découverte de Van den Velden fut immédiatement contrôlée par différents médecins, mais notamment par Riegel (2). Ce dernier examina 16 cancéreux sur lesquels il pratiqua 306 examens ; dans aucun cas, il ne put déceler l'acide chlorhydrique libre au moyen des réactifs colorants. Riegel démontra qu'il n'est pas nécessaire que le cancer s'accompagne de dilatation, pour que l'acide chlorhydrique libre fasse défaut ; le cancer sans dilatation est également caractérisé par l'absence d'acide chlorhydrique libre ; nombre d'auteurs ont publié, depuis, des observations analogues ; on a cité des cas où l'analyse du suc gastrique est venue établir un diagnostic, jusqu'alors contesté, ou

(1) TROISIER. *Archives générales de médecine*, 1889.

(1) VAN DEN VELDEN. *Arch. f. Klin. Med.*, vol. XXIII, p. 369; vol. XXV, p. 105; vol. XXXII, p. 186.

(2) RIEGEL. *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1884, et *Zeitschr. f. Klin. Med.*, 1886.

même en défaut (Debove) ; inversement on a pu, s'appuyant sur la présence de l'acide chlorhydrique, exclure le diagnostic de cancer, dans plusieurs cas où ce diagnostic était plausible [Hubner] (1). Il semblait donc que l'on fût enfin en possession d'un moyen de diagnostic infaillible ; mais les observations contraires surgirent bientôt de divers côtés ; on annonça que l'absence d'acide chlorhydrique pouvait se constater dans des maladies de l'estomac autres que le cancer (certaines gastrites chroniques, quelques névroses stomacales), dans les maladies fébriles ; d'autre part, on produisit des cas avérés de cancer où l'acide chlorhydrique n'avait pas disparu. Ewald, qui fut l'un des premiers opposants, réunit 5 cas de cancers, avec ou sans dilatations ; dans 23 examens, 13 fois il obtint une réaction colorante très nette avec le violet de méthyle, 5 fois une réaction douteuse, et 5 fois il ne trouva aucune réaction.

D'autres auteurs, parmi lesquels Kietz, Seeman, Thiersch, Korczynski et Jaworski, Roose, etc. conclurent également à la présence de l'acide chlorhydrique libre dans bon nombre de cas de cancer gastrique.

Avait-on affaire, dans quelques cas, à ces pseudo-cancers dont le complexus symptomatique est identique à celui du cancer véritable ? Cela était possible, mais n'était pas admissible pour tous les cas. Alors comment expliquer les résultats contradictoires obtenus par des médecins également dignes de foi ? On chercha la cause de ces divergences et l'on s'en prit aux méthodes employées. Cahn et Mering firent le procès des réactifs colorants ; ils démontrèrent que le violet de méthyle est souvent infidèle et ne suffit pas toujours à caractériser l'acide chlorhydrique ; ils recoururent, dans leurs analyses, à un procédé des plus précis, mais trop compliqué pour être appliqué dans la pratique courante ; les conclusions de leurs recherches, faites avec cette méthode, furent que, dans le cancer de l'estomac, la présence de l'acide chlorhydrique est la règle, et que l'absence de cet acide est l'exception. Ordinairement on trouve l'acide, non pas à l'état de simples traces, mais dans des proportions qui se rapprochent de l'état normal ou l'atteignent.

Il est certain que l'emploi des réactifs tirés des couleurs d'aniline est sujet à caution ; en effet, ils sont sensibles, non seulement aux acides minéraux, mais encore à l'acide lactique, pour peu que celui-ci soit en proportion assez élevée ; or, le suc gastrique des cancéreux contient très fréquemment des quantités considérables d'acide lactique, provenant des fermentations anomales dont l'estomac est le siège. Il est vrai que nous possédons actuellement un réactif des plus sensibles, celui de la phloroglucine-vanilline ou réactif de Gunzburg, qui est sensible à l'acide chlorhydrique (jusqu'à 1/20 p. 1000) et ne l'est pas aux acides organiques, de sorte que cette cause d'erreur peut être évitée. Mais il en est une qui est commune à tous les réactifs colorants et qui est due à ce que ces réactifs, en présence de certaines substances, ne sont plus aptes à déceler l'acide ; ce sont principalement les matières albuminoïdes dissoutes, les peptones qui masquent la réaction ; or, dans le cancer de l'estomac, on trouve souvent de grandes quantités de peptones, vraisemblablement parce que l'absorption stomacale est défectueuse, ou tout simplement parce que les produits de la digestion stomacale ne peuvent s'écouler dans l'intestin, dans le cas de cancer du pylore. L'action exercée par les peptones sur la réaction, reconnue depuis plusieurs années, a été particulièrement étudiée depuis un an, notamment par Moritz (1). En ce qui concerne le vert brillant, très employé en France, nous avons constaté qu'il suffisait de moins de 0,5 p. 100 de peptones pour empêcher la réaction de l'acide chlorhydrique sur le réactif. Il convient donc de tenir compte de ces résultats qui restreignent, dans une certaine mesure, la confiance que l'on peut avoir dans les réactifs colorants. D'après Bordoni, la seule action de présence des peptones pourrait empêcher les réactifs colorants de déceler l'acide libre. Pour éviter l'action dissimulatrice exercée par les peptones, Bordoni (2) a eu recours à la dialyse, déjà proposée par M. le professeur C. Richet. On sait, depuis Graham et Dubrunfaut, que l'acide chlorhydrique dialyse avec une extrême facilité, tandis que les substances protéiques passent, au contraire, lentement, dans le liquide extérieur du dialyseur, bien qu'il ait été démontré, depuis Wittich, que les peptones présentent une bonne capacité à la dialyse, toujours supérieure à celle des substances albuminoïdes ; cependant, cette aptitude à la dialyse est de beaucoup inférieure à celle des acides ; on peut donc, par la dialyse, éviter l'action de présence des matières susceptibles de s'opposer aux réactions des acides ; l'acide chlorhydrique passe dans la première demi-heure, va progressivement en augmentant de quantité dans le liquide extérieur et la réaction n'atteint son maximum que vers la deuxième ou la troisième heure ; dans la quatrième heure, commence le passage des peptones qui augmente jusqu'à la dixième ou la douzième heure, tandis que la réaction de l'acide chlorhydrique diminue pour finalement disparaître. Le travail de Bordoni contient 8 observations dont 6 de cancer de l'estomac ; dans ces six cas, le suc non dialysé ne présentait aucune trace d'acide chlorhydrique, tandis que, 4 fois sur 6, on put le déceler au moyen de la dialyse ; nous avons soumis à l'analyse deux sucs gastriques de cancéreux et deux fois le résultat a été négatif ; nous n'avons pu retrouver d'acide au moyen des réactifs colorants dans le liquide extérieur. Les recherches de Bordoni ont une application générale incontestable ; dans tous les cas où l'on constatera des peptones en excès, dans un suc gastrique, il faudra recourir à la dialyse, sinon on s'exposerait à considérer, comme anachlorhydriques, des personnes chez qui l'acide chlorhydrique est simplement masqué par la surabondance des peptones ; toutefois, les recherches de Bordoni n'ont pas une très grande importance en ce qui concerne le cancer en particulier ; il est aujourd'hui bien démontré que le cancer n'entraîne pas nécessairement et directement à sa suite la disparition de l'acide chlorhydrique ; les cancers de l'estomac peuvent se diviser en trois catégories, suivant que l'acide chlorhydrique fait complètement défaut, suivant qu'il se trouve en petite quantité ou en proportion à peu près normale, ou même suivant qu'il se rencontre en excès.

Les observations de la première catégorie sont actuellement au nombre de plusieurs centaines ; d'autre part, on a publié dans ces derniers temps, un assez grand nombre d'observations de cancers avec acide chlorhydrique libre. M. Lépine (3) a constaté l'acide chlorhydrique chez un homme atteint manifestement d'un cancer de l'estomac.

(3) Hubner. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1886, n° 15.

(1) Moritz. Congrès de Munich, 1888.
(2) Bordoni. *Riforma medica*, avril 1889.
(3) Lépine. Société médicale des hôpitaux, 28 janvier 1887.

Rosenheim (1), sur 16 carcinomes, 14 fois n'a trouvé aucune trace d'acide chlorhydrique libre; cet acide existait chez deux malades et, chez l'un d'entre eux, il était même en excès. Wetzold (2) a publié récemment un cas de cancer avec sécrétion d'acide chlorhydrique en excès. Rosenheim a établi que, dans les cas où l'on constate l'hyperacidité, on peut en inférer que le cancer succède à l'ulcère. Il serait inutile de faire de plus amples citations; il ne faut pas cependant perdre de vue que l'absence d'acide chlorhydrique libre est infiniment plus fréquente que sa présence, et la règle générale, posée par Riegel, reste vraie dans la majorité des cas : l'acide chlorhydrique libre fait ordinairement défaut dans le cancer de l'estomac.

Quelle est donc la cause de la disparition habituelle de l'acide chlorhydrique dans le cancer, et comment se fait-il que, dans quelques cas, on ne puisse constater cette disparition? On a invoqué successivement un certain nombre de causes, avant de trouver la cause réelle des modifications du suc gastrique.

a. Van den Velden considérait l'absence d'acide chlorhydrique comme une conséquence de la neutralisation du suc gastrique par le suc cancéreux venu de la surface ulcérée du cancer; il n'y aurait, d'après cela, que les cancers ulcérés dans lesquels manquerait cet acide. Van den Velden avait observé que l'on peut neutraliser complètement les effets peptiques du suc gastrique, en y mélangeant une certaine quantité de suc cancéreux pris sur un cadavre. Riegel fit diverses expériences à ce sujet et arriva à cette conclusion : qu'il ne s'agit pas d'une simple neutralisation, mais d'une destruction par une réaction chimique de nature inconnue? Pour Riegel donc, la suppression permanente de l'acide chlorhydrique est un phénomène intimement lié au cancer et devient, par conséquent, un symptôme pathognomonique de la maladie.

b. Pour Korczynski et Jaworski, la disparition de l'acide chlorhydrique serait simplement due au mélange du suc gastrique avec une grande quantité de mucus. Si l'on mélange, à du suc gastrique normal, une certaine quantité de la sécrétion d'un catarrhe muqueux, le suc gastrique se trouble, sa pepsine se précipite, l'acide chlorhydrique se fixe sur le mucus, et on ne peut plus le déceler au moyen des réactifs colorants.

c. Tandis que Riegel considère la suppression permanente de l'acide chlorhydrique comme un phénomène intimement lié au cancer, Ewald voit dans la disparition de l'acide chlorhydrique un phénomène sans relation immédiate avec le néoplasme. Tantôt on doit l'attribuer à la diminution des chlorures du plasma sanguin; dans ce cas, les glandes de la muqueuse ne sécrètent plus d'acide chlorhydrique; tantôt il dépend des combinaisons anomales de l'acide chlorhydrique avec la leucine, la tyrosine.

d. L'opinion généralement admise, aujourd'hui, est que la disparition de l'acide chlorhydrique est subordonnée à la présence de lésions dégénératives de la muqueuse, à l'atrophie des glandes de l'estomac. Ewald (3) s'est rallié à cette dernière opinion : « La disparition de l'acide chlorhydrique ne dépend pas, dit Ewald, d'une influence mystique du carcinome sur la production de l'acide chlorhydrique, mais seulement d'une gastrite concomitante catarrhale ou atrophique. Si cette gastrite manque, l'acide chlorhydrique peut être sécrété en quantité considérable, comme dans les cas de Bird, de Cahn et de Van den Velden. »

Rosenheim a également invoqué la théorie de la gastrite : « La forme et la structure du cancer n'ont aucune influence sur les altérations de la sécrétion. Une tumeur ulcérée, suintante, ne provoque aucune modification caractéristique permettant de la distinguer d'un squirrhe. »

Dans le cas de Rosenheim, mentionné plus haut, où l'on avait constaté une exagération de la proportion d'acide chlorhydrique libre, on trouva que la muqueuse était relativement saine; dans les autres cas où l'acide chlorhydrique avait disparu, la muqueuse présentait, au contraire, des altérations considérables.

On a relaté, dans ces derniers temps, principalement en Allemagne, un certain nombre de cas d'atrophie de la muqueuse gastrique; cette atrophie n'accompagne pas toujours le cancer; elle se développe le plus souvent à une période avancée de certaines gastrites chroniques et entraîne la mort; il est probable que bien des cas de mort, mis autrefois sur le compte du cancer de l'estomac, auraient dû être imputés à cette atrophie de la muqueuse.

M. Albert Mathieu (1), qui a publié, sur l'atrophie de la muqueuse dans le cancer, un intéressant travail, a constaté, six fois sur huit observations, une lésion diffuse plus ou moins marquée, mais toujours évidente de la muqueuse. Ces lésions étaient à peu près aussi développées dans les diverses régions de l'estomac. Stiénon (2) a également observé l'atrophie glandulaire dans plusieurs cas de cancer.

On constate l'épaississement des travées interglandulaires; le plus souvent les cloisons sont infiltrées par des éléments épithélioïdes, analogues à ceux que l'on rencontre à la périphérie du nodule tuberculeux. L'espace occupé par les cloisons interglandulaires est notablement supérieur à l'espace occupé par les glandes; il y a donc raréfaction des éléments glandulaires. Quant à celles qui restent, elles tendent, d'après M. A. Mathieu, à prendre le type muqueux. On trouve des canaux et des culs-de-sac tapissés par des cellules cylindriques ou cubiques. Quelquefois, les culs-de-sac sont dilatés, remplis de mucus transparent ou de cellules desquamées. Quelquefois, l'aspect est celui de l'adénome ou du polyadénome. « D'autres fois les cellules glandulaires sont très modifiées, mais d'une autre façon, et ce qu'on constate, ce sont des cellules plus volumineuses que normalement et pourvues d'un noyau beaucoup plus gros. Çà et là, on trouve de petits nids de ces cellules volumineuses : il semble bien que ce soient de petits nodules épithéliomateux ou carcinomateux au début. Les deux ordres de modifications peuvent, du reste, coïncider. Il semble, dans quelques cas, que, si le temps n'avait pas manqué, il se serait développé un cancer diffus, total, de la muqueuse de l'estomac » (A. Mathieu). En résumé, nous pouvons poser les conclusions suivantes :

1° L'acide chlorhydrique libre fait habituellement défaut dans le cancer; toutefois son absence n'est pas constante; on peut même exceptionnellement observer une acidité chlorhydrique normale ou même l'hyperacidité.

2° L'absence d'acide chlorhydrique appartient à la période avancée du cancer.

---

(1) Rosenheim. Société de médecine de Berlin, 1888.
(2) Wetzold. *Charité-Annalen*, 1889, p. 237.
(3) Ewald. *Traité des maladies de la digestion*, 1889, 2e édit.

(1) A. Mathieu. *Archives générales de médecine*, avril et mai 1889.
(2) Stiénon. *Le suc gastrique et les phénomènes chimiques de la digestion*, 1888.

3° Elle paraît due aux lésions dégénératives de la muqueuse. Peut-être d'autres causes accessoires interviennent-elles, telles que la neutralisation par le mucus, la combinaison avec certaines matières albuminoïdes.

4° L'absence d'acide chlorhydrique peut se rencontrer dans d'autres affections que le cancer et, par conséquent, n'est pas absolument pathognomonique. On peut, en effet, la constater dans les états fébriles, dans certaines dilatations de l'estomac, les gastrites dégénératives, et même dans les dyspepsies nerveuses, sans substratum anatomique, etc.

5° Malgré ces restrictions, l'analyse du suc gastrique s'impose dans tous les cas où le diagnostic est douteux.

2. *Disparition de la pepsine.* — Le suc gastrique ne présente pas seulement des modifications dans son acidité chlorhydrique; il présente d'autres altérations corrélatives, qui traduisent, comme la précédente, la destruction de la muqueuse gastrique.

Le pepsine fait plus rarement défaut; on peut souvent obtenir des digestions artificielles, par addition d'acide chlorhydrique au suc gastrique; mais les digestions que l'on obtient ainsi sont généralement retardées; enfin, dans certains cas, à la période ultime, les digestions artificielles ne peuvent être menées à bonne fin, même après l'addition d'acide chlorhydrique. Nous avons récemment recueilli le suc gastrique d'un cancéreux, trois jours avant la mort, et nous avons constaté l'absence absolue de pepsine; les cubes d'albumine sont restés intacts, après addition d'acide chlorhydrique à 2 p. 1000.

3. *Ferment lab.* (*présure*). — Le ferment, qui a la propriété de précipiter la caséine du lait, est celui qui disparaît le plus rarement dans les affections de l'estomac; on n'en constate la disparition qu'à une période avancée des gastrites dégénératives (catarrhe chronique muqueux et catarrhe atrophique des Allemands) et dans le cancer; cette disparition coïncide toujours avec celle de l'acide chlorhydrique libre, mais ne lui est pas subordonnée (Klemperer); chez le malade dont nous venons de parler, nous n'avons pu obtenir la coagulation du suc gastrique neutralisé, mélangé avec du lait et porté à l'étuve à 38 degrés (2 centimètres cubes de suc gastrique plus 10 centimètres cubes de lait bouilli et additionné d'une proportion convenable de lessive de soude).

4. *Peptones.* — Malgré la diminution ou l'absence de l'acide chlorhydrique, on trouve fréquemment des peptones dans le suc gastrique et même parfois en quantité notable; la digestion est sans doute effectuée dans ces cas par les acides de fermentation (acide lactique); quant à l'abondance apparente des peptones, elle est due vraisemblablement soit à l'absence d'absorption au niveau de la muqueuse, soit à leur accumulation par suite d'obstacle pylorique.

5. *Absorption.* — On a cherché à prouver les troubles de la résorption, en faisant ingérer aux malades des capsules de gélatine, contenant quelques centigrammes d'iodure de potassium et en cherchant le moment de l'apparition de l'iode dans la salive (un papier amidonné devient bleu par le contact avec l'acide nitrique fumant), dans le cancer, la résorption de l'iodure a lieu beaucoup plus lentement qu'à l'état normal. L'apparition de l'iode a lieu au bout de 15 à 20 minutes au lieu de 6 à 10 minutes (Quetsch). Chez un malade d'Eicchorst on ne trouvait pas d'iode dans la salive au bout de quatre-vingt-neuf minutes.

6. *Fonctions motrices.* — Les fonctions motrices sont atteintes comme les fonctions chimiques, et les aliments font un séjour prolongé dans la cavité stomacale. Eicchorst a trouvé à l'autopsie de trois malades : chez l'un, des enveloppes de grains de raisin avec les pepins; chez un autre, des épices et, chez un troisième, du soufre en poudre, bien que ces corps n'aient pu être ingérés depuis deux à quatre mois; cependant, le pylore ne faisait pas obstacle au passage des aliments dans l'intestin grêle. La stagnation des aliments explique la précocité des fermentations dans le cancer et la présence d'acide lactique souvent en quantité considérable.

7. *Examen microscopique du contenu stomacal.* — Cet examen a été surtout préconisé par Leube et plus récemment par Rosenbach (1); trois fois cet examen a permis à Rosenbach d'affirmer le cancer, alors que l'on ne pouvait constater de tumeur à la palpation. On trouve dans le résidu resté sur le papier filtre des cellules cancéreuses, des fibres musculaires, des grains d'amidon, mais surtout des *sarcines*, des cellules de la levure et diverses bactéries; en somme, à part les cellules cancéreuses qui ne sont pas constantes, on trouve les mêmes éléments que dans les dilatations gastriques non cancéreuses et l'examen microscopique ne peut être considéré comme très utile au diagnostic du cancer.

(*A suivre.*)

RECHERCHES DE M. KITASATO

SUR LE BACILLE DE NICOLAÏER (2)

Par M. Paul BOSSANO (de Marseille).

Au dernier Congrès de la Société allemande de chirurgie, tenu à Berlin, au mois d'avril dernier, M. Kitasato annonça qu'il était parvenu à obtenir des cultures pures du bacille de Nicolaïer, en prenant, comme point de départ de ses expériences, le pus de la plaie d'un homme mort tétanique. Les cultures faites avec ce pus contenaient, outre le bacille de Nicolaïer, 15 autres espèces de bacilles : 3 anaérobies, 5 facultatifs et 7 aérobies. Les inoculations, faites avec les cultures de ces divers bacilles, ne provoquèrent jamais le tétanos : les cultures pures du bacille de Nicolaïer, seules, possédaient cette propriété. Pour obtenir ces cultures, M. Kitasato ensemença des tubes de sérum coagulé avec le pus de l'homme tétanique et les laissa séjourner pendant quarante-huit heures à l'étuve à 36 degrés. Après s'être assuré que ces cultures contenaient le bacille en question, il les soumit pendant trois quarts d'heure à une température de 80 degrés et les inocula ensuite à divers animaux qui moururent tétaniques. Une certaine quantité de gélatine liquide, ensemencée avec ces cultures, fut versée en partie sur des plaques et en partie dans des vases en verre à fond plat, dans lesquels on fit passer un courant d'hydrogène, après quoi on les plaça à l'étuve à 20 degrés. Au bout d'une semaine, on voyait quelques colonies dans les vases, mais aucun développement ne s'était fait sur les plaques. Ces colonies renfermaient des bâtonnets plus petits que ceux de l'œdème malin, tantôt isolés, tantôt réunis en longs filaments. Des cultures anaérobies en agar et en

---

(1) ROSENBACH. *Deutsch. Med. Wochens.*, 1882, p. 452.

(2) KITASATO. Ueber den Tetanusbacillus, in *Zeitsch. f. Hygiene*, novembre 1889. — Appendice à la Revue générale sur la « Nature infectieuse du tétanos, *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1349.

bouillon, faites avec ces colonies, se montrèrent très virulentes après quarante-huit heures de séjour à l'étuve à 36 degrés et contenaient ces mêmes bâtonnets munis d'une spore terminale brillante. Des expériences, faites avec du pus provenant d'animaux inoculés avec diverses terres, donnèrent des résultats analogues.

Le développement des bacilles tétaniques s'opère très facilement en présence de l'hydrogène : l'acide carbonique, au contraire, l'arrête complètement. Ces bacilles peuvent se cultiver dans l'agar, la gélatine peptonisée et le bouillon, à la condition que ces divers milieux soient légèrement alcalins. Ils liquéfient lentement la gélatine en donnant naissance à un faible dégagement gazeux, mais ils ne liquéfient ni l'agar, ni le sérum. Si l'on ajoute à l'agar ou à la gélatine 1 1/2 p. 100 ou 2 p. 100 de glucose, le développement des bacilles tétaniques se fait très rapidement; ce développement atteint son maximum d'intensité lorsqu'on ajoute, au milieu nutritif, 1 p. 1000 d'indigo-sulfate de soude ou bien 5 centimètres cubes de teinture bleue de tournesol par 100 centimètres cubes de milieu nutritif. Ces cultures qui exhalent une odeur caractéristique, ne perdent pas leur virulence quand on les transplante.

Les colonies du bacille de Nicolaïer ont, au premier aspect, une certaine ressemblance avec celles du « bacillus subtilis ». Comme ces dernières, elles présentent un centre épais et foncé, entouré d'une auréole de petits rayons, s'étendant également dans tous les sens. Cette ressemblance n'existe plus lorsque la colonie est un peu ancienne. Le centre foncé devient de moins en moins apparent, à mesure que la colonie vieillit, et finit par disparaître complètement. La colonie n'est plus représentée que par quelques rayons isolés et elle offre alors l'aspect d'une colonie de moisissure.

Dans les cultures faites par piqûre en gélatine, les bacilles tétaniques commencent à se développer à une profondeur d'environ deux doigts au-dessous de la surface libre de la gélatine, dont ils se rapprochent de plus en plus, à mesure que la culture vieillit. Le développement se fait le long du trajet de l'aiguille, sous la forme d'un nuage disposé d'une façon très élégante autour de la piqûre.

Les bacilles de Nicolaïer se développent très rapidement à la température de 36 à 38 degrés et forment des spores après trente heures de séjour à l'étuve. Dans les cultures en gélatine, soumises à une température de 20 à 25 degrés, ils n'apparaissent que vers le quatrième jour et les spores ne se forment qu'au bout d'une semaine, au moment où la couche superficielle de la gélatine est en partie liquéfiée. Ces bacilles ne se développent pas lorsqu'on maintient les cultures à une température inférieure à 14 degrés.

Dans les cultures en gélatine exposées à une température de 14 à 16 degrés, les bacilles du tétanos se présentent sous la forme de petits bâtonnets droits, isolés ou réunis en longs filaments et pourvus d'un léger renflement à l'une de leurs extrémités. Mais dès que la température est un peu plus élevée, on voit apparaître, à l'une des extrémités du bâtonnet, une spore arrondie et assez volumineuse, et le bacille offre alors l'aspect d'une épingle. A l'état de bâtonnets sans spores, ces bacilles ont des mouvements caractéristiques, très nets, mais très lents ; ces mouvements sont surtout visibles lorsque la culture a été exposée, pendant quelque temps, à 38 degrés, et disparaissent au moment où apparaît la spore.

Les bacilles de Nicolaïer peuvent se colorer facilement par les procédés usuels et ne se décolorent pas par la méthode de Gram. Le procédé de Zeihl peut être appliqué aux bacilles munis de spores.

Les spores du bacille de Nicolaïer ont une vitalité considérable. Des fils de soie trempés dans une culture de ce bacille, placés pendant quelque temps dans un dessiccateur en présence de l'acide sulfurique et conservés ensuite à l'air libre, se montrent doués d'une grande virulence après plusieurs mois. Ces spores offrent également une grande résistance à la chaleur ainsi qu'à certains agents chimiques; elles conservent leur virulence après avoir été exposées pendant trois quarts d'heure à 80 degrés, mais il suffit de les maintenir pendant cinq minutes à 100 degrés pour les tuer. Une solution d'acide phénique à 50 p. 100 ne les tue qu'après quinze heures; elles sont, cependant, détruites au bout de deux heures, si l'on ajoute à cette solution 5 p. 100 d'acide chlorhydrique; on arrive au même résultat en les laissant séjourner pendant trois heures dans une solution de bichlorure de mercure, à 1 p. 100, ou pendant trente minutes dans cette même solution additionnée de 5 p. 100 d'acide chlorhydrique.

En mélangeant 5 centimètres cubes d'une culture du bacille de Nicolaïer avec 10 centimètres cubes de chloroforme, et en l'inoculant au bout de deux jours à des animaux, après avoir retiré le chloroforme par évaporation, ces animaux contractèrent le tétanos.

Les souris, inoculées sous la peau avec une tige de platine, trempée dans une culture pure du bacille de Nicolaïer, montrent les premiers symptômes tétaniques vingt-quatre heures après l'inoculation et meurent au bout de deux ou trois jours. Chez les lapins, la période d'incubation est d'environ trois jours. Les pigeons ne contractent pas facilement le tétanos.

Chez tous ces animaux, on ne trouve généralement pas de pus au point d'inoculation et les bacilles munis de spores ne s'y rencontrent que très rarement.

On ne les trouve jamais dans aucun autre tissu de l'animal tétanique. Les cultures, faites avec des tissus autres que ceux qui environnent la plaie, demeurent constamment stériles.

Les lapins, inoculés par trépanation sous la dure-mère ou par injection intra-veineuse, contractent rapidement le tétanos, mais les cultures, faites avec le sang de ces animaux, ne donnent jamais de résultats positifs.

Les souris, inoculées à une petite distance de la naissance de la queue, ne contractent pas le tétanos, si l'on fait l'amputation de la queue au-dessus du point d'inoculation avant qu'une heure se soit écoulée. L'amputation n'empêche pas le tétanos de se déclarer, lorsqu'elle est pratiquée une heure après l'inoculation.

Lorsqu'on inocule des animaux avec des cultures pures du bacille de Nicolaïer, ces bacilles ne se rencontrent plus au bout de dix heures, dans la poche d'inoculation.

De l'ensemble ce ces expériences, M. Kitasato a tiré les conclusions suivantes :

1° Le tétanos est dû à l'action du bacille de Nicolaïer;

2° Ce bacille se trouve dans le pus de la plaie de l'homme ou de l'animal tétanique, d'où l'on peut le retirer à l'état de pureté par le procédé indiqué plus haut;

3° Les résultats contradictoires obtenus, jusqu'à présent, par les auteurs qui se sont occupés de l'étiologie du tétanos, doivent être attribués à ce que le bacille de Nicolaïer se présente sous des formes différentes, suivant les conditions dans lesquelles on l'observe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 12 février 1890, M. Darbouet, médecin aide-major de première classe, a été désigné pour le 20e dragons.

— L'Association médicale mutuelle de la Seine, qui comptait 67 sociétaires en 1887, 122 en 1888, en a compté 149 en 1889. Le taux de la cotisation est de 10 francs par mois; il est alloué une indemnité de 10 francs par jour au sociétaire malade. En 1887, il n'y a pas eu de malades; en 1888, l'Association a payé 329 journées de maladie et 355, en 1889.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barthélemy (de Marseille); Belloc (d'Agen); Engelhardt (de Marseille); Herbet (d'Amiens); Ozanam (de Paris); Piérard (de Saint-Dizier) et Robert (de Poitiers).

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu le samedi 15 février, à huit heures et demie très précises du soir, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, et, 14, rue des Poitevins. « L'industrie textile moderne, ses origines, son état actuel », par M. Alfred Renouard, ingénieur, à Lille.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Ce lundi-gras, 17 février 1890.

AFFECTIONS ANALES

HISTOIRE D'UN CHANCRE MOU DE L'ANUS

Par M. le docteur P. COULHON,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

La région anale est loin d'être pauvre en manifestations morbides. Depuis les efflorescences de l'érythème, de l'herpès et de l'eczéma, jusqu'aux abcès profonds de la fosse ischio-rectale, en passant par les marisques, les néoplasies et les produits d'une végétation plus ou moins luxuriante, la flore pathologique en est intéressante et variée.

Cependant le jeune médecin, qui entre dans la carrière, se ferait illusion s'il croyait trouver des accidents à chaque pas dans cette région déserte et reculée. A part le prurit et l'érythème, ordinaires résultats d'un régime échauffant, du manque de soins ou d'une dyscrasie; à part les hémorrhoïdes avec leurs tumeurs violacées plus ou moins volumineuses, étranglées et fluentes, les affections de la rainure fessière ne se rencontrent pas communément. De loin en loin, un abcès marginal, un prurigo podicis, cette rage de l'infundibulum; de temps en temps, une fistule, une rhagade, une fissure. Les cas de proctalgie, cette bizarre névrose, sœur jumelle de la cystalgie, qui l'accompagne quelquefois, *apparent rari ..... in gurgite stricto*.

Les excroissances cancéreuses végètent dans ce bas-fond; elles ne sont jamais que secondaires, et viennent à la suite de l'épithélioma du rectum. Les condylomes poussent, prolifèrent, bourgeonnent dans ce ravin; ils peuvent acquérir des dimensions notables. Mais les produits n'en sont beaux et plantureux que dans les cas où, servant de support à un accident primitif, les sucs qui les abreuvent sont imprégnés, fertilisés, fumés en quelque sorte par le virus syphilitique. Ils prennent alors des proportions telles que leur volume devient un excellent moyen de diagnostic.

Il est admis maintenant que le fic est un accident purement local, et qu'il est le résultat d'un travail irritatif; mais sa grosseur varie avec son origine. Le fic hémorrhoïdaire est petit, rudimentaire, insignifiant; c'est une quantité négligeable. Les fics blennorrhagiques et chancrelleux présentent une grosseur recommandable. Celui qui dépend de la diathèse prend un développement d'autant plus remarquable qu'il est souvent compliqué d'indurations périnéales, et de ce que l'on a désigné sous le nom d'hypertrophie radiée.

D'aucuns ont prétendu que tout condylome était de nature syphilitique. Cette assertion est inexacte et facile à réfuter. Les Grecs, qui ont inventé le mot, connaissaient parfaitement la chose; et ce n'est que quinze siècles plus tard que le mal vénérien faisait sa première apparition. En soutenant cette thèse, on commet donc un léger anachronisme; à moins qu'on ne veuille admettre, avec Guy Patin, que David et Salomon étaient en proie à la vérole, et que les fameux tibias préhistoriques de Solutré, agrémentés d'exostoses, appartenaient à un syphilitique : *quod est adhuc demonstrandum*.

Sans entrer dans une discussion oiseuse, qui nous ramènerait au déluge, nous devons reconnaître que, sous le rapport des condylomes ordinaires, nous sommes inférieurs aux Grecs et même aux Romains de la décadence. Ces derniers, passés maîtres en sodomie, avaient des sphincters admirablement ornés, et ne le cédaient en rien aux pédérastes influents, qui jugèrent et condamnèrent l'immortel Socrate. Mais, si nous sommes inférieurs à un point de vue, la syphilis, en revanche, nous confère, à tous autres égards, une supériorité incontestable. Les anciens ne connurent jamais les vrais condylomes, tributaires de la diathèse.

C'est surtout, en effet, par les manifestations spécifiques que brille notre civilisation; et la plus commune, la plus florissante de ces manifestations choisit souvent le sillon, le val interfessier pour le principal théâtre de son triomphe : je veux parler de la papule, connue sous le vocable pittoresque de plaque muqueuse. Quoi de plus répandu que ces saillies champignonneuses, qui cherchent les endroits humides et marécageux, et ne se plaisent que sur les tissus mous ou dans leur voisinage? Peut-on s'étonner de les voir naître, se multiplier et pulluler dans une région molle, chaude, arrosée de sécrétions âcres et fécondantes? Elles fleurissent et s'étalent sur des muqueuses propres et bien entretenues. Elles doivent, à plus forte raison, s'épanouir avec vigueur dans une impasse, que le rapprochement des parties, l'abondance des humeurs grasses, et l'occlusion presque continuelle des surfaces transforment en une véritable serre chaude. A ces conditions vient s'ajouter la pré-

sence fréquente de matières desséchées, dures, coupantes, qui appellent et entretiennent l'irritation. Ce cloaque infect, qui mériterait un coup de balai journalier, ne reçoit même pas, le plus souvent, le secours parcimonieux de l'éponge ou de la serviette classique. Et encore, un linge mouillé, quand il faudrait parfois un nouvel Hercule pour nettoyer ces écuries d'Augias!

Les plaques muqueuses se donnent donc rendez-vous dans ce chemin creux. Elles s'y pressent, foisonnent, s'hypertrophient, s'accumulent les unes sur les autres, au point qu'il arrive un jour où, *mirabile visu*, après avoir surplombé quelque temps le défilé, elles l'obstruent, le comblent, et l'ensevelissent sous leurs masses charnues et débordantes. Telles on voit des vallées disparaître sous l'amoncellement des scories de l'industrie moderne.

Il reste à peine un espace virtuel, que l'œil ne peut apercevoir, et qui assure l'issue intermittente des matières excrémentitielles.

II

On rencontre également dans la région sphinctérienne des lésions, qu'il est nécessaire de bien connaître. Elles tiennent beaucoup moins de place que les précédentes: mais elles n'en ont que plus d'importance; ce sont les affections ulcéreuses. Cachées au fond de l'entonnoir, siégeant sur la peau ou sur la muqueuse, ou sur les deux à la fois, elles réclament une exploration minutieuse, et un examen attentif. Le diagnostic n'en est pas moins toujours facile; mais il doit être établi rigoureusement. Sans cela, une erreur peut égarer le traitement, devenir la source de vives souffrances, et apporter un long retard à la guérison. On pourra s'en convaincre, en prenant connaissance du fait suivant:

Au mois de juillet 1888, une jeune fille de seize ans, fuyant la province et ses ennuis, partait pour la capitale. Le motif de ce départ fut ignoré, et comme ces fuites deviennent d'année en année plus fréquentes, au bout de trois jours, il n'en fut plus question. Quinze mois s'écoulèrent sans qu'on sût de ses nouvelles.

Au commencement du mois d'octobre 1889, elle apparut soudain, pimpante, fringante, belle à miracle : ce fut une rumeur dans tout le quartier. Le 23 octobre, au cours de mes visites matinales, je la rencontrai en promenade. Son attitude pleine de réserve, son air sérieux et digne, sa mise élégante, dont la recherche n'excluait pas le bon goût, attiraient et retenaient tous les regards. En quelques mois, la timide jouvencelle était devenue une séduisante personne, dans l'épanouissement de la jeunesse, dans tout l'éclat de la fraîcheur et de la beauté. Partie modeste chrysalide, elle était revenue élégant papillon. Comment ne pas goûter une aussi délicieuse métamorphose?

Paris, cet enchanteur, nous envoie quelquefois de ces douces surprises. Il semble vouloir, en nous montrant les effets de sa baguette magique, nous consoler de l'avoir à jamais quitté. Et certes, les consolations ne sont rien moins que superflues, pour les malheureux médecins condamnés pour toujours à desservir la province.

J'étais sous l'influence de ces impressions, qui, pour n'être pas nouvelles, ne laissaient pas d'être caressantes, quand, dans la soirée du 25 octobre, la porte de mon cabinet s'ouvrit, et livra passage à la jolie transfuge.

Je ne pus réprimer mon étonnement, et je lui manifestai mes regrets, mêlés de quelque plaisir, de la voir dans la nécessité de recourir au ministère médical.

Dans un court préambule, elle me dévoila la cause de son départ : elle aimait; ses parents ne voulaient rien savoir et se montraient inflexibles ; elle avait dû s'enfuir pour échapper à une odieuse servitude. Arrivée à Paris, elle s'était placée comme caissière dans une maison de commerce, et avait donné libre carrière à ses sentiments affectifs. Ses parents l'avaient enfin rappelée, et elle était revenue pour régulariser sa situation, et sceller sa liaison aventureuse par un mariage en bonne forme.

Mais, en attendant, elle souffrait d'une façon cruelle. Depuis le 5 octobre, lendemain de son retour, elle était atteinte d'une maladie, qu'elle attribuait à sa conduite passée. Une douleur, qui lui enlevait l'appétit et le sommeil, se faisait sentir à la région anale. C'était tantôt une cuisson ardente, tantôt des élancements à lui arracher des cris ; et cela, le jour et la nuit, dans toutes les positions : couchée, assise et même debout, sans que rien put la calmer. Elle avait consulté deux médecins : l'un lui avait administré des préparations iodées et mercurielles *intus et retro*; l'autre l'avait cautérisée avec le nitrate d'argent ; elle avait horriblement souffert pendant deux heures, puis les douleurs avaient repris de plus belle, et continuaient avec plus d'intensité. Le mot de syphilis avait été prononcé ; cependant rien n'autorisait à porter pareil diagnostic : ni plaques muqueuses, ni roséole, ni croûtes dans la tête ; pas le moindre engorgement ganglionnaire.

Il était d'ailleurs impossible de se prononcer, et de porter un diagnostic ferme, avant d'avoir procédé avec soin à un examen complet, minutieux, approfondi.

Je lui proposai de la voir chez elle, et de lui faire subir une inspection générale. Elle accepta avec empressement.

Après avoir examiné la médaille, j'allais donc, je ne dirai pas envisager — ce ne serait pas le mot propre — j'allais en examiner le revers. C'était une désillusion. Assurément, la vie en est semée. Au moins y avait-il, dans l'espèce, on le saisit sans peine, une agréable compensation.

Le lendemain, donc, les enseignes étant déployées et mises au vent, je constatais, dans l'orifice anal, l'existence de trois ulcérations : l'une, la plus grande, à la partie postérieure, les deux autres en avant et sur la partie latérale droite. Ces ulcérations ne se voyaient pas de prime abord. Il fallait que la malade fît des efforts d'expulsion. On apercevait alors les solutions de continuité, qui se prolongeaient à perte de vue du côté de l'ampoule rectale. Ces lésions n'étaient pas linéaires ; elles étaient relativement larges, et elles couvraient plusieurs plis rayonnés de l'anus, qu'elles avaient érodés et entamés. La surface en était blanchâtre, diphthéroïde, le contact d'une sensibilité exquise. L'introduction du doigt, qui pouvait constater des inégalités sur toute la hauteur du sphincter, était atrocement douloureuse. Une sécrétion purulente, abondante et jaunâtre, était versée par les surfaces malades. Du reste, on ne trouvait ni érythème, ni herpès, ni condylome, et la rainure inter-fessière ne donnait aucun liquide séreux ou purulent.

La vulve était saine dans ses trois quarts antérieurs. En avant de la fourchette, on voyait, à la partie interne de la lèvre droite, une petite ulcération blanchâtre, diphthéroïde, de la largeur d'une lentille, et analogue, en tous points, à celles du détroit anal. Elle paraissait toutefois un peu plus pâle ; ses bords étaient moins rouges ; elle semblait en voie de réparation.

Pas d'induration, du reste, pas de pléiade ganglionnaire inguinale ; aucune trace, aucun vestige de manifestations syphilitiques.

Une douleur incessante, des élancements violents et continuels, exaspérés par la défécation à un degré tel, que la malheureuse en était venue à exonérer son rectum dans les bains de siège qu'elle prenait à chaque instant, et qui, seuls, lui apportaient un peu de repos et de soulagement.

Deux questions sont posées : « Avez-vous eu plusieurs amants ? — Je n'en ai eu qu'un ; seulement, pendant son absence, j'ai accepté quelqu'un, mais qui ne m'a pas donné de mal. »

Il y avait donc eu un intérimaire, dont on était satisfait — *persona grata* — c'est l'habitude, et pour lequel on plaidait : non coupable. « Avez-vous eu quelquefois des rapports... — Jamais, s'écria-t-elle, sans laisser achever la phrase ; ce serait, je le

dirais. » La franchise de sa première déclaration garantissait la sincérité de la seconde.

Le principe morbide, communiqué par son amant, était donc entré par la bonne porte. Mais quel était-il, ou plutôt quelle était la nature de l'ulcération? car encore fallait-il déterminer si c'était, ou non, une lésion virulente. Ce n'était pas une lésion vulgaire ; il n'y avait pas eu de traumatisme ; ce n'était ni une rhagade, ni une fissure ; l'ulcération était en surface, au lieu d'être linéaire. Ce n'était ni un herpès, ni un chancre herpétiforme ; le siège sur la muqueuse, la sécrétion abondante, la forme large, en éloignaient l'idée. D'autre part, un chancre infectant s'accompagne d'induration, d'hypertrophie radiée, d'adénite indolente pathognomonique. On ne constatait aucun de ces signes. Ce ne pouvait être qu'un ou plutôt des chancres mous, car il y avait plusieurs solutions de continuité, qui s'étaient successivement ouvertes par auto-inoculation.

Le lendemain, le diagnostic s'affirmait par l'apparition d'une nouvelle ulcération latérale gauche, inoculée par celle qui se trouvait à droite. La confrontation n'était pas possible, en raison de l'absence du délinquant. Mais le traitement par l'iodoforme, remède presque spécifique, et l'inoculation expérimentale allaient asseoir définitivement le diagnostic.

Le 27 octobre, première insufflation d'iodoforme pulvérisé ; la douleur diminue dans la soirée.

Le 28 octobre, nouvelle insufflation ; la douleur continuelle se fait à peine sentir ; la défécation est encore très sensible.

Le 29, troisième insufflation ; amélioration nouvelle, qui se maintient et se prononce jusqu'au 3 novembre, date de la disparition complète de la sensibilité.

En même temps, les plaies subissaient une modification graduelle, devenaient vives, rosées, et la sécrétion tendait à se tarir.

L'inoculation d'une goutte de pus, recueillie sur la plaie vaginale et sur une plaie anale, donnait un résultat affirmatif.

Le diagnostic avait donc indiqué le traitement. Le traitement amenait une guérison rapide.

Le 10 novembre, la douleur revint le matin. La veille, avait eu lieu le mariage, et naturellement la nuit avait été orageuse. Le cap des tempêtes était doublé depuis longtemps; mais il fallait bien célébrer cette solennité, sinon avec éclat, au moins avec une certaine ardeur. Il en était résulté quelques dégâts, qui, dans de pareilles conditions, ne pouvaient pas être graves. Deux jours après, il n'en restait plus rien. Une membrane cicatricielle, mince et rosée, recouvrait partout les ulcérations.

III

Les syphiliographes ont fait une remarque qui ne manque pas d'originalité. Mon savant et distingué confrère, M. le docteur Mauriac, ne me contredira pas, quand j'affirmerai que, depuis quelque temps, les chancroïdes étaient en décroissance sensible. Cette diminution s'accentuait d'année en année ; et la progression était tellement rapide et frappante, qu'on pouvait prévoir le jour, où ils ne figureraient plus qu'à titre de souvenir sur la scène médicale. Ce n'était qu'une apparence ; et l'année, qui vient de s'écouler, devait désabuser ceux qui croyaient à l'extinction définitive de cette affection vénérienne.

Le désir universel de visiter les merveilles de l'Exposition, les facilités accordées au public par les compagnies de chemins de fer amenèrent en foule les habitants de la province. Paris fut traversé, pendant plusieurs mois, par un immense courant. Ces voyageurs de passage n'apportèrent pas seulement leur curiosité et leur argent; quelques-uns laissèrent des traces durables de leur visite : les chancres mous avaient fait leur réapparition. D'un caractère communicatif, ils s'étaient répandus avec rapidité; c'était une invasion d'un nouveau genre ; l'émigration était rentrée dans Paris. C'est alors qu'on put se rendre compte de la réalité des choses. Les chancroïdes s'étaient simplement déplacés : comme de modestes rentiers, ils s'étaient, *procul negotiis*, retirés en province. Etaient-ils allés chercher l'*otium et umbra* du poëte, le silence et l'oubli du philosophe, ou bien avaient-ils obéi à la loi d'irradiation centrifuge, qui règle l'évolution topographique de certaines maladies? Il serait difficile de répondre à de pareilles questions; mais le fait n'en est pas moins certain, et il va nous servir à expliquer la genèse des ulcérations constatées chez notre jeune malade.

Est-ce à dire qu'elle avait été inoculée par quelqu'un des nombreux visiteurs de l'Exposition? Nullement, elle n'avait pas eu d'amours anonymes. Mais son amant avait passé loin de Paris une partie de la belle saison; et il avait, pendant leur séparation, comme elle l'avait fait elle-même, cherché des distractions faciles. Il avait trouvé, cueilli un émigré et était venu l'offrir en présent à celle qu'il destinait à devenir sa femme. L'inoculation s'était faite à la partie postérieure de la vulve ; l'ulcération s'était ouverte, et les produits morbides sécrétés avaient coulé vers le périnée et pratiqué de nouvelles inoculations.

Quelques médecins,— le nombre en est trop grand,— ont l'habitude d'appliquer, à toutes les ulcérations, un traitement uniforme. Leur première idée, ou plutôt leur premier mouvement, car ils ne prennent pas le temps de la réflexion, leur premier mouvement est de tirer leur crayon de nitrate d'argent, et de le passer à la surface de la solution de continuité. C'est une imprudence; car telle ulcération réclame, telle autre redoute le caustique linéaire. Le chancroïde présente, à ce sujet, une particularité : il est aggravé par le caustique, quand il est à la période d'évolution; et souvent il est amélioré, et arrive au terme de la cicatrisation, quand il est touché pendant la période terminale de la réparation. On a vu que notre malade avait vivement souffert, par une application intempestive de ce procédé, et que son état avait empiré.

Il y aurait bien encore quelques considérations à présenter; mais nous devons nous borner : *sat prata biberunt*. Aussi bien peut-être ai-je oublié quelque peu le sage conseil de Martial :

> Non nobis tam licet medicis
> Qui Musas colimus severiores.

Je veux, cependant, ajouter un mot. Le lecteur en appréciera l'opportunité. Une couronne de chancres mous, — de la région anale, — trouvée dans une corbeille de mariage, est le comble de la nouveauté, même pour un vieux praticien. Le fait est assez piquant, ce semble, pour qu'on en garde la mémoire. Il est on ne peut plus « fin de siècle ».

TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DES TUMEURS FIBREUSES

PAR LE TAMPON

Par M. Lucas-Championnière, chirurgien des hôpitaux.

L'électricité a de très nombreuses applications dans le traitement des fibromes utérins. Mais il faut savoir que tous les cas ne sont pas favorables à l'application de l'électrothérapie.

Pour qu'une méthode électrique soit déclarée bonne, il faut qu'elle soit bénigne. Si elle donne lieu à des accidents, on doit l'abandonner. Or, les différents traitements électriques employés à la cure des fibromes de la matrice ont,

jusqu'ici, produit un certain nombre d'accidents. C'est ainsi que la méthode des hautes intensités donne souvent naissance à des douleurs.

MM. Danion et Lucas-Championnière pensent que la méthode d'Apostoli doit être abandonnée.

Il n'est pas nécessaire de porter l'excitateur dans la cavité du corps ou dans l'épaisseur du tissu utérin. Il suffit d'appliquer sur le col l'électrode de platine que l'on recouvre d'une toile de caoutchouc. Le résultat est le même que si l'électrode pénétrait jusqu'au fond de l'utérus. Seulement, il faut augmenter l'intensité, quand on se contente de mettre l'excitateur sur les lèvres du col.

Ce qui est beaucoup plus important que l'intensité des courants employés, c'est le *renversement des courants*. Ce renversement des courants exige un peu d'habitude de la part de l'opérateur, mais c'est, somme toute, une petite cuisine électrique facile à apprendre.

M. Championnière a employé de 80 à 120 milliampères. Cela a suffi et a été parfaitement supporté par les malades.

Cette méthode, qui consiste à renverser les courants et à mettre l'électrode, non dans la cavité utérine, mais au contact des lèvres du col, constitue un progrès. Le procédé est simple, commode, indolore, d'une bénignité absolue et d'une efficacité aussi grande que les autres procédés.

On obtient rapidement l'atténuation des accidents. Les hémorrhagies et les douleurs diminuent et même disparaissent. La tumeur elle-même subit une diminution de volume. C'est le renversement des courants, plus que la hauteur de l'intensité des courants, qui produit ces heureux résultats. Cette diminution des fibro-myomes, sous l'influence de l'électricité, est incontestable. Il semble même que, dans certains cas, les tumeurs disparaissent.

La jeunesse du sujet n'est pas une condition favorable à la réussite du traitement électrique. Les accidents reviennent. Mais chez les femmes ayant dépassé trente-cinq et surtout quarante ans, l'électricité donne de bons résultats. C'est justement chez les femmes qui ne sont pas éloignées de la ménopause que l'on hésite à opérer. L'électricité leur est applicable.

L'innocuité de la méthode est telle qu'on peut appliquer l'électrode sur l'utérus des femmes qui ont des oophoro-salpingites. L'électricité ne leur est pas nuisible, grâce au renversement du courant et à l'application sur le col d'une électrode de 80 à 120 milliampères.

Le traitement électrique des tumeurs fibreuses est une excellente méthode, mais l'électricité n'est pas applicable à tous les fibromes utérins. Il faut avoir recours à la castration et à l'ablation des fibromes, dans certains cas rebelles à l'électricité.

Certaines femmes ont une résistance toute particulière au traitement électrique. Leur tumeur n'est pas modifiée, mais, fait remarquable, dès les premières séances, on sait à peu près ce que l'électricité donnera. Si le résultat doit être nul, la tumeur ne subit aucun changement, l'amélioration est nulle. Dans ce cas, il faut abandonner le traitement électrique.

Au contraire, quand la méthode doit être suivie d'un heureux résultat, celui-ci se manifeste dès le début du traitement par l'électricité.

La méthode préconisée par MM. Danion et Lucas-Championnière est inoffensive. Elle produit la décongestion utérine et péri-utérine, elle amène la disparition des hémorrhagies et des douleurs, et diminue le volume de la tumeur.

L'électricité est donc une excellente méthode de traitement des corps fibreux, mais ce n'est pas une panacée universelle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 février 1890. — Présidence de M. Terrier.

FIN DE LA DISCUSSION SUR LES PIEDS BOTS

M. Kirmisson ne peut pas laisser passer la discussion sur le traitement du pied bot, sans prendre la parole. Les orateurs ont préconisé, dans les deux séances précédentes, les larges ablations des os du pied. L'opération de Phelps semble avoir été, sinon condamnée par eux, du moins reléguée au second plan. Il est nécessaire de revendiquer, pour l'opération de Phelps, la part qui lui revient dans le traitement des pieds bots.

Cette opération (1), qui a déjà fait ses preuves à l'étranger et même en France, n'a pas la prétention de supplanter tous les autres modes de traitement. Elle a des indications. Entre les déformations qui peuvent être traitées par des appareils, par la ténotomie, et les pieds bots qui ne peuvent être guéris que par de larges ablations d'os, il y a des cas qui ne sont justiciables que de l'opération de Phelps. Chez certains malades qui avaient subi déjà une tarsectomie, M. Kirmisson avait dû pratiquer l'opération de Phelps.

DISCUSSION SUR LA COLOTOMIE ILIAQUE

M. Verneuil n'est pas opposé à la colotomie lombaire. Tout dernièrement il a eu l'occasion d'en pratiquer une, dans une circonstance spéciale. Néanmoins, il faut reconnaître que, dans la grande majorité des cas, c'est à la colotomie iliaque qu'il faut avoir recours.

A cette heure, on peut compter six procédés modernes pour faire la colotomie iliaque. Tous ces procédés ont des points de ressemblance. On incise la paroi abdominale et on va à la recherche de l'S iliaque de la même façon.

Il est vrai qu'en 1886, M. Verneuil avait proposé de faire une incision perpendiculaire à l'arcade crurale. Il a abandonné complètement et depuis longtemps cette manière de faire.

Le premier procédé de colotomie iliaque est relativement ancien. Après avoir incisé la paroi abdominale et le péritoine, on attire doucement l'intestin jusqu'à ce qu'il soit en contact avec l'incision abdominale, on fait des sutures et on pratique l'entérotomie d'après le procédé de Nélaton père. Cette opération est facile, bénigne et efficace. Les accidents cessent rapidement, mais malheureusement ils ne tardent pas à se reproduire. Ce procédé, excellent quand l'obstacle n'est que passager, est mauvais quand il s'agit de remédier à un obstacle permanent, interrompant le cours des matières.

L'opération de Madelung ne mérite qu'une simple citation. Ce chirurgien a fait preuve d'ingéniosité dans la conception de son procédé.

Plusieurs procédés visent un but : la création d'un éperon au niveau de l'anus artificiel, Quel est le chirurgien qui, le premier, a systématiquement établi un éperon dans la colotomie iliaque? M. Verneuil n'a pas eu le temps de faire des recherches suffisamment longues pour pouvoir donner la priorité à quelqu'un. Ce qu'il sait, c'est qu'en 1885, il a parlé de la création de cet éperon à propos de sa troisième opération. C'est au commencement de 1884 qu'il a fait, pour la première fois, une colotomie iliaque avec éperon. Mais, quoique les publications de Maydl soient postérieures à cette date, M. Verneuil savait, il ne sait trop comment, que ce jeune chirurgien viennois avait déjà fait un éperon, en pratiquant la colotomie iliaque.

---

(1) Kirmisson. Traitement du pied bot par la méthode de Phelps, *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1069.

Quand on veut faire l'opération de Littre, on a le choix entre quatre procédés : 1° procédé Verneuil ; 2° et 3° procédés de Maydl; 4° procédé Reclus.

Le procédé Verneuil est bien connu. Il consiste en traction de l'intestin, fixation temporaire à l'aide de deux aiguilles fines et ensuite par une douzaine de points de sutures. On ouvre l'intestin au thermocautère. L'opération ne dure guère que quinze minutes, parfois moins. Quelques difficultés peuvent se présenter. Dans un cas, l'ascite gêna un peu l'opérateur, qui dut faire une deuxième boutonnière au péritoine.

Quand il existe du prolapsus rectal, l'S iliaque peut échapper aux premières investigations. Il suffit de le chercher plus bas qu'il n'est ordinairement, car il est entraîné par en bas par la chute du rectum. L'opération est d'une bénignité absolue. Les résultats en sont excellents. L'éperon que l'on obtient est bon. Mais ce procédé favorise le prolapsus de la muqueuse intestinale.

Maydl a décrit deux procédés. Son premier procédé consiste à aller à la recherche de l'S iliaque, à faire sortir l'intestin par la plaie abdominale, de façon à avoir sous les yeux le mésocolon. On fait une perforation au mésocolon au ras de son insertion intestinale. On passe une tige rigide par ce trou. L'intestin se trouve fixé hors de la cavité abdominale par cette tige qui repose sur la paroi abdominale. L'opération est bien conçue et bien réglée jusqu'à ce moment, mais Maydl complique ensuite le procédé opératoire. En effet, il suture l'intestin au-dessous de la tige pour le fixer directement à la paroi.

Puis, du quatrième au sixième jour, il ouvre l'intestin sur une certaine étendue, et au quatorzième jour il abat toute la portion d'intestin située au-dessus de la tige rigide.

Maydl, dans un deuxième procédé, a simplifié son manuel opératoire.

Le reproche qu'on peut adresser à Maydl, c'est d'avoir compliqué inutilement une opération bien simple. Il abuse des sutures qu'il multiplie sans raison. Mais il faut reconnaître que le fait d'attirer l'S iliaque complètement hors de l'abdomen, de façon à voir l'insertion de son méso, assure, mieux que dans tout autre procédé, la formation d'un excellent éperon.

Le procédé Reclus, décrit par l'auteur dans la dernière séance, est remarquable par sa simplicité et par la rapidité de son exécution. En quatre ou cinq minutes, tout est terminé. Il n'y a pas l'ombre d'accident. Comme le procédé Reclus est plus simple, quoique très voisin de celui de Maydl, il y a lieu de négliger la façon de faire de l'élève d'Albert, pour ne retenir que le procédé Reclus.

En réalité, le parallèle ne doit s'établir qu'entre le procédé Verneuil et le procédé Reclus.

Veut-on ouvrir l'intestin le jour même de l'intervention, il faut suivre la technique indiquée par M. Verneuil.

Peut-on différer l'ouverture de l'S iliaque; le chirurgien veut-il faire la colotomie en deux temps, il faut employer le procédé Reclus.

Cependant, on n'est pas toujours maître du choix du procédé. Dans une circonstance, M. Verneuil avait commencé son opération avec l'idée préconçue de faire la colotomie en deux temps, d'après le procédé de M. Reclus. Qu'est-il arrivé? C'est que M. Verneuil n'a pu faire sortir par la plaie abdominale l'S iliaque, de façon à voir l'insertion du méso. Il a dû pratiquer l'opération en un temps.

On a fait un reproche à la colotomie pratiquée en deux temps. On a accusé les procédés de M. Reclus et de Maydl de couder l'intestin et, par suite, d'exagérer les phénomènes de rétention stercorale. Mais la pratique a démontré que cette rétention stercorale n'était pas plus marquée après la coudure que l'S iliaque subissait, du fait de l'interposition de la tige rigide que l'on passait sous l'anse intestinale. En fait, et sans qu'il soit nécessaire de chercher l'explication du phénomène, on peut dire que le retard apporté à l'ouverture de l'intestin, par le procédé en deux temps, n'entrave pas, en règle générale, la marche des matières fécales.

Cependant, il y a des exceptions à cette règle. Dans trois cas, on a dû pratiquer d'une façon précoce le deuxième temps, c'est-à-dire l'ouverture intestinale par suite du progrès des accidents intestinaux survenus après la fixation de l'intestin à la plaie abdominale. Il ne faut pas être absolu dans le choix des procédés. Si le procédé en trois temps de Maydl et celui de Madelung doivent être rejetés, on peut appliquer, suivant les cas, soit le procédé de M. Verneuil, soit celui de M. Reclus. Parfois même, il faudra s'adresser de préférence à l'entérotomie de Nélaton. Cette dernière opération sera excellente, quand l'anus artificiel ne doit être, dans l'esprit du chirurgien, que temporaire.

Quant au phlegmon dont on a parlé et qui, en effet, peut se produire autour des points de sutures, M. Verneuil n'a plus observé de suppuration depuis que son attention est fixée sur la possibilité de cet accident. Il a soin de faire ses sutures avec une aiguille fine. S'il apparaît de la rougeur autour de la plaie, la pulvérisation phéniquée arrête le début de l'inflammation. Au besoin on peut ôter un fil.

M. Verneuil a eu l'occasion de faire la colotomie iliaque chez quatre malades, pour remédier aux accidents produits par des tumeurs utérines.

Dans un cas, il s'agissait d'un fibrome de l'utérus. La mort survint dix-huit mois après l'opération. Dans un autre cas, les accidents étaient dus à un cancer de la matrice. En 1885, M. Verneuil avait pratiqué l'amputation du col. Un an après, la récidive apparaissait. En 1889, celle-ci donnait lieu à des phénomènes d'obstruction intestinale. Un chirurgien fit l'ablation partielle de la tumeur récidivée. En fin de compte, M. Verneuil dut, il n'y a pas longtemps, faire à cette malade une colotomie iliaque. Une autre opérée est actuellement en traitement, dans le service de M. Verneuil.

M. MARC SÉE n'a jamais eu de phlegmon autour des anus artificiels qu'il avait créés. Cet heureux résultat est dû à sa façon de procéder.

Après avoir ouvert la cavité abdominale, il suture le péritoine pariétal à la peau, en ayant soin de multiplier les sutures, de façon à réunir exactement la séreuse à la peau. Une bonne couche de sous-nitrate de bismuth est placée sur cette suture. Ensuite il suture l'intestin à la paroi abdominale. L'aiguille traverse tous les plans de la paroi, péritoine compris, pénètre dans l'épaisseur des tuniques intestinales de l'S iliaque, mais sans arriver jusqu'à la muqueuse, et ressort par l'incision abdominale. Une couronne de sutures est ainsi faite à la portion de l'S iliaque qu'il s'agit d'ouvrir. Grâce à ce procédé, M. Marc Sée adosse la séreuse pariétale à la séreuse viscérale. Il existe bien un sinus entre l'intestin hernié et la paroi, mais M. Marc Sée croit que cela n'a aucun inconvénient si l'on prend la précaution de bourrer ce sinus de sous-nitrate de bismuth. L'opération est faite en un seul temps. Les sutures sont faites au catgut, ce qui dispense de s'occuper des sutures.

M. LE DENTU. Les procédés de colotomie iliaque doivent varier suivant différentes circonstances. Quand on fait un anus artificiel pour remédier aux accidents produits par un cancer du rectum, il faut créer un éperon. Mais si l'anus artificiel ne doit être que provisoire, on doit de préférence pratiquer l'ancienne opération, dans laquelle on ne fait pas d'éperon.

Dans un cas, M. Le Dentu a fait une colotomie iliaque pour obvier à des lésions syphilitiques graves du rectum. Il n'y avait aucun phénomène d'obstruction et l'anus artificiel avait pour but d'empêcher les matières fécales d'irriter les ulcérations syphilitiques. M. Le Dentu, dans ce cas, n'a pas fait d'éperon. Il a exécuté la colotomie suivant l'ancien procédé. Plus tard, il a traité l'anus artificiel et l'a fermé.

Quand l'anus artificiel est suffisamment ouvert, même en l'absence de tout éperon, les matières fécales n'ont pas de tendance à s'engager dans le bout inférieur. C'est, du moins, dans le cas précité, ce que M. Le Dentu a observé.

L'opération de M. Verneuil est bonne chaque fois qu'il faut opérer sous la pression des accidents. Mais si les accidents ne sont pas pressants, si on a le temps d'attendre, il vaut mieux suivre la pratique de M. Reclus.

On a reproché au procédé de M. Reclus, de mettre le chirurgien dans l'obligation de faire deux opérations. Mais l'ablation d'une tige et l'incision de l'intestin ne peuvent être considérées comme une deuxième opération. M. Le Dentu ouvre l'S iliaque, quand il se sert du procédé de M. Reclus, au moment où il fait un pansement. Cela est d'une extrême simplicité.

Le procédé de Maydl a l'avantage de supprimer les trous faits à l'intestin par les aiguilles. C'est une supériorité sur les autres procédés dans lesquels il faut fixer l'intestin à la plaie abdominale.

Quand on est obligé de faire des sutures, il est nécessaire d'employer des aiguilles fines ne faisant que des trous très petits. M. Le Dentu a fait construire une aiguille spéciale avec un manche assez long.

M. Le Dentu dispose ses sutures de telle sorte que chaque fil traverse tous les plans de la paroi abdominale et pénètre dans les tuniques intestinales sans entamer la muqueuse de l'S iliaque.

A quel moment doit-on ouvrir l'intestin, lorsqu'on fait la colotomie en deux temps ? Quand on peut attendre, quand il n'existe aucun accident, il est certain qu'on peut renvoyer l'incision de l'intestin au sixième jour. Mais il n'est pas nécessaire d'attendre aussi longtemps. Les adhérences se font vite et l'on peut, sans crainte, ouvrir l'S iliaque dès le troisième jour. Dans un cas, M. Le Dentu avait remarqué que son opéré s'affaiblissait et il avait attribué les accidents à la persistance de la rétention. Il n'existait pas d'obstruction ni de péritonite, mais des symptômes qu'on pouvait attribuer à la stercorhémie. Le quatrième jour, M. Le Dentu ouvrit l'S iliaque qui était fixé à la plaie abdominale. Immédiatement une amélioration durable se produisit.

M. Le Dentu attire l'attention sur l'étendue qu'il est bon de donner à l'incision abdominale. Il faut que celle-ci soit proportionnée au volume de l'anse herniée. Si la plaie abdominale est trop large, on doit la rétrécir.

M. TRÉLAT, de 1880 à 1886, a été partisan de la colotomie lombaire. A cette époque, on ne mettait pas la main dans le péritoine avec la même sécurité que maintenant. On respectait la cavité péritonéale. Mais depuis que l'*explorabilité* de celle-ci est devenue plus facile et plus bénigne, M. Trélat s'est rallié à la colotomie iliaque.

La bénignité de la colotomie iliaque et de la colotomie lombaire est la même. La mortalité ne diffère pas dans les deux procédés. Mais il faut reconnaître que la colotomie iliaque a des avantages qui la rendent supérieure à sa rivale.

Le procédé de Maydl donne d'excellents résultats. Pourquoi ? Parce que la séreuse contracte rapidement des adhérences. Les sutures que font MM. Marc Sée et Le Dentu réussissent bien, parce que l'intestin est disposé de telle façon qu'il contracte rapidement de solides adhérences avec la plaie abdominale. Il faut donc se rappeler que les plaies péritonéales se réunissent vite. M. Trélat compte beaucoup sur la rapidité de la formation des adhérences, quand il fait ses sutures décrites dans la séance précédente.

On a été étonné du soulagement que ressentait la malade, après que l'on eût tiré l'S iliaque à travers la boutonnière abdominale. L'intestin n'était pas ouvert, et cependant les opérés étaient soulagés. Ce fait n'est pas aussi inexplicable qu'on a bien voulu le dire.

Quand on pratique la colotomie iliaque dans des cas de cancer du rectum, on fait l'opération en un temps ; si le ventre est ballonné, s'il y a des accidents de rétention, on n'a pas le choix : il faut ouvrir immédiatement l'S iliaque. Mais, d'ordinaire, le cancer du rectum ne donne lieu qu'à des accidents de rétention peu marqués, peu pressants.

L'indication de la colotomie est tirée du ténesme, des douleurs qu'éprouvent les malades.

Or, dans ces cas, que se produit-il, quand on se contente d'attirer l'S iliaque hors de l'abdomen sans faire une incision intestinale ? On arrête le cours des matières. Les matières fécales ne passent plus par le bout inférieur. Le ténesme cesse, ou du moins diminue : les opérés sont immédiatement soulagés.

M. Trélat a perdu un de ses opérés. Il avait pratiqué la colotomie iliaque, mais l'intestin n'avait pu être attiré complètement hors de la plaie abdominale, à cause de la proximité du néoplasme. Les sutures mal faites avaient permis à un phlegmon de se produire, et le malade mourut de son phlegmon, après avoir prouvé que son anus artificiel lui avait été utile.

COMMUNICATION

Traitement électrique des tumeurs fibreuses par le tampon. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait une communication sur ce sujet (voir plus haut, p. 195).

PRÉSENTATION DE MALADES

Tarsectomie. — M. MICHAUX présente un malade auquel il a fait cette opération pour un double pied bot. Excellent résultat.

Kyste dentaire. — M. MONOD présente un malade atteint d'un kyste dentaire intra-osseux du maxillaire inférieur.

La séance est levée.

Une erreur typographique qui a fait porter à 75 centigrammes les 25 centigrammes de bichlorure de mercure de la solution suivante, nous engage à reproduire cette formule, et nous prions nos lecteurs de faire cette rectification à la page 178 de la *Gazette des hôpitaux*.

OBSTÉTRIQUE

Solution antiseptique Meillère-Laborde

Bichlorure de mercure		25 centigr.
Sulfate de cuivre	*ãã*	1 gramme.
Chlorure de sodium		
Acide tartrique		50 centigr.
Bleu soluble	1/2 à	1 centigr.
Eau distillée	*ãã*	10 grammes.
Glycérine		

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine d'Amiens. — M. Moulonguet, suppléant, est nommé professeur de pathologie externe.

M. Peugniez, suppléant, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

— *École de médecine de Limoges.* — M. le docteur Thouvenet est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques, en remplacement de M. Delotte, appelé à d'autres fonctions.

— *Muséum.* — M. Phisalix (Césaire-Auguste), chef des travaux de zoologie et de botanique à la Faculté des sciences de Besançon, est chargé des fonctions d'aide-naturaliste près la chaire de pathologie comparée, pendant la durée du congé accordé à M. Gibier.

M. Lesne est nommé préparateur de la chaire de zoologie, en remplacement de M. Sauvinet.

M. Morot est nommé aide-naturaliste près la chaire de botanique (organographie et physiologie végétale), en remplacement de M. Leclerc du Sablon.

— M. le docteur Ricau (Louis), médecin de colonisation dans la commune de Condé-Smendou (Constantine) vient de recevoir une médaille d'honneur en argent. A fait preuve d'un zèle et d'un dévouement au-dessus de tout éloge, lors de l'épidémie de choléra qui a sévi en 1886, sur le territoire de cette commune.

— M. le docteur Firmin, médecin du lycée Charlemagne et de l'Académie nationale de musique, et M. Perrier, professeur administrateur au Muséum, sont nommés membres de la commission consultative des bibliothèques populaires communales et libres.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 22. — JEUDI 20 FÉVRIER 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 20 FÉVRIER 1890. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les honneurs de la séance ont été certainement pour la très belle étude que nous adresse, de Lyon, un infatigable travailleur, M. le professeur Renaut. On lira avec un vif intérêt la description de la nouvelle maladie organique que notre savant confrère désigne sous le nom de myocardite segmentaire essentielle chronique.

M. Laboulbène, après la communication faite dans la dernière séance par M. Mosny, s'est souvenu de faits du même ordre qu'il avait observés à Sainte-Périne et les communique à l'Académie.

M. Chaput nous décrit un nouveau procédé d'entérorrhaphie circulaire.

Une note de M. Panas sur les anesthésiques oculaires et un rapport de M. Dujardin-Beaumetz sur un nouveau succédané du sulfate de quinine, complètent la séance.

Enfin, en comité secret, l'Académie dresse la liste de présentation au titre de correspondant étranger.

M. Lemoigne (de Milan) est placé en premier rang; en second rang et *ex æquo*, sont inscrits : MM. Bogge (de Copenhague), Fleming (de Londres) et Wirtz (d'Utrecht).

HOPITAL TENON. — M. CHAPUT.

Fistule stercorale compliquée. — Résection de l'intestin. — Nouveau procédé d'entérorrhaphie circulaire. — Guérison.

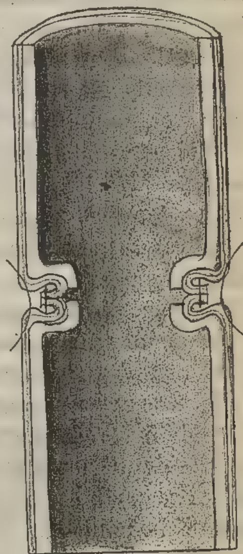
J'ai eu l'occasion, au mois de décembre dernier, d'examiner à l'hôpital Saint-Antoine, grâce à l'obligeance extrême de mon excellent collègue, M. Marchand, une malade atteinte de fistule stercorale de la région crurale droite. Cette malade avait été opérée, en 1884, de hernie étranglée, par M. Périer qui, trouvant l'intestin adhérent, avait fait la kélotomie sans réduction. A la suite de cette intervention, la malade avait eu une fistule stercorale qui s'oblitéra au bout de cinq mois.

Il y a quatorze mois, à l'occasion d'un choc violent, la hernie s'enflamma, il se fit un abcès et une fistule stercorale s'établit.

En décembre 1889, cette fistule était large, ovalaire, mesurant 3 centimètres sur 2 centimètres et demi. Elle était bordée de muqueuse. Nous décidâmes l'intervention qui, dans notre esprit, devait consister à suturer la fistule, dégager l'intestin et le réduire dans le ventre.

Le 21 décembre 1889, mon collègue, M. Marchand, eut la grande bonté de me confier l'opération. Je fis une longue incision verticale, partagée en son milieu par la fistule. Nous trouvâmes l'intestin peu adhérent; il fut facile de le libérer. J'excisai alors la fistule et m'aperçus que le bout inférieur de l'intestin était fortement rétréci par un anneau rigide. Sur le conseil de MM. Marchand et Monod, présents à l'opération, je fis la résection de l'anse avec ligature du mésentère.

J'exécutai alors la suture circulaire de la façon suivante : avec la curette tranchante, j'abrase la muqueuse sur une hauteur de 1 centimètre et sur toute la circonférence des deux bouts de l'intestin. J'applique une série de points de suture mettant au contact les surfaces internes avivées. Cette première ligne de suture donne lieu à une crête saillante, dont on aura facilement idée en se figurant deux chapeaux posés l'un sur l'autre, bords contre bords. Je cautérise alors largement la ligne de suture à l'aide d'une solution de chlorure de zinc à 10 p. 100, afin de faciliter les adhérences péritonéales. Puis, j'exécute une suture de Lembert, passant de chaque côté à 1 centimètre de la première ligne de suture. Celle-ci disparaît au fond d'un sillon, lorsque les seconds fils sont serrés. L'aspect de la suture, sur une coupe verticale, est assez semblable à la figure qu'on obtiendrait en plaçant deux S en regard, et en les suturant par leurs parties contiguës. La suture achevée, je coupai tous les fils au ras, sauf un seul dont je passai les deux chefs à travers les lèvres cutanées et que je nouai ensemble lâchement. Pas de réunion de la plaie cutanée. Le lendemain, la malade expulsa son intestin au dehors, dans un effort de vomissement; j'arrivai peu



d'heures après l'accident, je lavai l'anse au sublimé et réduisis. Je pus constater que la ligne de suture était à peine visible ; les fils avaient disparu dans l'épaisseur des tissus. La malade guérit sans fistule et sans autre incident. Elle sortit de l'hôpital le 20 janvier 1890.

J'avais déjà employé ce mode de suture chez le chien. C'est ce qui m'avait permis d'oser l'essayer chez l'homme.

LA MYOCARDITE SEGMENTAIRE

ESSENTIELLE CHRONIQUE

Par M. le professeur Renaut (de Lyon).

Cette cardiopathie nouvelle est symptomatiquement caractérisée par un complexus morbide typique, aussi aisément reconnaissable au lit du malade que celui de n'importe laquelle des maladies du cœur aujourd'hui classées.

Anatomiquement, la myocardite segmentaire essentielle est caractérisée par ce que j'appelle la dissociation segmentaire du tissu musculaire du cœur. Cette lésion consiste essentiellement dans le ramollissement du ciment qui unit bout à bout les cellules musculaires cardiaques, et les soude entre elles sous forme de fibres arborisées. Il est clair que, si ce ciment vient à disparaître, les fibres du myocarde ne fourniront plus une contraction homogène continue, ni suffisamment active, et que l'asthénie cardiaque suivra fatalement.

C'est ce qui arrive dans la myocardite segmentaire essentielle, tout aussi bien que dans les myocardites segmentaires symptomatiques des affections valvulaires du cœur, des péricardites chroniques, de l'hypertrophie symptomatique de l'artério-sclérose et du mal de Bright dans sa forme interstitielle ; mais, dans la cardiopathie nouvelle que je décris, la myocardite segmentaire existe seule. La fonte du ciment est la seule lésion que l'on trouve à l'autopsie. Le myocarde est flaccide. La coloration est tantôt couleur feuille morte, ou jaune-sépia, ou d'une teinte gris tourterelle légèrement rosée. Le ventricule se déchire sous le doigt comme du carton mouillé, exactement comme l'utérus d'une femme récemment accouchée. L'examen histologique, par la méthode des coupes, révèle alors partout de nombreux foyers de dissociation segmentaire, soit isolés, soit unis entre eux par des traînées de communication, soit, enfin, une dissociation segmentaire à peu près diffuse dans toute l'étendue des coupes.

A ce point de vue, il est d'une importance capitale d'indiquer que, même dans les cas où la dissociation segmentaire est discrète dans les parois cardiaques, elle est constamment ou très largement répandue, ou même absolument diffuse dans les muscles papillaires moteurs valvulaires de la mitrale. Le stroma connectif et vasculaire du cœur est sain.

La description symptomatique se rapporte exclusivement à cette anatomie pathologique.

Le complexus morbide de la myocardite segmentaire s'observe surtout chez les vieillards.

Le signe révélateur habituel et constant de la maladie est l'arythmie du pouls et du cœur, et ce qui est typique, c'est que cette arythmie se produit sans hypertrophie préalable ; du côté du pouls elle s'effectue sans modifier les caractères du tracé normal, en tant que forme générale de la pulsation.

Ainsi, par exemple, prenons un vieillard ; sa pulsation artérielle présente comme caractère : une ascension droite, souvent avec crochet, très haute — plateau — descente accidentée par le dicrotisme, et rejoignant la ligne d'ascension suivante à angle aigu. Or, les choses restent telles dans la myocardite segmentaire ; jamais, quel que soit le degré d'arythmie, le pouls ne prend la configuration du pouls asystolique des maladies valvulaires ; jamais il ne devient petit, inégal, intermittent et irrégulier. Sa grande amplitude persiste ; mais, à part cela, les modifications sont considérables et caractéristiques.

Il y a deux formes de pouls sénile myocardique. Le faux pouls régulier, dans lequel, avec un pouls sénile type, on trouve que les diverses pulsations artérielles consécutives ne sont ni équipotentielles, ni équidistantes ; l'amplitude pouvant varier sur le tracé de 8 millimètres à 13, tandis que l'intervalle des ascensions artérielles variera de 8 millimètres à 19. Le pouls n'a donc qu'une apparence de régularité, l'arythmie insensible au doigt n'en existe pas moins, si l'on étudie avec soin le tracé.

D'autres fois, on observe ce que j'appelle le pouls arythmique vrai multiforme. Sous le doigt, il semble n'exister que quelques intermittences ; mais, l'examen de tracés consécutifs pris pendant un quart d'heure, on retrouve d'innombrables variations qui ne se réalisent dans aucune autre cardiopathie. Individuellement, les pulsations ont gardé leur caractère normal ; prises d'ensemble, on les voit d'instant en instant changer de hauteur, de distance entre elles. Les variations d'un tel pouls défient toute description, et rien n'est saisissant comme de les voir se modifier ainsi de tracé en tracé, de minute en minute.

Un observateur qui ne verrait pas prendre ces tracés et les examinerait un à un croirait que chacun d'eux émane de malades différents.

Le second signe est l'effacement du choc précordial localisé. Le choc, toujours à sa place, est diffus ou totalement absent, en tout cas impossible à localiser.

Le troisième signe physique consiste dans ce que j'appelle la matité rectangulaire. C'est une matité limitée par quatre bords droits parallèles deux à deux. Dans le sens vertical, le bord externe remonte du cinquième espace verticalement dans le troisième toujours en dedans de la ligne mamelonnaire ; le bord interne va de la sixième ou septième articulation synchondro-sternale au troisième espace, sans que, pour ainsi dire, jamais la matité dépasse le bord gauche du sternum, qu'elle longe en règle. Deux traits transversaux terminent, en haut dans le troisième espace, en bas dans le cinquième, la figure typique de la matité. L'hypertrophie du cœur gauche et la dilatation du cœur droit sont étrangers à cette cardiopathie. Leur absence constante est l'un des caractères les plus frappants de cette singulière affection.

L'auscultation révèle toujours l'affaiblissement des bruits normaux et l'irrégularité plus ou moins accusée du rythme. Dans un certain nombre de cas ces signes existent seuls, mais, tôt ou tard, on voit apparaître un autre signe, tantôt épisodique, tantôt permanent, que je considère comme des plus caractéristiques : c'est le souffle systolique médio-cardiaque.

C'est un souffle doux, souvent extrêmement léger, siégeant à égale distance du lieu du choc de la pointe du cœur et de celui du battement des sigmoïdes aortiques. Son maximum est donc au milieu du cœur.

En outre, il n'irradie point horizontalement vers l'ap-

pendice xiphoïde, ni vers l'aisselle. Il ne s'entend plus en dehors du lieu du choc précordial.

A droite et à gauche seulement de son point maximum il se propage, en décroissant à une petite distance : soit sur une largeur du pavillon du stéthoscope. C'est donc à la fois un souffle systolique, médiocardiaque et limité, dont le dernier caractère est de n'être accompagné d'aucun bruit harmonique surajouté au souffle fondamental. C'est même par là qu'on peut le distinguer à coup sûr des souffles dus à l'endocardite déformante de la valvule mitrale.

C'est à la dissociation segmentaire des muscles papillaires des valvules auriculo-ventriculaires que doit être attribué le souffle médiocardiaque que je viens de décrire. Dans ces conditions, en effet, les valvules laissent passer une petite quantité de sang et on s'explique ainsi les caractères du souffle qui est doux et peu intense.

Un dernier grand caractère du souffle médiocardiaque est son instabilité. Chez un même malade, il peut faire défaut pendant de très longues périodes d'arythmie, puis il s'établit et persiste. D'autres fois, s'il s'agit par exemple de myocardiaques emphysémateux, l'arythmie existe seule pendant l'été, tandis qu'elle sera accompagnée du souffle pendant l'hiver, alors que la bronchite aura exagéré la surcharge de la circulation pulmonaire. Parfois, ce souffle est intermittent dans ses apparitions, mais le plus souvent il est permanent avec des alternatives de renforcement et d'atténuation.

A ce quadrige de signes physiques s'ajoutent quelquefois les particularités suivantes :

Contrairement à ce qui se passe dans les maladies organiques du cœur, arrivées à la période d'asthénie myocardiaque et d'arythmie du pouls, la tuméfaction du foie et la sensibilité de cet organe à la palpation à droite du creux épigastrique manquent absolument et toujours.

Il n'existe aussi ni veinosités du visage, ni signes de dilatation du cœur droit. Les grands réservoirs veineux ne sont jamais encombrés. Néanmoins, chez 81 p. 100 des malades, on observe, aux malléoles et à la région prétibiale, un œdème minuscule que j'appelle œdème latent; mais, jamais, les malades ne présentent le tableau classique de l'asystolie vulgaire. Jamais non plus il n'y a de réduction dans la quantité des urines.

Les terminaisons véritablement propres à la myocardite segmentaire essentielle sont :

1° La mort par syncope brusque; nous l'avons relevée dans un septième des cas;

2° La terminaison, plus fréquente, par asystolie.

Jamais je n'ai noté la rupture du cœur.

Un rien tue les individus atteints de myocardite segmentaire. Plusieurs de mes malades, chez lesquels la cardiopathie était pour ainsi dire latente, ont été jetés en pleine asystolie par un simple rhume. La fragilité des vieillards, la gravité, la ténacité chez eux de la moindre bronchite, l'influence déplorable et bien connue des moindres traumatismes sur eux, n'ont, en réalité, d'autre raison d'être que l'existence d'une myocardite segmentaire essentielle plus ou moins accusée, souvent latente jusque-là. Ils ne peuvent vivre, en somme, que si rien ne dérange le régime circulatoire auquel leur cœur si faible suffit encore.

La condition pathogénique primordiale de la myocardite segmentaire est la sénilité. On peut presque dire que le cœur du vieillard est fatalement atteint par la dissociation segmentaire du myocarde. Toutefois, je ne puis préciser les conditions étiologiques qui engendrent cette maladie chez le vieillard et je serais disposé à la considérer comme constituant, pour le cœur des sujets âgés, un cas particulier de l'involution sénile.

Chez les sujets d'âge moyen, l'étiologie est un peu plus claire; j'ai relevé, dans les antécédents de semblables malades, l'alcoolisme, les fièvres graves et en particulier la fièvre typhoïde. Relativement à cette dernière maladie, je ne serais pas éloigné de croire que l'irrégularité du pouls, parfois poussée jusqu'à l'arythmie temporaire, ne serait pas un signe révélateur d'une dissociation segmentaire légère du myocarde, tout autant qu'elle demeure jusqu'ici un signe inexpliqué de la convalescence confirmée de la dothiénentérie et des fièvres similaires.

Les malades, dont il vient d'être question, sont justiciables de la digitale et des toniques généraux. Quand l'arythmie existe, je donne la macération à dose décroissante; puis la digitaline et enfin le vin de Champagne. Ces malades étant des vulnérables, on doit les protéger contre les actions pathogènes, surtout contre la bronchite qui, chez eux, est très grave.

Lorsque cette bronchite existe, comme cela n'est que trop fréquent chez les vieillards, elle doit être soignée par les toniques du cœur et les régulateurs de la circulation artérielle. Tout vieillard enrhumé, dont le rhume ne finit pas, est justiciable de la digitale parce que ce rhume est entretenu par la myocardite segmentaire qui favorise les stases intra-pulmonaires. A la digitale j'ajoute l'ergot de seigle, comme tonique des vaisseaux dans la bronchite des vieillards.

Depuis que j'ai adopté cette pratique, je ne vois plus la mort des vieillards survenant à la suite d'un rhume léger, et alors qu'à l'autopsie on ne trouvait rien autre chose qu'un degré plus ou moins accusé de dissociation du myocarde, à peine trahi pendant la vie par le faux pouls régulier ou un souffle médiocardiaque parfois à peine appréciable.

THÉRAPEUTIQUE

Un succédané du sulfate de quinine.

Par M. G. Dujardin-Beaumetz.

Le « panbotano », de la famille des légumineuses mimosées, est un arbre originaire du Mexique. Peu répandu en Europe, cet arbre y est connu depuis le milieu du siècle dernier, et à l'heure actuelle, en Angleterre, on en cultive quelques pieds dans des serres. Moi-même j'ai fait quelques expériences sur le panbotano, mais je ne les ai pas poursuivies.

Son écorce a été étudiée, au point de vue pharmacologique, par M. Villejean, qui y a trouvé des matières grasses, du tanin, etc., mais qui n'a pu trouver encore — et c'est là le point important — ni alcaloïde, ni glucoside.

La forme adoptée par M. Valude, pour l'administrer à ses malades, a été la macération et l'extrait alcoolique. La macération, qui a été employée de préférence, se prépare de la façon suivante : on met dans un litre d'eau 70 grammes d'écorce concassée, lorsqu'il s'agit d'un adulte, 35 grammes lorsqu'il s'agit d'un enfant; on fait bouillir jusqu'à ce que le liquide soit réduit à un demi-litre, et ce demi-litre est pris en vingt-quatre heures par le malade.

M. Valude nous donne l'histoire de quinze malades auxquels le médicament a été administré; sur ce nombre, il n'y en a que huit qui avaient des fièvres intermittentes palustres, ce sont les seuls

qui offrent quelque intérêt au point de vue qui nous occupe. Or, chez ces huit malades, une seule dose, quelquefois deux doses, auraient suffi pour faire disparaître des fièvres tierces caractérisées. Le médicament est assez facilement toléré; M. Valude n'a noté que quelques nausées, quelquefois des vomissements sans gravité, chez les malades qui en ont absorbé. Pour éviter ces accidents, il conseille d'administrer le médicament à jeun.

Les résultats cliniques, que nous donne l'auteur, ne sont accompagnés d'aucune considération sur l'action physiologique du médicament.

Si on joint, à cette absence de renseignements physiologiques, le petit nombre d'observations recueillies, l'absence présumée d'un alcaloïde spécial à la plante, on comprendra que, jusqu'à nouvel ordre, on ne devra accepter qu'avec réserve les résultats signalés par M. Valude. Depuis longtemps, on a essayé de remplacer le sulfate de quinine, et toujours on a dû revenir à ce précieux médicament — les substances données comme devant le remplacer n'ayant pas, jusqu'à présent, donné les résultats que l'on pouvait espérer à la suite des premières tentatives.

En sera-t-il autrement du panbotano? Je ne saurais l'affirmer et, dans l'état actuel, je crois que nous devons nous contenter d'appeler l'attention du monde savant sur cette substance, de façon à stimuler des recherches qui pourront nous permettre de formuler plus tard une opinion définitive sur sa valeur thérapeutique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 février 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. Perronnet (de Cherchell) sur l'impaludisme;

2° Un travail de M. Monin (de Paris) sur la grippe;

3° Une note de M. Le Roy sur le traitement du mal de Pott cervical.

COMMUNICATIONS

Pneumonie érysipélateuse. — M. **LABOULBÈNE** a vu autrefois, à Sainte-Périne, l'érysipèle suivi de pneumonie d'une forme spéciale.

Dans un premier cas, un pensionnaire atteint d'érysipèle de la face et sa femme qui le soignait succombèrent à la pneumonie, qui passa d'un poumon à l'autre.

Six autres personnes, qui venaient les voir, eurent successivement des pneumonies d'une nature spéciale, d'abord localisées, puis étendues à tout un poumon, gagnant ensuite le côté opposé et se terminant invariablement par la mort. De plus, un de ces malades eut, à la fin de sa pneumonie, un érysipèle de la face.

Cette forme de pneumonie double, présentant les allures de l'érysipèle par sa marche invariablement progressive, ne ressemble pas à la pneumonie double ordinaire. Aucun traitement n'a eu d'action sur ces malades.

La contagion ne paraît pas douteuse. L'agent contagieux principal est probablement le micro-organisme de l'érysipèle.

Strophantine et ouabaïne. — M. **PANAS** a essayé comparativement la strophantine, l'ouabaïne et la cocaïne sur les lapins. Ses essais ont confirmé les recherches de M. Gley; il n'a jamais observé d'irritation de la conjonctive.

Instillée dans l'œil d'un homme de cinquante ans, d'une femme de soixante-sept ans, et d'un enfant de quinze ans (œil à l'état normal), l'ouabaïne n'a déterminé ni anesthésie, ni douleur, ni congestion.

Il n'en a pas été de même avec la strophantine. Essayée sur un homme de cinquante-quatre ans, celle-ci a déterminé des douleurs très vives, avec larmoiement, sensation de brûlure, congestion intense de la conjonctive. Ces douleurs ont duré au moins deux heures. L'anesthésie cornéenne survint chez le premier malade, au bout d'un quart d'heure, et dura deux heures; elle est restée incomplète chez le second malade.

M. Panas croit pouvoir conclure : 1° que l'ouabaïne, douée de propriétés anesthésiques chez le lapin, ne paraît pas avoir d'action sur l'œil humain; 2° que la strophantine, bien que supérieure dans son action à l'ouabaïne, doit, à cause de ses propriétés irritantes très vives sur l'œil humain, céder le pas à la cocaïne.

Il en est donc de la strophantine comme de l'érythrophléine et de tous les anesthésiques proposés jusqu'ici; seule la cocaïne doit, jusqu'à nouvel ordre, continuer à mériter la faveur des ophthalmologistes.

RAPPORT

Succédané du sulfate de quinine. — M. **DUJARDIN-BEAUMETZ** lit le rapport suivant sur un travail de M. Valude (de Vierzon) consacré à un nouveau spécifique de la fièvre et des accidents paludéens. (Voir plus haut, p. 203.)

LECTURES

Nouveau procédé d'entérorrhaphie circulaire. — M. **CHAPUT** lit la note suivante. (Voir plus haut, p. 201.)

Myocardite segmentaire essentielle chronique. — M. **ROBIN** donne lecture, au nom de M. Renaut (de Lyon), d'une étude sur cette nouvelle maladie organique du cœur. (Voir plus haut, p. 202.)

Acide cyanhydrique. — M. **GRÉHANT** a recherché quelle était exactement la quantité d'acide cyanhydrique qui, introduite dans le sang, suffisait à déterminer la mort.

Il suffit d'injecter un centième de centimètre cube de ce toxique, pour déterminer, en quarante minutes, la mort d'un chien du poids de 10 kil. 600 grammes.

Malgré sa grande volatilité, cet acide reste dans le sang et se fixe sur les éléments histologiques. Il ne s'élimine que très imparfaitement par les poumons.

L'air, qui circule dans les vésicules pulmonaires, enlève au sang beaucoup moins d'acide carbonique qu'à l'état normal, et lui fournit moins d'oxygène. L'acide cyanhydrique apporte donc un trouble profond dans les phénomènes de la respiration intime des tissus et de la calorification.

COMITÉ SECRET

L'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Nocard sur les candidats au titre de correspondant étranger.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

92. M. Robineau-Duclos. Les incisions chirurgicales du rein. — 93. M. Franche. De la pleurésie consécutive au phlegmon de la paroi thoracique. — 94. M. Coffin. Étude sur le rein des tuberculeux et la néphrite tuberculeuse en particulier. — 95. M. Bruhl. Contribution à l'étude de la syringomyélie. — 96. M. Berger. La chirurgie du sinus sphénoïdal. — 97. M. Decressac. Contribution à la chirurgie du cerveau. — 98. M. Dahlepyl. Traitement opératoire des ostéo-arthrites fongueuses de l'enfance. — 99. M. Conte. Le pouls capillaire, sa pathogénie, sa valeur séméiotique. — 100. M. Planet. Tumeurs osseuses du cou. La septième vertèbre cervicale de l'homme. — 101. M. Boyer. Du cœur forcé dans l'infanterie de marine.

VARIÉTÉS

Empiriques et charlatans (XVI[e] et XVII[e] siècles) (1).

Par M. Victor FOURNEL.

II

Hieronymo peut encore passer pour l'un des types du charlatan, parce qu'il est étranger, Italien, comme Désiderio Descombes et probablement Mondor. A beau mentir qui vient de loin, dit un vieux proverbe, c'est-à-dire a beau champ pour mentir. Les faiseurs de prodiges, depuis l'opérateur forain jusqu'à Saint-Germain et Cagliostro, ont toujours aimé à cacher leurs origines. comme le Nil cache ses sources. Ils ont appris leur secret et pris leur diplôme dans quelque pays lointain : allez-y voir! Dès le XVI[e] siècle, Paris était infesté de triacleurs qui jargonnaient à qui mieux mieux, accusant l'accent exotique, au lieu de le dissimuler, car il était de mode de venir d'au delà les monts, comme aujourd'hui, pour un dentiste, d'être Américain. Déjà, en 1597, on dansait à la cour le *ballet des empiriques venus d'étranges pays* (2). Si l'on ne pouvait être d'Italie, on était tout au moins du Midi, et surtout d'Avignon.

En 1536, tandis que l'armée de François I[er] ravageait le midi de la France, pour couper les vivres à Charles-Quint, la famine et l'épidémie désolaient les soldats. Un jeune Provençal arriva au camp d'Avignon, se disant possesseur d'un merveilleux secret pour guérir tous les malades. Suisses et lansquenets l'honorèrent en masse de leur confiance, et il leur distribua avec un imperturbable aplomb de bonnes médecines de cheval qui les envoyèrent par myriades *ad patres*. Il avait déjà empoché force pistoles à ce métier, quand les malades qui n'étaient pas encore tout à fait morts se fâchèrent, et, averti par la clameur universelle, le connétable de Montmorency ordonna de le pendre, sans autre forme de procès. Comme on le menait à la potence, il fut rencontré par le dauphin Henri, à qui il demanda merci avec accompagnement de grimaces et de lazzi qui disposèrent favorablement le prince. Celui-ci lui accorda sa grâce, et le charlatan, troquant sa robe de docteur contre celle de fou de cour, qui lui allait beaucoup mieux, devint le célèbre Brusquet, si connu par son esprit, son impudence et son avidité : il n'avait pas changé de caractère en changeant de métier (3).

Vers la fin du siècle, un Turc, nommé Méhémet, se révéla à Paris « par quelques médicaments qu'il fit et bailla, dont aucuns se trouvèrent bien. Cela courut incontinent. » C'était le fils d'un riche marchand d'Alger, en trafic avec des Marseillais, pris par les Espagnols vers 1584, et mis par eux aux galères. Délivré en Hollande, à la suite d'un combat naval, il passa d'abord en Angleterre, puis en France. Il avait étudié la médecine « selon la mode de Barbarie », et connaissait surtout les simples. La Faculté de médecine le fit citer devant elle, et il se disposait à quitter Paris lorsqu'il eut une vision, plus ou moins désintéressée, à la suite de laquelle il se convertit à la religion chrétienne (4). On ne nous a pas appris la suite de son histoire.

Il faut reconnaître que tous les empiriques n'étaient pas comme Brusquet et que plusieurs, si l'on s'en rapporte aux récits des contemporains, avaient l'audace de guérir leurs malades en dehors de toutes les règles. Tallemant des Réaux nous parle, dans une historiette assez confuse, d'un garçon nommé Saint-Léger, qui avait été au service du premier médecin de l'empereur Rodolphe, grand chercheur de pierre philosophale et d'or potable. Après la mort de son maître, il revint précipitamment en France, de peur d'être enfermé, et se cacha dans un bouge. Il commença par guérir la femme de son hôte, qui était abandonnée des médecins, puis fit nombre d'autres cures admirables. Son secret consistait en une certaine poudre, qu'il fabriquait lui-même sur un petit fourneau portatif et qu'il mêlait aux drogues ordinaires. Il disparut en apprenant que la police le cherchait (1).

Avons-nous besoin de faire remarquer à ce propos que l'empirique confinait à l'alchimiste — au *souffleur*, comme on disait alors, — et que ses panacées se ressentaient souvent plus ou moins des élixirs de longue vie et eaux de Jouvence dont se préoccupaient la plupart des philosophes hermétiques? Le grand magistère poursuivi par les initiés devait donner non seulement la richesse, mais la santé et la jeunesse éternelle. La panacée universelle était l'objet de leurs recherches, aussi bien que la transmutation des métaux. L'*or philosophique* avait toutes les propriétés et toutes les vertus. Paracelse, Van Helmont père et Van Helmont fils étaient à la fois des alchimistes et des médecins. Courval-Sonnet les met sur la même ligne et les frappe des mêmes coups dans sa *Satyre contre les charlatans et pseudo-médecins empyriques, en laquelle sont découvertes les ruses et tromperies de tous thériacleurs, alchymistes, chymistes, paracelsistes, distillateurs, extracteurs de quintessence, fondeurs d'or potable*, etc.

En 1622, l'empirique Semini, — encore un Italien, — guérit M[lle] de Nevers, qui, atteinte d'une maladie très grave, n'avait pas craint de faire scandale en abandonnant la Faculté pour un de ses plus déterminés adversaires. L'exemple, d'ailleurs, est bien loin d'être isolé, et de plus grands personnages encore n'hésitaient point à appeler de ces aventuriers sans mandat. En 1661, « le sieur Marin, sage empirique », remit sur pied M. d'Epernon, duc et pair, atteint d'une maladie qu'on avait crue mortelle ; Loret lui attribue bien d'autres cures et fait un grand éloge de son « remède spécifique, — que l'on dit ne manquer jamais (2) ». Quelques années après, pendant la dernière maladie d'Anne d'Autriche, on appela successivement auprès d'elle un prêtre de village nommé Gendron ; le Lorrain Alliot, qui, d'ailleurs, était médecin dans son pays; puis un Milanais, qui ne réussit pas plus que les autres à la guérir (3). Le cas se renouvela en 1689, au lit de mort de la dauphine. Maladive, sans cesse travaillée de *vapeurs*, elle avait toujours eu du goût pour les drogues extraordinaires, comme pour les médecins d'aventure, et lorsqu'elle mourut, on dit que c'était de ses remèdes plus que de ses maux. On vit se succéder autour d'elle, dans le cours de sa maladie, trois empiriques pour le moins. Ce fut d'abord un prêtre normand dont le premier métier avait été, au collège de Navarre, d'apprendre à siffler des linottes et auquel, disait-on, un *souffleur* de ses amis avait laissé tous ses secrets. Produit à la cour par le maréchal de Bellefonds, qui s'occupait beaucoup de secrets médicaux et avait une foi robuste à l'empirisme, surtout depuis qu'il avait été guéri, une première fois en 1679, par le chevalier Talbot; une seconde, en 1681, par le frère Ange; ce prêtre, qui s'appelait l'abbé de Belzé, soulagea d'abord la dauphine. On la crut même et elle se crut guérie ; mais, après quelques mois de mieux apparent, avec des alternatives de légères rechutes, pendant lesquelles Dangeau écrit vingt fois dans son *Journal* : « La dauphine continue à se mieux porter, » on lit tout à coup : « M[me] la dauphine s'est trouvée

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 169.

(2) DE BEAUCHAMPS. *Recherches sur les théâtres*, t. III, p. 40.

(3) BRANTÔME. *Vie des grands capitaines*, liv. I, chap. LXIX. — D'Aubigné et Henri Estienne nous ont conté aussi, mais en parpaillots, l'histoire du curé de Billouet, en Normandie, « excellent radoubeur », qui racoutrait les estropiés du pays. (*Aventures du baron de Fœneste*, liv. II, chap. VI.)

(4) PALMA-CAYET. Chronologie septénaire, collection du *Panthéon*, t. II, p. 508. — Palma-Cayet nous dit également quelques mots de l'empirique l'Estoile, athée déclaré.

(1) TALLEMANT. *Pierre philosophale*, t. X, p. 64. In-12, Garnier.

(2) *Muze historiq.*, lettre du 21 mai 1661.

(3) M[me] DE MOTTEVILLE. *Mémoires*, t. V, p. 257 et suiv. (in-12, Amsterdam, 1723). — Voir, dans la *Correspondance administrative de Louis XIV*, la lettre d'un receveur des décimes écrivant de Langres à Colbert, le 7 février 1665, sur la nouvelle qu'on a mandé un curé de Vaillant pour la maladie de la reine. Il l'avertit que les remèdes de ce personnage sont très violents et très douloureux, « puisqu'il se sert de cornets couverts d'ingrédients comme sulfurés, auxquels il met le feu » (t. IV, p. 550).

fort mal cette nuit ; elle a craché beaucoup de sang. On croit que les remèdes de l'abbé Belzé lui ont fait beaucoup de mal... Elle se remet entre les mains des médecins ordinaires et a congédié M. l'abbé de Belzé, qu'elle n'a pas laissé de récompenser (1). »

Elle ne se remit pas pour longtemps entre les mains des médecins, ou du moins elle leur adjoignit bientôt le frère Ange, dont nous parlerons plus loin, mais il ne fut pas plus heureux, et il dura même beaucoup moins. C'est le 28 janvier 1690 qu'elle résolut de le faire appeler, et, dès le 27 février, Dangeau nous apprend qu'elle « a entièrement quitté les remèdes du frère Ange », et que « son mal augmente tous les jours ». En désespoir de cause, elle se rejeta sur le fameux Caretti, qui était alors à Tournay : le roi lui envoya un courrier pour le mander en toute diligence. Il se présenta le jour de Pâques, sur le soir, mais « il sentoit si fort que cela lui donna des vapeurs (à la dauphine) ; elle ne put l'entretenir. On le fera baigner, ajoute Dangeau, on lui donnera un habit neuf, afin qu'il la puisse voir demain. »

Le détail est fort réaliste et c'était là un fâcheux début, assez inattendu de la part de cet illustre empirique, qui se prétendait gentilhomme et avait eu affaire à tant de grands seigneurs. Il faut dire aussi que la dauphine avait toujours été fort sensible aux mauvaises odeurs et que sa sensibilité olfactive était sans doute affinée par son état. Lorsqu'il eut vu la malade, Caretti ne répondit point de la cure et, en homme de précaution, il ne voulut même lui donner de remèdes que sur son ordre et du consentement formel du roi. Ces remèdes ne firent qu'irriter son mal ; dès le lendemain, Caretti se récusait, et on appelait Daquin et Fagon (2).

On ne voit pas que ces médecins eussent fait une opposition sérieuse à l'intervention des empiriques. Ils ne disent qu'une chose, lorsqu'on en appelle à l'abbé de Belzé : ils croient « que c'est hasarder que de s'abandonner aux remèdes de cet homme-là, qui sont trop violents ». D'ailleurs, ils n'insistent pas, et ils ne disent rien pour les autres. Ils se contentent de se retirer, et que pouvaient-ils de plus ? Ils sentaient leur responsabilité, et quelques-uns d'entre eux n'étaient eux-mêmes que des empiriques. En 1667, le sieur de la Martinière, « médecin chirurgien et opérateur du Roy », publiait l'*Empiric* (sic) *charitable*. Un peu plus tard, l'apothicaire Nicolas Blegny, homme à projets, intrigant de haute volée, charlatan universel, qui faisait afficher à la fois des cours de médecine, de pharmacie, et de... perruques, — le même qui publia en 1692, sous le titre de *Livre commode des adresses* et sous le nom d'Abraham du Pradel, le premier almanach Bottin, recueil d'annonces et de réclames où il n'a eu garde d'oublier ses propres produits, — mettait au jour un recueil en deux in-octavo de *Secrets concernant la beauté et la santé*, et il annonçait sur le titre que cet ouvrage, destiné à faire concurrence aux *Admirables Secrets du grand* et *du petit Albert*, était compilé par ordre de M. Daquin, l'un des médecins officiels de la cour et du roi. Lui-même, ce remuant et peu scrupuleux personnage, sorti on ne savait d'où, sans titre sérieux, sans diplôme quelconque, était parvenu à se faire nommer chirurgien ordinaire de la reine et médecin ordinaire du roi, charges dont il fut dépouillé pour escroquerie. Sur l'enseigne de sa boutique d'apothicaire, il avait fait inscrire ce titre bizarre : *Chirurgien ordinaire du corps de Monsieur*. Il tenait une *Académie de nouvelles découvertes*, pour laquelle il tenta même de créer un organe qui s'appelait le *Mercure savant*. On lui doit également le *Temple d'Esculape* et plusieurs autres livres de même farine, entre lesquels il suffira de signaler celui qui est consacré à un genre de maladie de tout temps fort exploité par les charlatans.

Blegny avait fourni trop d'armes contre lui par l'impudence de ses usurpations, et la Faculté obtint son incarcération à la Bastille (3). De temps à autre, on faisait un exemple pareil, qui ne décourageait personne. Outre les raisons générales, en effet, il ne manquait pas alors de raisons particulières pour expliquer la multitude des charlatans et la faveur qui les accueillait. C'était d'abord le très petit nombre des médecins en titre. On a peine à croire, et il est certain pourtant, qu'il ne dépassait guère une centaine pour une ville de cinq à six cent mille âmes (1). Joignez-y le discrédit qu'avait encouru la Faculté par sa routine, son obstination et son étroit esprit de corps. Elle avait repoussé, sans rien vouloir entendre, la circulation du sang, l'antimoine, le quinquina, parce que ces découvertes ne venaient pas d'elle, et les charlatans dont elle condamnait les drogues avaient beau jeu à lui rappeler ces solennelles bévues pour enlever toute autorité à ses anathèmes. Enfin, elle avait le tort de trop s'enfermer dans la théorie, de ne pas faire une place assez large dans les études à la pratique, ce qui, par voie de réaction, profitait aux empiriques. Les plaisanteries de Molière sur le formalisme de la Faculté, et les paroles qu'il met dans la bouche de ses médecins pour démontrer qu'il vaut mieux tuer un malade dans les règles que de le guérir contrairement aux principes reconnus par les anciens, tournaient encore à leur bénéfice. Tomès, Diafoirus et M. Purgon ne pouvaient que donner envie de recourir à Sganarelle.

(1) *Journal de Dangeau*, juin à septembre 1689.

(2) *Idem*, édit. Firmin-Didot, t. II, p. 71, 81-5, 100. In-8°.

(3) E. Fournier. Introduct. au *Livre commode des adresses*, nouv. édit., 2 vol. in-16, 1878.

(1) M. Raynaud. *Les médecins au temps de Molière*, p. 21.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les docteurs Dupuy, Fromy et Maclaud sont nommés médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine.

— M. le docteur Combemale est nommé médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Bailleul.

M. le docteur Lapointe est nommé médecin de l'asile d'Auxerre.

M. le docteur Bresson est nommé directeur de l'asile de Montdevergne.

M. le docteur Josserand est nommé directeur de l'asile du Mans.

M. le docteur Chambard est nommé médecin en chef de l'asile de Cadillac.

M. le docteur Fabre est nommé directeur de l'asile de Saint-Dizier.

M. le docteur Bessière est nommé médecin-directeur de l'asile Saint-Alban.

— M. le docteur Milet est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Noyon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs André, ancien médecin militaire ; Caillet, interne des hôpitaux de Lyon ; Danias (de Saint-Dizier) et Rousseau (d'Auxerre).

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu le samedi 22 février, à huit heures et demie très précises du soir, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, et, 14, rue des Poitevins, « Les glaciers polaires et les phénomènes glaciaires actuels », par M. Charles Rabot.

Les projections seront faites par M. Molteni.

— La société Franklin donnera, le dimanche 23 février, à trois heures, à l'hôtel Continental, une matinée au profit des bibliothèques des hôpitaux militaires, sous la présidence de M. Jules Simon. Le président de la République et le ministre de la Guerre seront officiellement représentés.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. D. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Diagnostic du cancer de l'estomac (1).

Par M. le docteur Gaston LYON,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

c. EXAMEN DES URINES. — L'examen de l'urine peut fournir quelques indications qui ont leur importance, mais il s'en faut que cet examen soit aussi probant que le veut Rommelaere. On peut trouver dans les cas de cancer de l'estomac :

1. La diminution du taux de l'urée ;
2. La diminution du taux des phosphates ;
3. Une certaine quantité d'albumine ;
4. Une certaine quantité de glucose ;
5. De l'indican ;
6. Des peptones.
7. De l'urobiline.

1. *Diminution de l'urée.* — Rommelaere (2) a appelé l'attention sur la valeur diagnostique de la diminution de l'urée dans les cas de cancer ; d'après lui, chez tout dyspeptique dont l'urine présente un taux d'urée inférieur à 12 grammes, on doit songer au cancer ; par contre, si le taux de l'urée est supérieur à 12 grammes, il ne peut s'agir de cancer ; il reconnaît d'ailleurs que cette diminution du taux de l'urée peut se rencontrer dans la tuberculose pulmonaire, le mal de Bright, l'abstinence alimentaire prolongée, etc.

Les assertions de Rommelaere ont bien vite trouvé des contradicteurs. M. A. Deschamps, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, a observé des cas de cancer où l'urée a été au-dessous du taux indiqué par Rommelaere et des cas dans lesquels le chiffre de l'urée a été supérieur ; dans un cas de cancer du foie, l'urée était tombée à 4 grammes.

M. A. Robin (3) a montré que le taux de l'urée ne dépend pas du cancer, mais est en rapport avec la nutrition ; l'urée peut rester normale et même augmenter chez les cancéreux qui continuent à s'alimenter, et, d'autre part, l'urée peut diminuer considérablement dans des affections chroniques d'organes autres que l'estomac, si les malades vomissent leurs aliments ou cessent de se nourrir. M. Robin a cité des observations d'individus atteints de cancer gastrique, hépatique ou vésical, se nourrissant relativement bien et chez lesquels la moyenne du taux de l'urée a été de 14gr16, 17gr50, 26gr85 et même 33gr79.

M. Kirmisson (1), au Congrès de chirurgie de 1885, a repris la question au point de vue du diagnostic des cancers en général ; il a constaté qu'en effet, les cancéreux présentent habituellement des chiffres d'urée inférieurs à 10 grammes ; mais ils peuvent aller au delà, et, d'autre part, il n'est pas que les cancéreux qui présentent un taux d'urée aussi faible.

Chez un de ses malades, M. Jaccoud a trouvé plus de 12 grammes d'urée.

2. *Diminution des phosphates.* — En 1884 (2), Rommelaere a proposé le diagnostic du cancer par l'hypophosphaturie. D'après lui :

a. Les cas de cancer entraînent constamment à leur suite de l'hypophosphaturie ;

b. Cette hypophosphaturie n'est pas sous la dépendance du régime alimentaire des malades, elle n'est pas le résultat d'une réduction alimentaire ;

c. Elle trahit une viciation de la nutrition intime, au même titre que l'hypo-azoturie ;

d. La chlorurie est réduite dans les cas de cancer, mais d'une manière peu prononcée et qui n'est pas constante.

M. Jaccoud, chez l'un de ses malades, a constaté seulement 1gr34 et 1gr46 d'acide phosphorique, c'est-à-dire la moitié de la quantité normale, et seulement 85 et 70 centigrammes de chlorure, alors que la dose physiologique est de 11 grammes. M. Jaccoud serait disposé à accorder, à la rareté de ces substances, une signification plus grande qu'à la diminution de l'urée.

En somme, l'hypo-azoturie par elle-même n'est pas l'indice positif de l'existence d'un cancer de l'estomac, puisqu'elle peut se rencontrer dans divers états morbides, tels que la tuberculose, les néphrites, l'inanition. Mais par

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 181.
(2) ROMMELAERE. *Journal de médecine de Bruxelles*, 1883.
(3) A. ROBIN. *Gazette médicale de Paris*, 1884, p. 385.

(1) KIRMISSON. *Compte rendu du Congrès de chirurgie*, 1885, p. 166.
(2) ROMMELAERE. Loc. cit., novembre 1884.

contre, dans les cas où l'on hésitera entre un ulcère de l'estomac et un cancer, surtout à une période avancée de la maladie, la conservation du taux normal de l'urée témoignera, d'une façon presque certaine, qu'il s'agit d'un ulcère stomacal.

M. Rauzier (1) a récemment relaté un cas d'un diagnostic fort difficile, où la présence d'une grande quantité d'urée dans l'urine permit de trancher le différend en faveur de l'ulcère ; la veille de la mort, le chiffre de l'urée était de 27gr2 ; à l'autopsie, on trouva un ulcère simple au voisinage du pylore.

3. *Albumine.* — On trouve parfois des traces d'albumine à la période ultime du cancer.

4. *Glucose.* — On peut également trouver du sucre dans quelques cas, ce qui indique que le cancer de l'estomac se complique de cancer du pancréas, surtout si l'on constate, en même temps, d'autres signes qui seront énumérés plus loin.

5. *Indican.* — Les urines contiennent souvent de notables quantités d'indican ; elles se colorent en bleu rougeâtre ou en bleu foncé, quand on remplit un verre à expérience moitié d'urine, moitié d'acide chlorhydrique pur, et que l'on y ajoute avec précaution 1 à 3 gouttes d'une solution concentrée fraiche de chlorure de calcium (recherche de l'indican de Jaffé).

V. Jaksch a observé, par exception, la coloration rouge vin de Bourgogne, que prend parfois l'urine quand on l'additionne d'une solution de perchlorure de fer très étendue (coloration attribuée autrefois à la présence d'acétone dans l'urine).

6. *Peptonurie.* — On a signalé, dans ces derniers temps, la fréquence de la peptonurie dans le cancer. Maixner a trouvé des peptones, d'une façon régulière, dans douze cas de cancer, et Pacanowski a signalé également sa fréquence. D'après ce dernier, les peptones proviendraient des masses cancéreuses ramollies et soumises en partie à la résorption ? Ce qui infirme cette hypothèse, c'est la constatation, plusieurs fois signalée, de peptonurie au cours de la dilatation de l'estomac.

Maixner admet que les peptones qui, à l'état normal, sont déshydratées, transformées au moment de leur passage à travers la muqueuse saine, sont absorbées par cette muqueuse ulcérée et qu'elles pénètrent en nature dans le sang, d'où peptonurie consécutive. Le réactif de M. Tanret (iodure double de potassium et de mercure) suffit, le plus souvent, pour la recherche des peptones, à la condition que les malades ne prennent pas d'alcaloïdes.

7. *Urobilinurie* — L'urobilinurie existe lorsque le foie est intéressé secondairement (Tissier).

d. Examen du sang. — On a fréquemment pratiqué, dans ces derniers temps, l'examen du sang des cancéreux ; nous résumerons, d'après M. Hayem (2), les altérations principales qu'il présente dans le cancer de l'estomac.

On peut observer :

Des altérations de nombre et de forme des globules rouges et des leucocytes ; des altérations morphologiques des hématoblastes, la diminution des chlorures du sang et de l'hémoglobine.

(1) Rauzier. *Gazette hebdomadaire*, 1889, p. 301.
(2) Hayem. *Du sang et de ses altérations anatomiques*, 1889.

Au début, les globules restent normaux ; plus tard, au bout d'un temps variable, commence la déglobulisation progressive, qui, dans certains cas, atteint un degré extrême avant la mort.

Au début, les altérations des *hématies* sont peu marquées ; plus tard, quand le nombre des éléments est inférieur à trois millions, elles deviennent aussi prononcées que dans la chlorose intense ; le nombre des globules rouges peut même descendre à un million et au-dessous ; dans ce dernier cas, le disque des hématies est particulièrement diffluent ; à côté des globules petits ou nains, on trouve un certain nombre de globules géants ; parfois même, on voit apparaître quelques globules rouges à noyau.

On observe encore, dans l'anémie cancéreuse, des altérations des globules rouges qui simulent la présence de parasites dans le sang et pourraient être désignées sous le nom de *pseudo-parasitaires* (M. Hayem).

Les *leucocytes* (1) subissent également des modifications numériques et qualitatives ; les premières sont précoces, les secondes sont ultimes.

Les cancers de l'estomac se divisent en deux groupes à peu près égaux, suivant qu'ils s'accompagnent ou non d'une augmentation du nombre des globules blancs. Il est probable, dit M. Hayem, que dans les cas où le nombre des globules blancs reste sensiblement normal, la maladie, appelée cancer de l'estomac, est due au développement d'un épithéliome.

Les *hématoblastes*, enfin, sont altérés ; mais leur chiffre ne descend au-dessous de la normale, que dans les derniers jours de la maladie ; on voit, dans le sang des cancéreux, une accumulation d'hématoblastes de toutes tailles, ce qui prouverait que le ralentissement dans la formation du sang est dû, non pas au résultat d'un arrêt dans la formation des hématoblastes, mais est plutôt la conséquence de l'insuffisance des matériaux nécessaires à leur nutrition.

Signalons encore la diminution des *chlorures* (Stricker) et celle de l'*hémoglobine.* Eicchorst a vu la proportion d'hémoglobine tomber à 40 et 30 p. 100 de la quantité normale.

D'après Hœberlin (2), dans la grande majorité des cancers de l'estomac, il y a une perte de plus de 50 p. 100 en hémoglobine.

IV

Diagnostic des formes anomales

Nous avons soumis à une critique minutieuse les signes classiques du cancer ; nous avons apprécié la valeur des signes nouveaux proposés dans ces dernières années et nous avons conclu que, même en présence des signes habituels du cancer, un diagnostic précis n'était pas toujours possible. Combien grandes sont les difficultés auxquelles se trouve aux prises le praticien, lorsque le cancer revêt ces formes anomales dont nous allons maintenant nous occuper !

On sait, depuis longtemps, que le cancer de l'estomac peut exister sans donner lieu à d'autres symptômes que la perte des forces, l'amaigrissement, quelques troubles digestifs insignifiants ; Valleix, Grisolle connaissaient ces cas de cancer qui, en raison de leur siège, restent sans effets

(1) Alexandre. *De la leucocytose dans le cancer*, Thèse de Paris, 1887.
(2) Hœberlin. *Munchen. Med. Wochens.*, 1888.

locaux et ne déterminent que la cachexie ; ce que l'on ignorait, c'est que le cancer latent de l'estomac peut produire de l'ascite comme une cirrhose, de l'anasarque comme un mal de Bright, qu'il peut simuler parfaitement une tuberculose ou une bronchite, une maladie du cœur, etc. (1).

Dans certains cas, le cancer est absolument *latent* et constitue une trouvaille d'autopsie. La thèse de M. Chesnel contient six observations de ce genre. De ces 6 cancers, 3 étaient d'assez vieille date, puisque 2 étaient arrivés à la période d'ulcération, et que le troisième avait envahi le colon transverse.

Plus importante est la forme de cancer latent dite *dyspeptique* ; dans cette forme, l'attention est appelée du côté de l'estomac par les troubles digestifs, mais l'on ne songe pas au cancer, parce que ces troubles sont peu nombreux et d'une bénignité apparente.

Certains malades ont de l'anorexie passagère, une douleur modérée au creux épigastrique, quelques vomissements alimentaires ou muqueux, de la constipation, tous symptômes communs à la plupart des dyspepsies, et qui ne sont pas assez accentués pour éveiller l'idée du cancer.

A côté de cette forme dyspeptique, il convient de placer celle que revêt le *cancer chez les femmes enceintes*. Il faut avouer que, dans ces conditions, qui se présentent assez rarement, l'erreur est pour ainsi dire inévitable (2). On met les vomissements sur le compte de la grossesse, et pour peu que ceux-ci acquièrent une fréquence inusitée et soient rebelles à tout traitement, on les qualifie de vomissements incoercibles et on les traite comme tels. L'œdème des membres inférieurs, qui accompagne volontiers le cancer précoce, s'explique naturellement par les causes multiples qui provoquent cet œdème pendant la grossesse ; la teinte jaune paille fait habituellement défaut dans ces cas ; elle est remplacée par une simple pâleur, avec décoloration des muqueuses ; aussi conçoit-on que, dans quelques cas, on ait provoqué l'accouchement prématuré comme ressource suprême contre les prétendus vomissements incoercibles. Deux circonstances pourront mettre sur la voie du diagnostic : l'apparition des vomissements avant le début de la grossesse et leur persistance au delà du terme habituel. Enfin l'examen du suc gastrique ne pourra être négligé.

Le cancer latent peut revêtir la forme d'*anasarque* ; c'est même l'une des formes les plus fréquentes ; on songe immédiatement à une maladie du cœur ou au mal de Bright ; mais l'examen du cœur révèle l'intégrité de cet organe et celui des urines démontre l'absence d'albumine ; on pense d'autant moins au cancer de l'estomac, que cette forme appartient au cancer précoce et que l'âge des sujets fait exclure *a priori* l'hypothèse du cancer ; dans les cas de ce genre où l'anasarque ne trouvera pas son explication par une affection du cœur et des reins, on devra porter son attention du côté de l'estomac, se livrer à une enquête minutieuse sur l'état des fonctions digestives et tenir compte des symptômes, en apparence, les plus insignifiants.

Souvent, d'ailleurs, les malades appellent d'eux-mêmes l'attention du médecin, sur l'état peu satisfaisant de leur digestion ; ils ont quelques douleurs et vomissent de temps à autre.

(1) Chesnel. *Cancer latent de l'estomac*. Thèse de Paris, 1877.

(2) Audibert. *Lyon médical*, 1876, p. 511. — Vaslin. *Bulletin de la Société anatomique*, 1868, p. 129 ; — Féréol. *Annales de gynécologie*, 1874, p. 174.

Lorsque le cancer latent s'accompagne d'une *ascite*, l'erreur est le plus souvent inévitable et le plus souvent on fait le diagnostic de cirrhose, surtout si le malade présente des antécédents alcooliques. Dans un cas de M. Dagron (1), le malade avait bon appétit, pas de vomissements ; l'ascite était considérable, la circulation veineuse sous-cutanée très développée, les urines rouges et briquetées, et le malade était un alcoolique avéré. On porta le diagnostic de cirrhose atrophique.

D'autres fois, on songe à une péritonite chronique à forme ascitique (2).

Enfin, si l'on reconnaît le cancer du péritoine, dont cette ascite est le plus souvent symptomatique, on ne trouve pas le cancer de l'estomac qui l'accompagne.

Quelquefois le cancer de l'estomac a simulé l'*obstruction intestinale* (3). M. Landouzy a rapporté un cas de ce genre : il s'agissait d'un jeune garçon de dix-sept ans, atteint d'une constipation opiniâtre et de vomissements ; on constatait, sur le trajet du colon transverse et surtout dans la fosse iliaque gauche, des masses dures, indolores, qui se déplaçaient et furent expulsées par les purgatifs ; à droite et en haut de l'ombilic, était une masse dure, mate, peu douloureuse et immobile. A l'autopsie, on trouva un cancer du pylore.

Une femme, âgée de quatre-vingt-cinq ans, entra dans le service de M. Quénu avec le diagnostic de hernie étranglée ; les anneaux herniaires étaient libres ; mais depuis quatre mois, la malade avait des douleurs et des vomissements ; ceux-ci étaient devenus incoercibles depuis trois semaines et la constipation était absolue depuis dix-sept jours, lorsqu'apparurent des vomissements fécaloïdes ; on porta le diagnostic d'obstruction de l'intestin, déterminée vraisemblablement par un cancer de cet organe ; ce fut un cancer du pylore que l'autopsie révéla (4).

Quelquefois, c'est une diarrhée persistante, qui, jointe à la cachexie, fait songer à un cancer de l'intestin, alors que l'estomac est seul en cause.

Le diagnostic est encore plus malaisé, lorsque le cancer prend le masque d'une *affection thoracique*. Plusieurs éventualités peuvent se rencontrer :

1. On peut croire à une tuberculose pulmonaire et, à l'autopsie, c'est un cancer de l'estomac que l'on découvre ;

2. La tuberculose existe réellement, mais elle évolue parallèlement au cancer qui reste ignoré ;

3. Il existe une affection pulmonaire que l'on croit être une phthisie aiguë et on ne trouve, à l'autopsie, qu'un cancer de l'estomac, avec lymphangite cancéreuse consécutive dans les poumons.

Il est probable qu'à l'avenir, les méprises de ce genre pourront être évitées, la recherche des bacilles, dans les cas douteux, s'imposant au même titre que l'analyse du suc gastrique.

L'une des formes les plus fréquentes du cancer latent est la forme *cachectique*. On voit des malades tomber dans une cachexie progressive et que n'expliquent ni les signes physiques, ni les troubles fonctionnels. On devra toujours songer au cancer viscéral, lorsque cette cachexie ne trou-

(1) Dagron. *Bulletin de la Société anatomique*, 1886, p. 327.

(2) Gombault. *Idem*, 1886, p. 33.

(3) Landouzy. *Idem*, 1875.

(4) Quénu. *Idem*, octobre 1881.

vera pas son explication dans la tuberculose, le mal de Bright, ou une affection cardiaque. Quant à l'anémie pernicieuse progressive, on pourra, en général, la reconnaître aux hémorrhagies qui l'accompagnent, aux ascensions thermiques, aux souffles vasculaires et cardiaques, à la rareté des globules blancs du sang et des hématoblastes, etc.

Quelquefois, d'ailleurs, on sera mis sur la voie du diagnostic du cancer par l'apparition de la teinte jaune paille, de la phlegmatia alba dolens, de l'adénopathie sus-claviculaire, des nodosités sous-cutanées symptomatiques de la carcinose généralisée.

Dans les cas où le cancer de l'estomac *se généralise*, il peut passer inaperçu, alors que l'on reconnaît uniquement les autres localisations cancéreuses. L'erreur se commet surtout lorsque le cancer atteint un organe voisin de l'estomac, comme le pancréas, le foie, l'épiploon, le rein. Nous reviendrons sur ce point, lorsque nous traiterons du diagnostic des complications.

Nous devons maintenant signaler brièvement les particularités qui distinguent le cancer de l'estomac, suivant l'âge auquel il se montre.

C'est à l'âge où le cancer apparaît le plus volontiers, c'est-à-dire de quarante à soixante ans, qu'il se présente habituellement avec le cortège des symptômes classiques ; en deçà et au delà de ces limites moyennes, il revêt souvent le caractère de cancer latent.

Le cancer précoce de l'estomac, dont on a signalé un assez grand nombre de cas, dans ces dernières années, a été bien étudié par M. Marc Mathieu. Le cancer de l'estomac ne se montre pas seulement à titre précoce, de vingt à quarante ans, il peut s'observer au-dessous de vingt ans; on conçoit que, dans ces conditions d'âge tout à fait anomales, le diagnostic n'ait presque jamais été fait, alors même que l'ensemble symptomatique rappelait celui du cancer.

Les troubles digestifs du cancer précoce sont souvent peu marqués ; les vomissements sont moins abondants et moins fréquents (si l'on excepte le cancer des femmes enceintes), les hématémèses sont exceptionnelles ; la constipation plus fréquente que la diarrhée. La douleur est également moins constante et moins prononcée chez les jeunes sujets que chez les cancéreux d'un âge avancé. Quant à la tumeur, elle fit défaut 14 fois sur 25 cas rapportés par M. Marc Mathieu et l'on fit 14 fois une erreur de diagnostic sur les 14 cas où elle fit défaut.

La teinte jaune paille manque très souvent ; elle est remplacée par une simple pâleur de la face. L'œdème, l'ascite se rencontrent fréquemment dans le cancer précoce ; ces deux phénomènes apparaissent au début, alors que, chez le vieillard, ils constituent une manifestation ultime de la cachexie.

La marche est, en général, plus rapide que celle du cancer ordinaire, et la cachexie moins prononcée, précisément parce que la dénutrition n'a pas le temps de se prononcer. La durée moyenne est de quelques mois et le malade est souvent emporté par une complication.

Chez le vieillard, les signes habituels du cancer font souvent défaut ; c'est la forme cachectique que l'on observe de préférence, sans grande réaction, sans troubles digestifs bien marqués ; il n'y a rien, dans cette modalité de la maladie, de particulier au cancer, beaucoup de maladies chez le vieillard n'éveillant que peu ou pas de réaction.

V

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il ne suffit pas de connaître les formes rares du cancer de l'estomac et les difficultés de diagnostic qu'elles présentent ; il faut encore, étant donné un cancer probable, avec troubles digestifs bien accusés, avec tumeur, le distinguer des autres affections de l'estomac qui peuvent présenter le même ensemble symptomatique. Nous passerons successivement en revue l'ulcère, la gastrite chronique, la dilatation et nous verrons que le diagnostic, souvent délicat, est quelquefois, pour ainsi dire, impossible.

a. Diagnostic avec l'ulcère simple. — En général, il est facile de distinguer l'ulcère du cancer.

Le malade, atteint d'ulcère, est le plus souvent un individu jeune ; la douleur est des plus caractéristiques ; nettement localisée au creux épigastrique, avec point vertébral correspondant, elle revêt une intensité extrême, les vomissements sont fréquents, opiniâtres ; la gastrorrhagie se manifeste par le rejet d'un sang rutilant non mélangé aux aliments ; on ne constate pas de tumeur au creux épigastrique ; le suc gastrique présente une acidité anomale ; la maladie, après avoir présenté des alternatives d'amélioration et d'aggravation, finit, le plus souvent, par guérir. L'influence favorable du régime lacté, combiné avec l'emploi des alcalins à hautes doses, est des plus manifestes.

Pour caractériser le cancer classique, il suffit de prendre à contre-pied les signes précédents : le cancéreux a dépassé l'âge moyen, il souffre, mais la douleur est le plus souvent modérée ; il n'y a pas de point vertébral ; les vomissements sont espacés, l'hématémèse a lieu sous forme de vomissements noirs, comparables à du marc de café ou à de la suie délayée et constitués en partie par des débris d'aliments. On constate une induration de la région épigastrique, l'analyse du suc gastrique démontre l'absence d'acide chlorhydrique libre et la perte du pouvoir peptique.

Mais, à côté des cas types d'ulcère et de cancer, il en est d'autres bien propres à dérouter le clinicien, cas où le mal revêt les apparences de l'ulcère, alors qu'il s'agit d'un cancer ou réciproquement.

Si nous reprenons successivement les symptômes précédemment énumérés, nous allons voir que la plupart d'entre eux peuvent appartenir indifféremment au cancer ou à l'ulcère.

La considération de l'âge du sujet n'a aucune valeur ; l'ulcère n'est pas exclusivement l'apanage des sujets jeunes, pas plus que le cancer celui des hommes d'âge.

La douleur peut être modérée dans l'ulcère et devenir exceptionnellement vive dans le cancer. Le degré de fréquence des vomissements est trop variable dans l'une et l'autre maladie, pour que l'on puisse en tirer quelque indication utile.

Le vomissement de sang rouge, fréquent dans l'ulcère, se rencontre également, mais à titre exceptionnel il est vrai, dans le cancer ; en revanche, le vomissement noir, marc de café, a été fréquemment constaté dans l'ulcère. Il est de nombreux cas de cancer, où l'on ne peut constater de tumeur au creux épigastrique ; par contre, il existe un certain nombre d'observations d'ulcères, avec tumeur bien nette, formée par l'épaississement des bords ; on conçoit que, dans ces conditions, l'erreur soit inévitable ; les seuls signes que l'on puisse réellement opposer l'un à l'autre, sont l'hy-

peracidité du suc gastrique dans le cas d'ulcère, l'absence habituelle d'acide chlorhydrique libre dans le cancer. Encore devons-nous faire, à cet égard, quelques restrictions, puisque l'on peut observer l'acide chlorhydrique en quantité à peu près normale ou même exagérée dans certains cancers, et que, d'autre part, on a signalé quelques cas d'ulcère où, non seulement l'hyperacidité n'existait pas, mais était remplacée par la diminution de la quantité d'acide chlorhydrique. Quant au traitement, il a quelquefois un effet favorable, bien que passager, dans le cancer. Il n'est pas jusqu'aux complications qui ne puissent aider à la confusion ; ainsi la tuberculose pulmonaire fait songer à l'ulcère, mais il n'est pas exceptionnel de la rencontrer au cours du cancer.

Ce qui complique encore le diagnostic, c'est la possibilité du développement du cancer à la suite de l'ulcère (1); on croyait, autrefois, que ces deux maladies s'excluaient l'une l'autre ; en réalité, le cancer peut succéder à l'ulcère ou même évoluer en même temps que lui. Dittrich a constaté à l'autopsie 8 cas d'ulcères combinés avec le cancer sur 160 carcinomes ; dans deux cas, le néoplasme s'était développé sur les bords de l'ulcère ; dans deux autres, les deux processus évoluaient au voisinage l'un de l'autre. Leube et M. Potain ont indiqué que le carcinome pouvait se développer au voisinage des cicatrices anciennes et Hauser a démontré qu'au niveau des bords de certains ulcères ronds, en voie de cicatrisation, il s'établit une prolifération active des glandes stomacales, qui peut dégénérer en épithélioma.

Il nous serait facile de multiplier les citations de cas où le cancer a été pris pour l'ulcère et réciproquement :

Une malade (2), âgée de soixante ans, présentait la plupart des signes fonctionnels du cancer et une tumeur située dans la région épigastrique. On porta le diagnostic de cancer ; à la suite du régime lacté, l'induration disparut et la santé se rétablit ; quelques années plus tard, les mêmes symptômes et la tumeur se montrèrent à nouveau ; le traitement détermina de nouveau la disparition de la tumeur, il s'agissait vraisemblablement d'un ulcère simple ayant déterminé, par sa proximité du péritoine, une péritonite circonscrite, assez localisée pour simuler un néoplasme ; il y avait eu régression de la péritonite, à la suite de la cicatrisation de l'ulcère.

M. Landouzy (3) a cité l'observation d'un vieillard de soixante-trois ans, absolument cachectique, avec vomissements, hématémèses, pris pour un cancéreux, et qui succomba à un ulcère de l'estomac situé au niveau des artères épiploïques.

M. Debove (4) vient de communiquer l'observation d'un jeune homme qui, au cours d'une bonne santé, avait été subitement pris d'hématémèses abondantes et, à la suite, de symptômes anémiques ; le diagnostic d'ulcère fut porté dans deux services où il séjourna ; il mourut, après avoir présenté de l'ascite dans les derniers temps ; à l'autopsie, on trouva un cancer en nappe de la petite courbure ; il était ulcéré sur un point.

Une malade de M. Hanot (5), après des hématémèses abondantes et des crises gastralgiques avec point dorsal, fut guérie par le régime lacté ; mais elle eut une rechute, et, lors de son entrée à l'hôpital, elle offrait l'ensemble classique de la chloro-anémie la plus accentuée ; les hématémèses avaient reparu, et comme il était impossible de trouver, dans la région stomacale, le moindre indice de tuméfaction, voire de rénitence, en présence de ces symptômes et de leur évolution, M. Hanot n'hésita pas à admettre l'existence d'un ulcère rond. La malade avait repris le régime lacté, et l'appétit était bientôt revenu ; elle insistait pour reprendre l'alimentation ordinaire, lorsqu'elle succomba à une hémorrhagie qui eut lieu par l'intestin ; à l'autopsie, on trouva un cancer ulcéré au voisinage du pylore.

b. Diagnostic avec la gastrite chronique. — Le diagnostic du cancer, avec la gastrite chronique, est réellement impossible dans quelques cas, et la plupart des cas de pseudo-cancers, publiés dans ces dernières années, ne sont autres que des gastrites scléreuses.

Rappelons, d'abord, les deux observations bien connues qui se trouvent dans les cliniques de Trousseau :

Dans l'une, il s'agissait d'un homme de cinquante ans qui vomissait tous ses aliments ; il avait maigri de 50 livres depuis trois mois, rejetait tous les jours une grande quantité de liquides glaireux, mélangés parfois à des matières noirâtres ressemblant à de la suie délayée. Au creux épigastrique, on sentait une induration mal limitée ; le mal fit de rapides progrès et le malade finit par succomber. A l'autopsie, on ne rencontra « aucune trace de tumeur, mais la membrane musculaire, singulièrement hypertrophiée, se confondant avec la couche celluleuse à laquelle elle adhérait intimement, au moyen d'un tissu fibro-plastique. En quelques points, la paroi de l'organe mesurait jusqu'à 2 centimètres et demi d'épaisseur. »

La deuxième observation est celle d'un homme atteint, depuis plusieurs mois, de perte de l'appétit, de vomissements incessants, alimentaires et glaireux. Le malade, considérablement amaigri, avait même la teinte jaune paille ; aussi Trousseau porta-t-il sans hésitation le diagnostic de cancer de l'estomac ; quelle ne fut pas sa surprise en constatant une amélioration progressive à la suite du traitement institué. Au bout de cinq mois, le malade quittait l'Hôtel-Dieu complètement guéri.

On connaît bien aujourd'hui ces gastrites chroniques qui simulent le cancer. Déjà distinguées du cancer par Andral et Cruveilhier, mais surtout étudiées par Brinton qui leur donna le nom d'inflammation plastique ou *linitis plastique*, elles ont fait l'objet d'un travail de MM. Hanot et Gombault (1) ; le terme de gastrite convient moins à cette maladie que celui de *cirrhose stomacale*, qui est également préférable à celui de catarrhe atrophique que lui ont donné les auteurs allemands ; parmi les nombreux cas vérifiés à l'autopsie, citons l'observation de M. Teissier (2) qui a vu un malade de cinquante-cinq ans, alcoolique, avec troubles dyspeptiques, vomissements alimentaires, glaireux, méladiques, à l'autopsie duquel il ne trouva qu'une gastrite avec paroi hypertrophiée, érosions de la muqueuse et non le cancer sur lequel il comptait.

M. Durand-Fardel (3) a publié l'observation d'un malade

(1) Rosenheim. *Zeitschr. f. Klin. Med.*
(2) Muselier. *France médicale*, 1887.
(3) Landouzy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1169.
(4) Debove. Société médicale des hôpitaux, novembre 1889.
(5) Hanot. *Archives générales de médecine*, 1884, t. XIII, p. 483.

(1) Gombault. *Archives de physiologie*, 1882, p. 412.
(2) Teissier. *Lyon médical*, 1884.
(3) Durand-Fardel. *Bulletin de la Société anatomique*, 1879, p. 305.

de cinquante-trois ans, atteint d'une ascite considérable, et chez qui, après la ponction de l'ascite, on put percevoir un certain empâtement de la région épigastrique. Ce malade était considérablement amaigri, avait une anorexie absolue, pas de vomissements, ni d'hématémèses. On songea au cancer : à l'autopsie, on constata qu'il s'agissait de lésions scléreuses généralisées; la lésion de l'estomac était un type de sclérose hypertrophique.

M. Rendu (1) a vu, il y a neuf ou dix ans, avec M. Potain, une dame âgée de soixante-douze ans, chez laquelle le diagnostic avait été : cancer du pylore. Cette malade fut mise au régime lacté, s'en trouva fort bien et recouvra peu à peu l'intégrité de ses fonctions digestives. Quant à son prétendu cancer, il n'était autre qu'une induration scléreuse du pylore, en rapport avec une artério-sclérose généralisée.

Dans un cas récent, relaté par M. Pilliet (2), la confusion avec le cancer avait été également faite.

On voit par ces quelques exemples, mieux qu'on ne pourrait le faire par une description schématique, combien il est difficile d'établir les éléments différentiels entre la gastrite chronique et le cancer. Anorexie, vomissements noirs, tumeur, cachexie se rencontrent dans l'une et dans l'autre maladie. Il faudra tenir compte de la nature des vomissements, qui sont surtout glaireux et surviennent le matin sous forme de pituites. D'autre part, les malades « quoique très amaigris, conservent pendant longtemps une certaine fraîcheur du visage et ne prennent, que plus tard, la teinte cachectique des cancéreux » (3).

Enfin, le traitement a une certaine influence sur la gastrite chronique; ce n'est pas là, d'ailleurs, un signe de beaucoup de valeur, car certaines gastrites avec atrophie généralisée sont rebelles à tout traitement, alors que quelques cancers limités peuvent subir un temps d'arrêt dans leur évolution.

Quant à l'examen du suc gastrique, il est ici impuissant à trancher le différend. On obtient les mêmes résultats que dans le cancer, c'est-à-dire que tantôt l'on constate une certaine quantité d'acide chlorhydrique libre, alors que les lésions atrophiques ne sont pas trop avancées, tantôt on ne trouve plus d'acide chlorhydrique libre et le suc gastrique est incapable de peptoniser l'albumine ou la fibrine, ce qui indique des lésions généralisées, irrémédiables, et fait prévoir la mort à plus ou moins brève échéance.

c. Diagnostic avec la dilatation de l'estomac. — La dilatation idiopathique, celle qu'a plus particulièrement étudiée M. Bouchard, peut, elle aussi, simuler le cancer; là encore on retrouve les vomissements, la cachexie, et M. Dujardin-Beaumetz a insisté sur les difficultés du diagnostic (4).

Nous avons vu que la phlegmatia alba dolens se rencontrait dans le cancer comme dans la dilatation simple; la tétanie, complication de la dilatation simple, a été récemment signalée dans un cas de cancer du pylore avec dilatation. Le meilleur signe différentiel est l'amélioration durable déterminée par le lavage de l'estomac.

d. Diagnostic avec le cancer des ganglions voisins. — Ce diagnostic n'est fait qu'à l'autopsie, ainsi qu'en témoignent les quelques observations que l'on possède. Dans le cas de MM. Josias et Derignac, le malade était cachectique et avait eu des hématémèses; celles-ci étaient déterminées par la congestion stomacale due à la compression des veines émergentes.

M. Dieulafoy, étant interne de M. Potain, a vu un malade qui avait eu plusieurs hématémèses et qui présentait une tumeur à l'épigastre. « A l'autopsie on trouva une masse ganglionnaire cancéreuse qui avait repoussé en avant l'estomac et déterminé évidemment des troubles circulatoires purement passifs, au niveau de la muqueuse gastrique. Le malade avait été opéré quelque temps auparavant d'un cancer du testicule gauche. »

Nous retrouverons aux complications les cancers des autres organes.

Pour en terminer avec les pseudo-cancers, rappelons que, dans quelques cas, on a pu confondre le cancer de l'estomac avec la *lithiase biliaire;* un malade de M. Teissier avait un teint jaune paille, une induration à l'épigastre, des vomissements, de la constipation. M. Teissier crut à un cancer; au bout de dix-huit mois de traitement, le malade rendit un calcul biliaire gros comme une amande, et la guérison ne tarda pas à se produire.

Enfin, citons, à titre de curiosité, l'observation suivante de pseudo-cancer due à M. Delore (de Lyon). Un malade, très maigre, atteint de vomissements constants, ayant une tumeur à la partie inférieure de l'épigastre, présentait ainsi des symptômes de cancer. Au bout de quelque temps, il rendit des fragments de charbon de Belloc, dont il n'avait pas fait usage depuis trois à quatre mois; ces fragments étaient restés enchatonnés dans un diverticule de l'estomac.

VI

DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS

a. Perforations, fistules ombilicales. — La *rupture de l'estomac* dans le péritoine est des plus rares (cas d'Hayem et Revilliod); on constate les signes de la péritonite suraiguë : ventre ballonné, douleur extrême, généralisée, fièvre, puis phénomènes de collapsus, etc.

Habituellement, l'estomac contracte des adhérences avec les organes voisins, le foie, l'intestin, avec la peau, plus rarement avec la plèvre, le péricarde, les bronches.

La plus intéressante de ces complications, au point de vue du diagnostic, est la *fistule ombilicale.* A l'occasion d'un cas observé dans le service de notre maître M. Duguet, M. Feulard (1) a recherché les cas de fistules ombilicales, épars dans les recueils, et a pu réunir quatorze observations.

Il ne sort habituellement que du pus par la fistule, mais quelquefois aussi des matières alimentaires liquides; la vie ne se prolonge guère que quelques jours après l'ouverture de la poche; dans un cas, cependant, il y eut survie de trois mois.

Chez la malade de M. Duguet, on crut à une péritonite tuberculeuse ouverte à l'ombilic, en raison des symptômes observés; il y avait un état général mauvais, des vomissements alimentaires, mais pas d'hématémèses, de la diarrhée, des douleurs abdominales; on sentait, au niveau de la région ombilicale, une tuméfaction dure, lisse, étalée. Pas de tuberculose pulmonaire. L'erreur était d'autant plus excusable que la fistule ombilicale, dans la péritonite tuber-

(1) Rendu. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1137.
(2) Pilliet. *Bulletin de la Société anatomique*, 1889, p. 538.
(3) Dieulafoy. *Semaine médicale*, 1888, p. 3.
(4) Dujardin-Beaumetz. Société médicale des hôpitaux, 26 juillet 1884.

(1) Feulard. *Archives générales de médecine*, 1887, t. XX, p. 159.

culeuse, est un accident assez fréquent (Féréol, Vallin), tandis qu'elle constitue une complication exceptionnelle du cancer de l'estomac.

En général, les symptômes gastriques sont presque toujours assez nets pour faire reconnaître la présence d'un cancer stomacal; cependant, il y eut erreur dans l'observation précitée. Il en fut de même dans un cas de M. Monod : les symptômes généraux étaient à peu près nuls; il y avait seulement du dépérissement et une fistule ombilicale purulente qui existait déjà avant l'entrée de la malade à l'hôpital.

M. Dieulafoy a rapporté l'histoire d'un homme d'une cinquantaine d'années, nullement cachectique, qui présentait, au pourtour de l'ombilic, une tuméfaction qui augmenta rapidement et devint manifestement purulente. L'ouverture donna issue à du pus phlegmoneux franc, sans aucune mauvaise odeur, mais la cicatrisation ne se fit pas, un trajet fistuleux s'établit et parallèlement l'état général du malade commença à devenir mauvais. Des troubles dyspeptiques, des hématémèses apparurent, le malade prit une teinte cachectique et mourut quelques mois plus tard de cancer de l'estomac. La fistule ombilicale peut donc constituer, pour ainsi dire, le premier signe extérieur d'un cancer latent et l'on conçoit quel intérêt s'attache à la détermination de la cause de la fistule.

On se rappellera que la malpropreté engendre parfois des suppurations toutes locales dans les replis de la cicatrice ombilicale.

La fistule due au cancer de l'intestin se reconnaîtra à l'écoulement à la fois purulent et stercoral; la fistule biliaire au liquide spécial qui s'en écoule, parfois aux calculs rendus par l'ouverture. Enfin, il existe un cas complexe (1), où la suppuration venait du foie devenu cancéreux au contact de l'estomac.

Les fistules symptomatiques de la tuberculose péritonéale se distinguent par leur marche insidieuse, sans grand retentissement; il faudra, d'autre part, éliminer les abcès limités à la région ombilicale et dus à une tuberculose locale.

Les fistules *gastro-intestinales* peuvent être soupçonnées, lorsque, dans le cours d'un cancer de l'estomac, on voit survenir la lientérie, et des vomissements de matières stercorales, toutefois ces vomissements peuvent manquer.

b. Cancers secondaires. — Le cancer de l'estomac s'accompagne fréquemment de cancers développés secondairement dans les organes voisins. Ces cancers secondaires présentent une évolution plus rapide que le cancer primitif qui leur a donné naissance et souvent donnent lieu à des erreurs de diagnostic, en détournant l'attention de l'estomac.

Souvent, on voit — chez un individu qui présente depuis peu de temps des troubles digestifs, de l'anorexie, des vomissements — le foie déborder les fausses côtes, présenter des bosselures à la palpation, en même temps que l'ictère et l'ascite apparaissent; c'est un *cancer du foie*, qu'il est, d'ailleurs, aisé de reconnaître comme tel; on sait, en effet, que le cancer primitif du foie se distingue du précédent par la longue durée, par l'absence d'ictère et d'ascite, par l'absence de déformation, et surtout par l'acholie.

Le cancer concomitant du *péritoine et de l'épiploon* est également une cause d'erreur; on ne prête attention qu'à l'ascite hémorrhagique et au blindage de la paroi abdominale; d'ailleurs, l'ascite met souvent obstacle à l'exploration de la région épigastrique.

La propagation *aux voies biliaires* s'observe dans le cancer du pylore; on observe de l'ictère et une tumeur assez limitée débordant les fausses côtes à droite.

Le cancer du pancréas accompagne fréquemment le cancer de l'estomac. On soupçonnera la participation du pancréas, lorsque l'on constatera chez le malade un amaigrissement d'une extrême rapidité, ainsi que la présence de la bile dans l'intestin, symptôme qui n'a de valeur qu'autant que la bile ne manque pas dans l'intestin; mais il n'est pas rare de trouver une certaine quantité de sucre dans les urines, et une pigmentation rappelant celle de la maladie d'Addison (Aran); enfin, on peut observer un ictère permanent, dû à la compression du canal cholédoque par la lésion de la tête du pancréas.

Le cancer du *poumon* se reconnaît au point de côté, à la dyspnée progressive, à la toux parfois coqueluchoïde, à l'expectoration gelée de groseille, à l'adénopathie sus-claviculaire, etc.

Enfin, l'apparition d'une paraplégie douloureuse, au cours d'un cancer de l'estomac, indique la complication d'un cancer vertébral; cette complication ne survient guère que dans les cancers de l'estomac à longue évolution, c'est-à-dire dans ceux seulement qui intéressent les faces et les courbures.

c. Carcinose cutanée. — La carcinose généralisée est bien rarement secondaire au cancer de l'estomac, de même qu'à tout cancer viscéral; on en a cependant signalé quelques exemples et récemment M. Fernet (1) en a rapporté un cas.

d. Complications thoraciques. — Ces complications ne sont pas rares au cours du cancer; ce sont la tuberculose ou la pleurésie. On peut admettre l'infection bacillaire, par l'absorption des microbes au niveau du néoplasme ulcéré; en tous cas, la pleurésie procède vraisemblablement d'une infection secondaire. M. Jaccoud (2) a publié une intéressante observation de cancer de l'estomac avec pleurésie droite, où l'on pouvait suivre la filiation de l'infection; on en suivait la marche dans les ganglions et les vaisseaux lymphatiques sous-pleuraux qui contenaient des globules blancs et des microbes extrêmement abondants; les mêmes microbes se retrouvaient à la surface ulcérée du cancer, dans les ganglions, dans les lymphatiques pulmonaires, dans le contenu liquide et dans les fausses membranes de la plèvre droite. Ces complications peuvent détourner l'attention du cancer concomitant.

e. Coma. — Il n'est pas très rare de voir les cancéreux succomber dans le coma; celui-ci pourra être confondu avec le coma diabétique, d'autant plus aisément que Klemperer (3) qui a récemment fait des recherches sur la cause du coma chez les cancéreux, a constaté dans l'urine la réaction rouge, vin de Bourgogne, donnée par le perchlorure de fer, et a trouvé de l'acide oxybutyrique.

f. Cancer secondaire de l'estomac. — S'il faut toujours avoir en vue les cancers secondaires évoluant parallèlement au cancer primitif de l'estomac, on ne doit pas oublier que

(1) Derville. *Bulletin de la Société anatomique*, 1884.

(1) Fernet. *France médicale*, 1888, p. 1686.
(2) Jaccoud. *Leçons de clinique médicale*, 1886, p. 189
(3) Klemperer. *Berlin. Klin. Wochens.*, 7 octobre 1889.

celui-ci peut, exceptionnellement il est vrai, se manifester à titre secondaire, ce qui a été nié par Broca.

M. Cornil a publié deux observations de cancers de l'estomac secondaires à un cancer du sein. M. Métaxas (1) a relaté un cas de cancer secondaire à une tumeur cancéreuse du bras.

VII

DIAGNOSTIC DU SIÈGE

Le diagnostic du siège exact d'un cancer de l'estomac a plus qu'un intérêt théorique; il n'est pas sans importance, pour le médecin, de pouvoir prévoir dans tel cas la mort à brève échéance, dans tel autre une survie plus ou moins longue. On peut diviser les cancers de l'estomac en deux classes, suivant qu'ils affectent ou non les orifices. Le pronostic immédiat, la symptomatologie sont essentiellement différents pour l'un et l'autre groupe; la distinction est encore légitime, au point de vue du traitement, puisque l'intervention chirurgicale a pu être tentée dans quelques cas de cancers limités au pylore. Sans vouloir apprécier les tentatives hardies des chirurgiens modernes, constatons seulement que Billroth a pratiqué dix-huit résections du pylore (jusqu'en 1885) pour des cas de cancer. Il y eut huit décès immédiats et par suite de l'opération, mais deux opérés vivaient encore deux et quatre ans après l'opération, sans qu'il se fût produit de récidive. Reydigier a rassemblé 43 cas de résection du pylore, sur lesquels il y eut 29 décès, peu d'heures ou de jours après l'opération, 5 morts en l'espace de quatre à dix-huit mois, mais par récidive, et 9 guérisons (?). Une malade de Wölfler a survécu cinq ans à l'opération.

a. Cancer des orifices. — Le cancer du *cardia* se confond généralement avec celui de l'extrémité inférieure de l'œsophage; car le cancer limité au cardia est exceptionnel. Le cancer du cardia est celui qui donne le plus souvent lieu au spasme œsophagien; on peut voir pendant longtemps la santé en apparence très bonne, sans troubles digestifs, et le premier phénomène morbide consiste dans la dysphagie; celle-ci peut même ne se produire qu'à la suite d'une impression nerveuse, une émotion, par exemple, ainsi qu'en témoigne un cas relaté par M. Potain, de sorte que l'on pourrait prendre pour un spasme nerveux, le spasme symptomatique du cancer; notons que le spasme œsophagien a été observé dans quelques cas de cancer du pylore. A la période d'état, le cancer du cardia est caractérisé par les vomissements à type œsophagien, c'est-à-dire que les aliments sont rendus non altérés, presque immédiatement après leur ingestion — les hématémèses sont exceptionnelles — on ne constate pas non plus l'anorexie habituelle du cancer; l'appétit est, au contraire, souvent conservé et l'on a même observé une véritable boulimie; la douleur est des plus variables dans son intensité, quelquefois elle est nulle; en présence de la dysphagie et des vomissements spéciaux, l'introduction de l'explorateur s'imposera, et l'on constatera l'arrêt au niveau de l'extrémité inférieure de l'œsophage.

Il est à remarquer que les symptômes inquiétants peuvent disparaître à un moment donné; ces améliorations passagères sont dues à l'ulcération de la tumeur qui laisse le passage libre aux aliments.

(1) Métaxas. *Bulletin de la Société anatomique*, 1883, p. 69.

Les signes du cancer du *pylore* sont des plus nets; ici les vomissements revêtent encore des caractères particuliers; ils sont rares, tardifs, abondants, ils surviennent, en général, trois ou quatre heures après le repas et cette limite est même souvent dépassée; il n'est pas rare de trouver dans les matières vomies des aliments ingérés deux ou trois jours auparavant.

La constipation est habituelle.

L'examen du malade révèle une dilatation habituellement très considérable et la palpation permet, en général, de reconnaître une tumeur limitée à la région pylorique, à moins que la tumeur n'ait contracté des adhérences.

L'évolution du cancer du pylore est plus rapide que celle du cancer des faces; la cachexie est précoce et s'explique aisément par ce fait que, non seulement l'estomac n'est plus apte à digérer les aliments, mais que ceux-ci ne peuvent passer dans l'intestin pour y subir l'action du suc pancréatique. Il arrive quelquefois, cependant, que des rémissions se produisent, au moment où la cachexie étant poussée à l'extrême, la mort paraît imminente; ces rémissions sont dues, en général, à la même cause qui vient d'être signalée pour le cancer du cardia, c'est-à-dire à l'ulcération du néoplasme, qui détermine une incontinence du pylore; elles peuvent encore être dues à l'établissement d'une fistule gastro-intestinale, permettant le passage des aliments dans l'intestin et, par suite, une digestion de suppléance; c'est, du moins, ce que nous avons observé dans un cas récent (1). Une jeune femme de trente-trois ans, entrée dans le service de M. Germain Sée, présentait une dilatation de l'estomac considérable, et de l'anasarque; elle avait eu, antérieurement à son entrée, des troubles dyspeptiques graves, des vomissements fréquents, mais ces vomissements fréquents avaient cessé brusquement quelques jours avant sont entrée, l'appétit était revenu et l'estomac tolérait toute espèce d'aliments; aussi la malade entrait-elle à l'hôpital, moins pour des troubles digestifs que pour l'anasarque dont elle était atteinte.

Pendant les quatre mois de son séjour à l'hôpital, les vomissements ne reparurent pas et l'appétit se maintint jusqu'aux deux ou trois semaines qui précédèrent la mort.

Deux symptômes, présentés par cette malade, semblaient contradictoires, si l'on admettait le cancer; l'estomac était dilaté et la malade ne vomissait pas, ou tout au moins les vomissements avaient subitement cessé depuis quelque temps; l'existence d'une dilatation considérable impliquait un cancer du pylore, de sorte que l'absence de vomissements semblait paradoxale (à moins que l'on n'admît une incontinence du pylore). L'autopsie donna la raison de cette apparente anomalie; on trouva un cancer infiltré de la petite courbure affectant le cardia et le pylore, et, de plus, une communication entre la petite courbure et le colon transverse, présentant un diamètre supérieur à celui d'une pièce de 2 francs; on comprend l'amélioration subite survenue chez cette malade, les aliments pouvant passer dans l'intestin et y subir l'action du suc pancréatique; on voit qu'un cancer du pylore ne s'accompagne pas fatalement des vomissements tardifs et abondants classiques.

b. Cancer des faces et des courbures. — Si le cancer du pylore détermine une déchéance rapide, par contre, les cancers des faces et des courbures évoluent souvent silen-

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1889, p. 508.

cieusement, et pour peu que les lésions de la couche glandulaire de la muqueuse ne soient pas trop prononcées, on croit pendant longtemps avoir affaire à une simple dyspepsie, et la cachexie tarde à s'établir; c'est, qu'en effet, dans ces cas, la digestion intestinale peut suppléer pendant un temps plus ou moins long la digestion gastrique; ici, l'on constate l'absence habituelle de dilatation; la tumeur peut être perçue, si elle siège à la face antérieure; elle échappe à la palpation, si elle occupe la petite courbure; quant aux tumeurs de la grande courbure, elles descendent quelquefois très bas et peuvent alors en imposer pour des tumeurs de l'intestin ou de l'épiploon.

VIII

DIAGNOSTIC ANATOMIQUE

Quelquefois les difficultés du diagnostic persistent jusqu'à l'amphithéâtre d'autopsie. Certes, la tumeur encéphaloïde avec ses bords saillants, renversés, ne soulèvera aucune difficulté d'interprétation; on devra, cependant, se rappeler, dans les cas où, pendant la vie, on aura simplement observé de la cachexie et de la leucocytose, que les *lymphadénomes* ont la même apparence que le carcinome, qu'ils forment des tumeurs molles, blanchâtres, bourgeonnantes, donnant un suc lactescent, et qu'enfin ils s'ulcèrent à leur centre.

Un *ulcère rond*, ancien, à bords calleux, pourrait en imposer pour un carcinome ulcéré; enfin, il n'est pas toujours facile de distinguer à l'œil nu un squirrhe en nappe d'une *gastrite scléreuse*. L'absence de grandes ulcérations bordées de l'ourlet épithéliomateux, celle de lymphangite péritonéale, de noyaux secondaires dans le foie sont des bons signes distinctifs, mais aucun n'est absolu (Pilliet). L'examen histologique permettra de lever les doutes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 février 1890. — Présidence de M. TERRIER.

RAPPORTS

Un cas de résection orthopédique de la hanche pour cause pathologique. — M. KIRMISSON fait un rapport sur un travail de M. le docteur Lagrange (de Bordeaux) sur ce sujet.

Il s'agissait d'une jeune fille, âgée de quinze ans et demi, et qui avait eu la scarlatine cinq ans auparavant. A la suite de cette maladie, cette enfant avait eu une arthrite coxo-fémorale.

Lorsque M. le docteur Lagrange examina la malade, il y avait adduction, rotation légère en dedans et raccourcissement du membre (6 centimètres). La tête fémorale était dans la fosse iliaque externe. L'épine iliaque antérieure et supérieure était abaissée. L'arthrite n'était pas d'origine tuberculeuse; elle n'était pas congénitale; elle était due manifestement à la scarlatine.

Le 8 octobre 1886, M. Lagrange fit une opération pour placer la tête fémorale dans la cavité cotyloïde. Il constata que la tête du fémur était à cheval sur le rebord de la cavité cotyloïde. Ce rebord avait subi, dans cet endroit, un certain degré d'usure.

Pour remettre la tête dans la cavité, il a suffi, dans ce cas, d'enlever le cartilage de la tête fémorale et de déblayer la cavité cotyloïde, en partie comblée par des tissus assez résistants. La tête fut fixée dans la cavité à l'aide de deux broches qui perforaient la tête et le rebord. Suites excellentes. Ablation des sutures le douzième jour. Ablation d'une broche le quinzième jour et de l'autre broche le vingt-deuxième jour.

On n'obtint pas l'ankylose désirée. Mais l'opération a été utile à la malade. Cependant, le raccourcissement du membre était encore de 6 centimètres. M. Kirmisson croit que si l'ankylose n'a pas été obtenue, c'est que la fixation avec les broches n'a pas été solide.

M. Lagrange a eu tort d'appliquer le mot de résection à l'opération qu'il a faite. En réalité, il a pratiqué une arthrodèse, opération décrite par le professeur Albert (de Vienne), en 1878.

Fibro-myome de l'ovaire. — M. RICHELOT fait un rapport sur une observation de M. Millot-Carpentier. L'opération s'est terminée par la mort. M. Richelot pense que la tumeur enlevée par M. Millot-Carpentier était un gros fibrome inclus dans le ligament large et non pas un fibrome de l'ovaire.

M. LE DENTU. En 1881, il a pratiqué une ovariotomie chez une femme âgée de trente-huit ans. La guérison a été rapide. En 1888, cette femme présentait, au niveau de la cicatrice abdominale, une tumeur grosse comme une noix, adhérente à la peau et faisant saillie dans la cavité abdominale. La laparotomie permit d'enlever facilement ce néoplasme, dont le point de départ était l'ancienne cicatrice résultant de la plaie abdominale. La tumeur n'a pas été examinée au microscope, mais elle présentait tous les caractères macroscopiques du fibrome.

M. ROUTIER. Le fibrome dont parle M. Le Dentu fait exception à une règle généralement admise, à savoir que le fibrome de la paroi abdominale présente un pédicule plus ou moins long qui rattache la tumeur au bassin. M. Routier a eu l'occasion de rencontrer, au niveau d'un orifice herniaire, un fibrome qui n'avait aucun pédicule et qui s'était peut-être développé aux dépens d'un vieux sac herniaire.

M. TERRILLON a signalé, après l'ablation des tumeurs malignes de l'ovaire, les récidives qui pouvaient se faire au niveau de la cicatrice abdominale.

M. BERGER. Les fibromes de la paroi abdominale sont loin d'avoir toujours des points d'attache osseux. Souvent ces tumeurs sont développées aux dépens des aponévroses qui existent dans la paroi abdominale.

M. MARC SÉE a trouvé, dans un cas qu'il a opéré, un pédicule très net rattachant le fibrome au périoste.

DISCUSSION SUR LE CURETTAGE DE L'UTÉRUS

Traitement de l'endométrite par le curettage. — M. BOUILLY, depuis 1887, a pratiqué 87 curettages de l'utérus pour tenter la cure des endométrites. Il a appliqué ce traitement à 43 malades de sa clientèle particulière et à 36 de l'hôpital. Il aurait pu en faire davantage à l'hôpital, mais il a été restreint par le petit nombre de lits dont il pouvait disposer.

Il ne parlera que des curettages qui ont été dirigés contre la métrite, que celle-ci ait été accompagnée ou non d'une altération du côté des annexes.

Le curettage a été pratiqué après l'essai infructueux d'un traitement non chirurgical. Les symptômes qui ont réclamé l'intervention sanglante sont: les métrorrhagies, les ménorrhagies, des suintements sanguins dans la période inter-cataméniale, des écoulements muqueux ou muco-purulents, des douleurs siégeant sur un des côtés de l'utérus, et coïncidant surtout avec une rétroflexion ou une rétroversion. La douleur par elle-même n'a jamais été la seule cause ayant déterminé M. Bouilly à s'armer de la curette. Il lui a fallu, en outre, la constatation d'une métrite.

Il s'est servi, dans presque tous les cas, de l'anesthésie pour pratiquer le cathétérisme. Dans douze fois seulement, il n'a pas chloroformisé ses malades. A l'heure actuelle, il est d'avis qu'il faut toujours chloroformiser pour faire un bon curettage.

Le curettage a été fait, après dilatation, par des tiges de laminaire. En commençant par des laminaires fixes, on obtient une dilatation presque sans douleur. Trois laminaires suffisent ordinairement. Il préfère la dilatation lente à la dilatation extemporanée. M. Bouilly s'est servi des curettes de Sims et de Simon. Il a injecté dans l'utérus, après le curettage, soit de la teinture d'iode, soit de la créosote glycérinée. Le chlorure de zinc a été réservé aux femmes atteintes d'endométrite hémorrhagique. Le pansement a consisté à mettre dans le vagin de la gaze iodoformée.

Il n'y a jamais eu aucune complication opératoire. Quatre fois, on a constaté un peu de sensibilité sur les parties latérales de l'utérus. Cette sensibilité existait aussi bien chez des femmes ayant auparavant des complications oophoro-salpingitiques, que chez des malades qui n'avaient que de l'endométrite. Assez souvent, le curettage a donné naissance à une sorte de malaise abdomino-pelvien, qui disparaissait au bout de douze ou de vingt-quatre heures.

M. Bouilly n'a pu suivre que 69 de ses opérées. Sur ces 69 cas, il a eu 39 guérisons, 15 améliorations et 15 insuccès. Les guérisons ont été surtout remarquables, quand l'opération s'adressait à une endométrite hémorrhagique.

Dans un cas, il s'agissait d'une endométrite caséeuse. Les lésions se rapprochaient de celles du coryza caséeux. M. Bouilly a obtenu 1 guérison complète. Parmi les cas de guérison, il faut noter 3 cas d'endométrite avec douleurs du côté des annexes.

Quand les annexes sont malades, le curettage ne fait disparaître que lentement les douleurs qui existent au niveau des ovaires et des trompes. Parfois les douleurs oophoro-salpingiques persistent, malgré l'intervention sur le corps de l'utérus.

Les améliorations ont été au nombre de 15. Trois fois, les annexes étaient le siège d'altérations inflammatoires.

Quand il existe des complications du côté des annexes, les sécrétions utérines ne se modifient guère sous l'influence du curettage.

Les 15 insuccès sont dus : 1° à la mauvaise technique du curettage ; 2° à la réinfection des voies génitales après l'opération ; 3° à l'existence d'une variété d'endométrite rebelle à l'opération; 4° à une complication préexistante oophoro-salpingitique.

Les injections vaginales que prennent les malades sont souvent la cause de l'infection nouvelle qui atteint l'utérus des femmes qui ont subi le curettage. L'endométrite glandulaire du col, donnant lieu à une sécrétion extrêmement visqueuse et adhérente, résiste à la curette. Les glandes sont infectées jusque dans leur profondeur et la curette ne peut les atteindre jusque dans la profondeur des culs-de-sac glandulaires. Cette forme d'endométrite du col est justiciable de l'opération de Schrœder.

Dans quatre cas, M. Bouilly a dû faire l'ablation des annexes, après avoir échoué dans sa tentative de guérison par le simple curettage.

En résumé, le curettage, appliqué à l'endométrite, est une ressource précieuse. Cette opération ne peut être remplacée par aucun autre moyen. La meilleure indication du curettage est l'existence d'une métrite hémorrhagique. L'opération réussit très mal dans les cas de catarrhe glandulaire du col.

M. TERRILLON est partisan de la dilatation préalable. Il se sert d'une curette spéciale, en forme d'hélice. Après l'opération, il met des tampons dans la cavité utérine. La réinfection de l'utérus est facile, parce que les malades se servent de canules qui sont des nids à microbes.

Quand il existe de la salpingite, le curettage ne donne aucun résultat. Les hémorrhagies continuent, dans ces cas. Mais, il n'en est pas de même quand, après avoir enlevé les annexes, on pratique le curettage pour arrêter les pertes abondantes qui ont persisté. Le curettage, suivi d'une cautérisation intra-utérine, met fin aux pertes.

Quand les annexes sont malades, il ne faut pas curer l'utérus.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. On a fait jusqu'à 500 curettages dans une seule année. C'est trop. La pratique de M. Bouilly est plus raisonnable, car ce chirurgien n'a trouvé l'occasion de curetter l'utérus que 25 ou 30 fois par an. En somme, le curettage n'est pas une panacée banale.

M. Lucas-Championnière n'a pas une grande pratique de cette opération. Il ne tamponne pas la cavité utérine et il préfère ne pas pratiquer d'injection.

Quelle est l'action du curettage sur les affections des annexes? M. Bouilly déclare que le curettage fait quelque chose de bien sur les complications ovaro-salpingitiques, M. Terrillon dit que cela ne fait rien de bon. M. Lucas-Championnière va plus loin et avance que, dans ces cas, on curette dans des conditions dangereuses. Quand les annexes sont prises, il ne faut pas toucher à l'utérus : il faut enlever les ovaires et les trompes.

M. Lucas-Championnière croit que le lavage de l'utérus et du vagin est inutile. Quand il enlève les annexes, il ne fait aucune irrigation. Le curettage est bon, quand il est fait dans des limites raisonnables.

M. KIRMISSON a obtenu d'excellents résultats dans la métrite hémorrhagique, en pratiquant la dilatation extemporanée du col.

M. SEGOND arrive aux mêmes conclusions que M. Bouilly. Le curettage, appliqué à l'endométrite qui se complique d'altérations des annexes, ne donne aucun résultat. M. Segond a dû enlever les annexes, après avoir vainement tenté le curettage pour améliorer les malades.

M. TERRIER n'a pas eu d'insuccès dans sa clientèle de ville. Il dilate lentement l'utérus avec des laminaires et une éponge préparée. La dilatation se fait en cinq ou six jours et est alors assez large pour permettre des manœuvres précises dans la cavité utérine. Il faut avoir soin de curetter la cavité du col. M. Terrier ne met plus de gaze iodoformée dans l'utérus. C'est inutile. Il bouche la cavité de la matrice avec une solution de chlorure de zinc. Il se trouve bien de mettre après le curettage un tube dans la cavité utérine.

Il n'y a jamais aucun accident. On remarque parfois des vomissements qui durent vingt-quatre ou quarante-huit heures. Les suites sont simples.

Quand il existe une salpingite bien marquée, le curettage ne donne aucun résultat satisfaisant. Dans un cas, il a constaté, chez une femme atteinte d'une inflammation oophoro-salpingitique, une amélioration. Mais, c'est exceptionnel. Dans un cas, les annexes étant malades, on avait proposé l'ablation des annexes. Le curettage fut exécuté et amena la guérison de la malade.

Après le curettage, la réinoculation des opérées est fréquente et facile (canule, coït, etc.). Il y a lieu de prendre en considération la nature des endométrites que l'on traite par le curettage.

M. BOUILLY. Ce qui résulte de cette discussion, c'est que le curettage réussit d'autant mieux qu'il ne s'adresse qu'à une altération strictement limitée à la muqueuse utérine. Il semble cependant qu'on améliore la trompe qui commence à être le siège de l'inflammation en curettant l'utérus. Mais s'il existe une salpingite prononcée, le curettage est inutile. Son effet est nul.

M. Bouilly dilate l'utérus pendant quarante-huit heures. Cela lui a toujours paru suffisant pour faire le curettage. Si la dilatation n'est pas suffisante, on la complète avec un dilatateur à trois branches. Quant aux mouvements observés par M. Terrier, ils sont dus au chloroforme. En effet, le curettage, sans anesthésie, ne donne pas lieu à ces vomissements.

On doit prendre en considération le terrain sur lequel on évolue, quand on pratique le curettage. Cette observation est particulièrement vraie, en ce qui concerne le symptôme douleur.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. SCHWARTZ présente un fragment de cartilage enlevé du genou d'un malade qui avait fait une chute violente sur son articulation fémoro-tibiale.

La séance est levée.

— Le jury du concours pour trois places de médecin au Bureau central est constitué comme suit: MM. Fournier, Cornil, Hutinel, Constantin-Paul, J. Simon, Oulmont et Terrier.

— *Hôtel-Dieu de Reims.* — Le concours pour une place de médecin suppléant, s'est terminé par la nomination de M. Hache, ancien professeur à l'École de médecine navale de Brest.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Esbach (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

25

FARINE MALTÉE DEFRESNE

NUTRIMENT COMPLET

COMPARABLE AU LAIT MATERNEL DESSÉCHÉ

Farine maltée		Lait maternel DESSÉCHÉ	
Erythrodextrine	22 »	*Aliments protéiques*	12.70
Aliments protéiques	14.63	*Aliments gras*	29.50
Aliments gras	10.59	*Sucre-Lactose*	54.35
Sucre et Maltose	49 »	*Phosph^te de chaux.*	0.20
Phosph^te de chaux.	0.22		

Cette délicieuse farine, dont le gluten et l'amidon ont été rendus assimilables par la germination du blé, emprunte au jaune d'œuf ses matières grasses émulsionnées et son phosphate de chaux. La **Farine maltée Defresne** supplée à l'insuffisance du lait maternel, elle prévient le danger que présente le brusque passage de l'élevage au sein à l'alimentation ordinaire. Avec la **Farine maltée**, il n'y a plus à redouter les **entérites** ni les **affections gastro-intestinales**, si meurtrières chez les nourrissons. — PRIX : **2** francs.

DEFRESNE, auteur de la *Pancréatine* et Phies.

53

SANTAL DE MIDY

Toujours bien supporté, il supprime l'usage répugnant du copahu et des cubèbes et réduit en 48 heures l'écoulement à un simple suintement.

Il est très efficace dans le catarrhe de la vessie, les rétrécissements de l'urèthre, l'engorgement de la prostate, la cystite du col, l'hématurie, et la néphrite suppurée; l'urine redevient rapidement claire et limpide. Dose : **6** à **12** capsules par jour. Phie MIDY, 113, Fg St-Honoré.

38

SIROP & VIN DE DUSART

AU LACTO-PHOSPHATE DE CHAUX.

Le procédé de dissolution du phosphate de chaux dans l'acide lactique, qui est l'acide du suc gastrique, est dû à M. DUSART; le corps médical a constaté l'efficacité de cette combinaison dans tous les cas où la nutrition est en souffrance. Il est donc indiqué dans la *Phthisie*, la *Grossesse*, l'*Allaitement*, le *Lymphatisme*, le *Rachitisme* et la *Scoliose*, la *Dentition*, la *Croissance*, les *Convalescences*. — **SIROP — VIN — SOLUTION. 2** à **6** cuillerées à bouche avant le repas.

DÉPÔT, 113, rue du Faubourg-Saint-Honoré.

67

SIROP PHÉNIQUÉ DE VIAL

Ce sirop est prescrit comme l'un des meilleurs pectoraux connus pour calmer les *bronchites*, *la toux*, *la grippe*, *les catarrhes*, *la coqueluche*, *les irritations de poitrine.*

C'est un antiseptique de premier ordre pour faire disparaître rapidement l'odeur et le goût désagréable des sécrétions muqueuses qui séjournent dans les gros tuyaux bronchiques et dans les cavernes des phthisiques et pour stériliser le bacille de la tuberculose.

DOSE : 1 à 3 cuillerées à bouche par jour.

DÉPÔT à la phie VIAL, 1, rue Bourdaloue, Paris.

66

PANSEMENTS VAGINAUX

faits par la malade elle-même au moyen des

OVULES CHAUMEL

A la glycérine solidifiée (à tous médicaments)

Boite: **3** fr. **50.**—87, r. Lafayette, Paris (env. fo éch.)

34

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

25

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE: Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

47

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin,** toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

23

AVIS A MM. LES MÉDECINS

La maison **Pâtre**, à Orléans, fondée en 1840, s'occupe spécialement de la fourniture des médicaments à MM. les Médecins faisant la pharmacie. Elle les livre en qualité irréprochable, aux prix des drogueries de Paris; les divise au gré du client de manière à lui éviter toute manipulation, les étiquette suivant les indications données, sans autre indication d'origine que sa marque de fabrique (cachet de garantie) et les expédie franco. — Ses laboratoires d'analyse et de fabrication sont à la disposition de MM. les Médecins désirant faire faire des essais.— Prix très modérés. — *Prix courant détaillé sur demande.*

Maison **Pâtre**, à Orléans (Loiret).

46

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux.

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

Phie VIRENQUE, 8, place de la Madeleine, et phies.

34

PIN D'AUTRICHE DE J. MACK

(PINUS PUMILIO)

ESSENCE : en inhalations contre les maladies de la Gorge, Angines, Croup et Asthme; — en friction contre les accès de Goutte.

CELLULES : contre Bronchites chroniques, Catarrhes anciens, restes de Pleurésie, Toux invétérées, Grippe et Influenza.

SIROP & PATE : contre Enrouements, Coqueluche, Toux, Bronchites.

Ces médicaments ont pour base l'Essence retirée par JOSEPH MACK *des aiguilles et des sommités de la variété des Pins appelée* **Pinus Pumilio,** *universellement reconnue pour la plus riche en principes balsamiques.*

Dépôt général : Phie TALLON, 49, avenue d'Antin, Paris. — Envoi gratis et franco d'échantillons à MM. les Docteurs, sur demande adressée au Dépôt général.

60

VIN DURAND TONI-DIGESTIF

DYSPEPSIE, ANÉMIE, CONVALESCENCE.

Le **VIN DURAND** convient tout spécialement aux femmes, aux enfants et aux vieillards. Il est toléré par les estomacs les plus délicats.

Paris, 8, avenue Victoria, et pharmacies.

91

GRANULES ANTIMONIO-FERREUX

DU Dr PAPILLAUD

Médication ferro-arsénicale (arséniate d'antimoine 0,001mm par granule *et fer)*

Prescrits avec succès par le corps médical depuis plus de vingt années

pour combattre l'**Anémie**, la **Chloro-Anémie**, la **Chlorose**, les **Névralgies** et **Névroses**, les **Affections scrofuleuses** et **cutanées**, les **Troubles** de la **circulation** par **insuffisance**.

Dépôt général : Phie GIGON, 7, rue Coq-Héron, Paris, et toutes pharmacies.

Envoi de flacons d'essai à MM. les Docteurs.

72

DRAGÉES QUINOIDINE-DURIEZ

Très efficaces contre les récidives des fièvres intermittentes, Paris, 20, pl. des Vosges.

99

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal.

Au Copahu, au Cubebe et à l'Essence de Santal.

Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables. »

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS. MM. les médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

67

ANTIPYRINE EFFERVESCENTE

LE PERDRIEL

contre **Douleurs, Migraines, Mal de mer**, etc.

L'adjonction de l'**Acide carbonique** *supprime les crampes et nausées* produites par l'emploi du médicament.

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS.

45

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après les repas.

MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

23

OSTÉINE MOURIÈS

Combinaison d'Albumine et de Phosphate de chaux.

Préparation honorée du prix Montyon (Institut de France) et de l'approbation de l'Académie de médecine de Paris.

Un rapport de l'Académie constate, à la suite de nombreuses observations cliniques qui y sont relatées, les grands avantages de cette préparation dans l'état de grossesse, de lactation, dans l'alimentation des enfants, pour prévenir le rachitisme ou le guérir, favoriser la dentition et le développement du système osseux.

L'Ostéine Mouriès se présente sous deux formes qui permettent d'en varier l'emploi et d'éviter le dégoût :

a. En *semoule*, dont on fait chaque jour les potages, comme on ferait avec une semoule ordinaire;

b. En *poudre*; sous cette forme, on la mélange aux potages, bouillies, chocolat, lait, café au lait, crèmes, soupes, panades, etc., etc.

Une mesure, qui surmonte chaque flacon, indique la dose à employer. Prix : 2 francs le flacon, avec une instruction pour l'emploi. Maison L. FRERE, 19, rue Jacob, Paris.

99

L'usage de la VIANDE CRUE est désormais rendu pratique et agréable, pour les malades, par l'emploi du nouveau RECONSTITUANT PHYSIOLOGIQUE

L'OXINE ROUSSEAU

Saccharure de filet de bœuf phosphaté

conservant toutes les propriétés physiologiques de la **viande crue**, et facilement accepté par les malades les plus difficiles.

Envoi d'échantillons à MM. les Médecins.

Paris, rue d'Hauteville, 57, et toutes les Phies.

34

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** *(caféine, iodoforme et strophantus)*. Dépt Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

N° 24. — MARDI 25 FÉVRIER 1890. 63e ANNÉE. MARDI 25 FÉVRIER 1890. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Curettage ou curage de l'utérus.

Les chirurgiens, aujourd'hui, pratiquent le curage de l'utérus dans un bon nombre de maladies utérines : la métrite interne, la leucorrhée, et même les inflammations du col avec ou sans engorgement, c'est-à-dire dans toutes les maladies de l'utérus. J'ai jusqu'ici réservé le curage de l'utérus aux métrites internes avec pertes utérines, à cette maladie désignée autrefois sous le nom de fongosités utérines et que j'appelle la métrite interne hémorrhagique; d'autres, enfin, la désignent sous le nom d'endométrite hémorrhagique.

Le curage de l'utérus n'est pas une opération nouvelle. Il a été préconisé par Récamier, puis Robert et Nonat, élèves de Récamier et Nélaton, en firent un fréquent usage. Cette opération était pratiquée d'abord très simplement. Le doigt indicateur de la main gauche introduit dans le vagin, le chirurgien conduisait, avec la main droite, la curette imaginée par Récamier (1) (une tige de fer courbée en S à ses deux extrémités et creusée sur la courbure d'une rainure assez profonde), jusque sur le col et elle était introduite en tâtonnant dans le col. Alors, si l'utérus était dévié, à l'aide de la curette et du doigt, on redressait l'utérus et l'on faisait pénétrer la sonde jusqu'au fond de la cavité utérine. On tournait sur elle-même, plusieurs fois de suite, la curette et on la retirait. Presque toujours l'on ramenait des caillots sanguins et des vésicules grosses comme une tête d'épingle, dont quelques-unes étaient rompues et contenaient encore du liquide filant. Ces fongosités, siégeant généralement dans la partie inférieure du corps de l'utérus, et peut-être dans le col, paraissent être des petits œufs de Naboth. On ne retirait rien ou presque rien de la cavité du corps de l'utérus. Cependant, l'on a trouvé parfois de petites tumeurs grosses comme un grain de millet, formées de tissu conjonctif et entourées d'un réseau vasculaire fin, mais cela est l'exception, et lorsque l'on pratique le curage on ne ramène jamais ces petites tumeurs en entier.

(1) RÉCAMIER. Sur les productions fibreuses et fongueuses intra-utérines, *Union médicale*, 1850.

L'indication du curage de l'utérus doit être réservée, à mon sens, aux seuls cas où il y a des hémorrhagies faibles ou fortes, continues ou intermittentes. Lorsqu'il y a un polype, le curage n'est pas indiqué, c'est l'ablation du polype qu'il faut tenter, et c'est dans ces cas que la dilatation brusque du col avec un dilatateur mécanique peut avoir son utilité. Pour les métrites internes simples, le curage ne vaut pas la cautérisation intra-utérine avec le pinceau imbibé de caustique. La cautérisation avec le porte-caustique de Lallemand, les injections utérines caustiques sont de beaucoup inférieures.

Les chirurgiens ont adopté une autre méthode de curage de l'utérus : ils dilatent le col, soit avec des corps dilatants, éponge préparée ou laminaria, soit avec des dilatateurs mécaniques à quatre branches, calqués sur le dilatateur de Huguier, puis ils font, pour ainsi dire à découvert, le curage de la cavité utérine partout où ils peuvent atteindre ses parois. Ils emploient pour cela la curette de Sims, une petite cupule à bords tranchants, montée sur une tige avec manche. J'estime que ce curage ne peut être réellement effectif que dans le col. Plus haut, dans les cornes de l'utérus, il n'agit pas autrement que la curette; il agit autant à l'aveugle que la curette de Récamier, mais cette dernière curette a, au moins, cet avantage, qu'elle n'entame ni ne taillade la muqueuse et le tissu utérin lui-même.

Voici comment je procède et ai toujours procédé à l'opération : je fais placer la malade sur le côté droit, la jambe droite demi-fléchie et la gauche entièrement fléchie. J'introduis le spéculum américain qui est tenu par un aide et attire fortement en arrière la paroi postérieure du vagin. L'utérus tombe alors dans la cavité du spéculum et descend presque jusqu'à la vulve, et le doigt de la main gauche l'explore librement et le déplace à peu près dans tous les sens au gré du chirurgien. On introduit alors la curette de Récamier dans le col sans dilatation préalable, même chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. On parvient facilement à redresser l'utérus, quelle que soit sa version ou sa flexion, et la curette pénètre ainsi sans la moindre difficulté jusqu'au fond de l'utérus.

C'est même là un moyen de diagnostiquer l'existence d'un polype inséré sur le col ou sur la paroi de la cavité utérine.

Lorsque la curette peut être promenée dans tous les sens, on peut être sûr qu'il n'y a qu'une métrite interne hémor-

rhagique, et si l'on avait encore quelques incertitudes sur la cause de l'hémorrhagie, elle serait dissipée et il deviendrait positif que l'on a affaire seulement à une métrite interne hémorrhagique. Alors on promène la curette avec force dans tous les sens, dans la cavité utérine, et l'on ramène des fongosités, des follicules ou des lambeaux de muqueuses, couverts de granulations fines disséminées (elles ne sont, en effet, jamais très nombreuses, les autopsies l'ont démontré). On peut réintroduire la curette deux, trois et même quatre fois sans danger. Il est très rare qu'il y ait une hémorrhagie qui oblige de s'arrêter.

Lorsque le curage a été ainsi fait, il faut compléter l'opération par une cautérisation. Pour cela, j'introduis, dans la cavité utérine, un pinceau fin, imbibé d'un caustique. Le meilleur est le chlorure de zinc. Ce pinceau est fait avec une tige fine de bois, entourée de quelques brins de charpie maintenus par un fil circulaire serré (1) et qui n'a pas plus de volume qu'une sonde utérine. J'introduis quelquefois deux pinceaux successivement et je cautérise ainsi très fortement. La solution que j'emploie est une solution saturée de chlorure de zinc (eau 100 grammes; chlorure de zinc 100 grammes, préparé à chaud). Le chlorure de zinc, qui ne brûle que les parties dépourvues d'épithélium, ne brûle que les parties qui ont été abrasées, juste celles qu'il faut brûler. Il n'y a point de danger que la cavité du corps, et celle du col de l'utérus, soient cautérisées partout, et exposent les malades à des rétrécissements ultérieurs du col ou de l'orifice cervico-utérin.

C'est de la sorte que je traite, annuellement, en moyenne quatre à cinq malades atteintes de pertes étrangères à des corps fibreux, c'est-à-dire de pertes sanguines liées à des métrites internes hémorrhagiques. Pour la leucorrhée utérine et les métrites internes du col, en effet, je me borne aux cautérisations intra-utérines, avec le pinceau fin.

Je n'ai pas observé d'accidents, jusqu'ici, à la suite des curages de l'utérus. J'ai pratiqué plusieurs fois le curage de l'utérus sur des malades venues à la consultation dans la salle, et que je laissais retourner chez elles le jour même. Pour ce qui est de mes malades qui restent à l'hôpital, je les fais rester huit jours au lit par prudence et leur fais administrer trois injections vaginales chaudes par jour, et appliquer des cataplasmes en permanence sur le ventre.

Les accidents ne peuvent venir que du fait du moment où l'on opère les malades : par exemple, lorsqu'on les opère à un moment trop rapproché de leurs règles, ou à une époque où les malades souffrent de leur utérus et ont quelques coliques utérines. Si l'on fait bien attention aux conditions de santé des malades, on se met à l'abri de tout accident.

La guérison peut être obtenue après un seul curage, mais il y a parfois des récidives. J'observe, en ce moment, une malade qui, tous les trois mois, avait des pertes abondantes qui me paraissaient liées à des fausses couches de six semaines, voici huit mois que j'ai pratiqué le curage et la malade n'a point éprouvé, jusqu'ici, de nouveaux accidents. Est-ce à dire qu'il n'y aura point de récidive? L'on n'en sait rien, et, à tout prendre, j'en serai quitte pour pratiquer de nouveau le curage et la cautérisation intra-utérine.

En terminant, il faut dire encore un mot des accidents opératoires qui ont été signalés par Récamier et d'autres opérateurs. J'ai peine à croire que la perforation de l'utérus, par la curette, soit aussi facile que quelques-uns paraissent le supposer. Je crois qu'il faut mettre une bien grande force pour traverser ainsi l'utérus et il y a lieu de penser que c'est en introduisant la curette dans l'utérus dévié, dans un brusque mouvement d'impatience, que le chirurgien a pu produire ce dégât. En mettant la malade dans la position que j'ai indiquée, on ne saurait tomber dans un pareil écueil.

(1) Després. *Chirurgie journalière*, 3e édit., p. 636.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Antony.

Contagiosité de la grippe (1).

Le but de cette communication est de faire connaître succinctement les quelques cas de grippe que j'ai observés à l'hôpital du Val-de-Grâce, et de faire ressortir le rôle dévolu, à mon avis, à la contagion, dans l'expansion épidémique de la grippe.

Du 4 au 31 décembre, j'ai reçu dans mon service 65 malades atteints de grippe, et provenant des différentes casernes de Paris; j'ai, en outre, relevé 15 cas antérieurs.

Ces 80 cas se subdivisent en :

Dix-huit cas de grippe simple, ne se manifestant que par des symptômes douloureux — céphalalgie ou rachialgie — de l'embarras gastrique, une sensation de faiblesse et de la somnolence, allant parfois jusqu'à la stupeur. Le plus souvent, le malade, à son entrée à l'hôpital, ne présentait pas de fièvre, ou bien on ne constatait qu'une période fébrile d'intensité médiocre et avec brusque défervescence.

Quarante-deux cas de fièvre catarrhale; aux symptômes précédents, aux différents types de fièvre déjà décrits dans la séance dernière par M. le médecin principal Laveran, s'ajoutaient soit une angine simple ou pultacée (11 cas), soit une bronchite d'intensité variable, mais, cependant, légère.

Dans 14 cas, la bronchite a constitué une complication véritable, en raison de son extension aux fines ramifications des bronches, de sa ténacité extrême et des accidents dyspnéiques qu'elle provoquait. Deux des malades de cette catégorie ont succombé; tous deux étaient déjà en traitement pour diarrhée endémique de Cochinchine. L'un a été emporté en quatre jours. Le deuxième fut touché légèrement dans la première quinzaine de janvier, il eut une rechute et fut enlevé en trois jours par une congestion pulmonaire.

Le streptocoque, dans les deux cas, a été l'agent infectieux, cause du décès.

Enfin, je relève 6 cas de broncho-pneumonie ayant entraîné 1 décès, à la suite de l'envahissement successif des deux poumons.

Pas plus que M. Laveran, je n'ai constaté chez tous ces malades d'éruptions cutanées, rappelant de près ou de loin les formes décrites dans la dengue.

Deux fois seulement, des malades ont accusé des douleurs violentes dans les membres inférieurs.

J'ai noté, comme complication spéciale, une otorrhée double survenue au milieu de la maladie.

Cas intérieurs.

Dès le 2 et le 4 décembre, 4 cas suspects de grippe (dont une broncho-pneumonie) furent reçus dans le service, mais,

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.

à dater du 10 décembre, furent admis un nombre de jour en jour plus considérable de cas bien caractérisés. Trois jours plus tard, se manifestèrent les premières atteintes de grippe chez nos anciens malades, dont 15 furent frappés successivement du 13 au 24 décembre, à des dates très différentes, comme l'on voit.

J'ai relevé avec soin la date d'apparition de la maladie chez ces quinze malades, et j'ai constaté, en la rapprochant des dates d'entrée des grippés venus du dehors et installés dans leur voisinage immédiat, les particularités suivantes :

Au début de décembre, le chiffre des militaires en traitement dans le service étant tombé à un niveau très bas (36 malades pour 84 lits), presque chaque malade était séparé, du voisin le plus proche, par un ou plusieurs lits vides.

Les entrants pour grippe furent donc disséminés dans les salles et placés, au hasard, près des malades les moins graves. Tous les lits furent peu à peu occupés, sauf huit, qui furent réservés à autant de grands malades.

Par suite de cet isolement relatif, ou en raison d'une immunité spéciale, aucun de ces grands malades ne fut touché par l'épidémie régnante.

Au contraire, il ressort nettement du rapprochement des dates d'entrée et d'invasion indiquées plus haut, que 11 des cas intérieurs sur 15 se produisirent de un à quatre jours après l'installation d'un grippé dans un lit voisin.

Cette période d'incubation, — car je ne vois pas d'autre mot plus propre à exprimer les faits, — a été

de 1 jour dans 2 cas,
de 2 jours dans 4 cas,
de 3 jours dans 4 cas,
et de 4 jours dans 1 cas.

Le premier malade contaminé, — le premier de cette série, — fut touché le 13 décembre ; il était devenu le voisin de lit de cette broncho-pneumonie signalée déjà comme entrée le 4 décembre. Je me borne à mentionner cette longue incubation, sans pouvoir l'interpréter.

Les trois derniers cas intérieurs pour lesquels cette coïncidence frappante n'a pas été observée, survinrent chez des convalescents qui prêtaient un concours bénévole au personnel hospitalier ; — tous les infirmiers du service furent atteints par l'épidémie ; — ils eurent, par suite, des contacts incessants avec les grippés en traitement, sans qu'il ait été possible de préciser la date de la contagion.

Des faits qui précèdent, je crois pouvoir déduire que la grippe, dans mon service, a procédé comme les affections reconnues pour être manifestement contagieuses, à la manière du typhus exanthématique, entre autres.

A mes observations, je joindrai celles qu'a faites M. Burlureaux dans le même hôpital. Notre collègue, dans une étude publiée récemment dans la *Gazette hebdomadaire*, note que, dans le service isolé des maladies contagieuses, aucun des 15 malades en traitement n'a contracté la grippe, grâce à leur éloignement des victimes de l'épidémie.

Par contre, dans le service des détenus, isolé lui aussi, la grippe n'apparut que le 22 décembre, un jour après l'arrivée d'un grippé dans ce service. Cependant, depuis plus de deux semaines, la maladie sévissait d'une façon grave dans tout le reste de l'hôpital.

On peut objecter que, nos cas intérieurs s'étant manifestés au milieu d'un hôpital, d'une ville en proie à une violente épidémie, l'infection seule a pu entrer en cause.

Cette objection a toujours été faite pour toutes les maladies, avant que leur contagiosité n'ait été nettement établie ; elle n'a donc rien qui doive surprendre, mais elle m'oblige à analyser rapidement les arguments des adversaires de la contagiosité de la grippe, en m'appuyant sur des faits de contagion déjà publiés.

La contagiosité de la grippe, dit-on, ne peut être admise parce qu'elle ne saurait expliquer l'universalité des atteintes, la simultanéité des apparitions en des régions très vastes et très éloignées, la rapidité d'explosion du mal, et l'atteinte des navires en mer ou en rade, sans communication avec la terre ferme.

Cependant, dès 1805, la plupart des médecins anglais ont considéré la maladie comme contagieuse et fourni des preuves à l'appui. Grisholm, entre autres, relate que la grippe fut importée à Grenade (Antilles) par des marins venus des îles voisines et frappa d'abord les nègres, portefaix du port, — tout comme la fièvre jaune, — puis rayonna du port dans toutes les directions.

A partir de 1860, de nombreux faits de contagion sont publiés ; H. Brochin les a réunis dans l'article Grippe du *Dictionnaire encyclopédique*.

Depuis l'épidémie actuelle, les preuves en faveur de la contagion affluent de tous côtés. Les plus mémorables sont dues à M. Grasset (de Montpellier), à M. Tueffert (de Montbéliard) ; ces dernières ont été communiquées par M. Bouchard à l'Académie de médecine (séance du 28 janvier).

Le même honneur a été réservé à l'histoire du paquebot *Saint-Germain*, par M. d'Hoste, et relatée par M. Proust (séance du 4 février).

Ce dernier fait a une haute importance en épidémiologie ; il permet de comprendre pourquoi et comment les navires peuvent être atteints en pleine mer.

Les autres objections des anticontagionnistes ont une valeur plus spécieuse que réelle.

A l'instar des maladies contagieuses, les épidémies de grippe envahissent successivement les pays voisins. La lecture attentive des textes anciens permet de se rendre compte que ce caractère de marche progressivement envahissante n'a pas fait défaut, même aux épidémies de 1732-1733, de 1775, de 1788-1789, de 1801-1803, qu'on signale cependant comme dépourvues de cette qualité.

L'universalité des atteintes dépend de la réceptivité individuelle et n'appartient pas en propre à la grippe. La rougeole, dans les pays qu'elle visite très rarement, présente cette propriété au plus haut degré.

La rapidité de l'explosion de l'épidémie n'exclut pas davantage la contagion.

L'étude de la marche, à Paris, de l'épidémie dernière, prouve que les débuts sont d'abord assez lents, insidieux et masqués par des cas aussi variés que difficiles à reconnaître. J'en appelle à tous nos confrères. Combien d'entre nous n'ont pu poser un diagnostic précis qu'après la manifestation bruyante, je dirai officielle, de la maladie ?

Brusquement, l'épidémie atteint son apogée, s'y maintient un ou deux septenaires, décroît rapidement, mais avec des oscillations plus fortes que n'étaient celles du début.

Je citerai, à l'appui de cette évolution, la marche de la grippe à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Du 26 novembre au 8 décembre, on y reçut 10 malades, répartis entre six jours ; du 9 au 16, le chiffre des entrants s'élève à 26, trois par jour en moyenne.

Le 17 décembre, on compte 26 entrants au lieu de 2, la veille; les chiffres élevés se maintiennent pendant huit jours, puis tombent brusquement de 18 à 6.

A partir du 25 décembre, la courbe des entrants s'abaisse lentement pour n'atteindre le zéro que le 26 janvier.

L'évolution épidémique, au Val-de-Grâce, a duré deux mois.

On cite toujours, comme un exemple de foudroyante invasion, l'épidémie de 1782 à Saint-Pétersbourg, où l'on compta, le 2 janvier, 40000 cas. Combien ce chiffre nous surprend moins aujourd'hui, grâce à nos connaissances plus précises, et grâce enfin à ce détail, un peu trop laissé dans l'ombre par les épidémiologistes, que la Russie était le théâtre d'une épidémie de grippe, venue de Chine, depuis le mois d'octobre 1781.

En résumé, des faits précis et nombreux prouvent que la grippe est bien une affection spécifique et contagieuse.

L'analyse des documents anciens n'est nullement contraire, à mon avis, à ce mode d'expansion de la maladie.

TRAITEMENT DU CHANCRE SIMPLE ET DE SES COMPLICATIONS

Par M. le docteur A. Morel-Lavallée,
Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine.

Le chancre simple est devenu, de nos jours, relativement rare; mais la statistique nous montre que c'est une maladie qui, comme toutes les affections contagieuses, subit des recrudescences par saccades, au point de constituer de véritables épidémies. Or, ce fait se produit toujours au moment des grandes agglomérations d'hommes : guerres, sièges, expositions.

Le nombre immense des procédés qu'on a préconisés pour le traitement du chancre mou est une preuve des grandes difficultés qu'offre sa thérapeutique et de l'absence de médication spécifique reconnue contre lui, au moins jusqu'à présent. Aussi bien ne voulons-nous, dans cet arsenal thérapeutique, étudier que les remèdes dont l'efficacité est tenue pour réelle et que l'expérience a consacrés.

Les méthodes employées contre le chancre simple peuvent se résumer à trois : l'excision, la cautérisation, et le traitement *usuel* par les topiques modificateurs.

I

EXCISION

Le chancre mou (1), à l'inverse du chancre syphilitique, est une lésion *ulcéreuse*, entaillant les téguments, par conséquent, exposant à des cicatrices. Toutefois, chez les gens suffisamment soigneux, c'est-à-dire ayant aperçu leur mal dès son origine, et venant assez tôt consulter le médecin, il est rare que le chancre ait eu le temps d'arriver à un assez grand développement pour causer des délabrements sérieux. Donc, il en restera peu de traces; donc encore, il n'y a pas lieu de recourir, d'une façon courante, à une méthode qui expose à des mutilations chirurgicales, pour guérir une maladie ne laissant, usuellement, que peu ou point de vestiges, si bien que l'excision se trouve, en somme, avoir des indications très restreintes, telles, par exemple, que le cas où il y aurait coïncidence d'un phimosis congénital et de chancres préputiaux ; il est clair qu'alors une opération ferait d'une pierre deux coups, délivrant le malade d'une infirmité et d'une maladie acquise.

(1) Il est bien entendu que l'expression *chancre mou* équivaut, sous notre plume, à celle de *chancre simple* ou *chancre non infectant*, que la base en soit souple ou dure (chancrelle de M. Diday, — *not infecting sore* des Anglais).

II

CAUTÉRISATION

Condition *sine qua non* : Employer des caustiques énergiques, des escharotiques, soit le fer rouge (thermocautère ou autre), soit la pâte de Vienne, la pâte de Canquoin, l'acide nitrique monohydraté ; à Paris, on se sert généralement, d'après l'exemple de M. Fournier, de la *pâte carbo-sulfurique de Ricord*, qui donne une eschare sèche, laquelle se détache au bout de dix ou quinze jours.

Mais le caustique, quel qu'il soit, doit être liquide, ou, en tout cas, assez fluide pour pénétrer dans *toutes* les anfractuosités de la plaie chancreuse, sinon l'opération est généralement inutile.

Quand aura-t-on recours à la cautérisation? Bien rarement : quand le chancre sera récent et petit (chancres d'inoculation expérimentaux), fait qui se présentera peu souvent dans la pratique, car tant que le chancre est petit, le malade s'adressera rarement à un médecin, et, d'autre part, le diagnostic parfois ne pourra être assez sûrement établi avant que l'ulcère ait atteint une certaine dimension. A l'inverse de ces cas, le phagédénisme, alors que tout a été essayé, mais en vain, est quelquefois une indication pour la cautérisation ; mais nous reviendrons sur ce sujet.

Au contraire, il est au procédé par les caustiques une foule de contre-indications que nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter aux leçons de notre maître, M. le professeur Fournier.

On doit renoncer à la cautérisation :

1° Quand le chancre est déjà avancé comme développement; puisque, alors, il touche à son apogée et à sa terminaison naturelle ;

2° Quand le chancre est trop anfractueux pour pouvoir être atteint dans toute sa surface, et cela pour les mêmes raisons qui nous faisaient, tout à l'heure, recommander un caustique suffisamment fluide ;

3° Lorsqu'il y aurait danger d'une réinoculation de voisinage ; si, par exemple, tous les chancres simples ne pouvaient être cautérisés à la fois;

4° S'il y avait à redouter des délabrements du fait de la cautérisation (Ex. chancre du méat, de l'urèthre, de l'anus);

5° Si le chancre siège dans une région où la cicatrice serait très apparente, car « les organes génitaux ont leur coquetterie » (Ricord), qu'il faut respecter.

III

TRAITEMENT USUEL

Que faut-il donc faire, pratiquement, en présence d'un chancre mou ?

1° L'isoler ; d'abord pour abriter les régions voisines contre toute auto-inoculation secondaire, puis pour protéger l'ulcère contre les irritations, les frottements. On a même prétendu que la guérison pouvait être obtenue rien qu'en recouvrant le chancre d'un tampon d'ouate hydrophile : nous doutons que ce soit suffisant; les succès

thérapeutiques, obtenus par ce seul moyen, pourraient cependant s'expliquer par l'augmentation constante de température que subirait ainsi le chancre ; on sait que M. Aubert (de Lyon) a montré qu'une température constante de 38 degrés détruisait la virulence du chancre simple.

2° Établissement d'une hygiène appropriée, générale et locale. — A. *générale* : Vie régulière, s'abstenir de toute fatigue, excès de marche, danse, etc.

B. *locale*. I. Bains locaux fréquents. — II. Recouvrir le chancre d'un pansement protecteur. — III. S'abstenir de tous irritants, de toutes applications caustiques inopportunes, telles que les cautérisations au crayon de nitrate d'argent. Éviter les pommades grasses, et surtout les pommades mercurielles.

3° Applications de topiques modificateurs. — Quels sont-ils ? Ainsi que nous l'avons dit, nous ne retiendrons que les meilleurs, les plus usuels.

I. *Tartrate ferrico-potassique.* — Préconisé surtout par Ricord, trop prôné alors peut-être, trop oublié aujourd'hui, il s'emploie à la dose de 10 p. 100, en pansements répétés deux à trois fois par jour.

II. *Iodoforme.* — Agent merveilleux, mais infidèle. Réussit huit fois sur dix (Fournier), et c'est alors ce que nous avons de mieux contre le chancre simple ; mais, quand il échoue, son échec est absolu. En outre, il a des inconvénients ; son odeur si pénétrante, que l'on a cherché à pallier par l'adjonction de la coumarine, de la vanilline, de la menthe, de la poudre de café torréfié ; à l'exception peut-être de cette dernière, toutes les odeurs surajoutées s'évanouissent rapidement, ne laissant subsister que celle de l'iodoforme.

On a essayé de substituer à ce dernier l'iodol, substance peu odorante ; nous ne savons exactement ce qu'elle vaut, nous la croyons plutôt inférieure à l'iodoforme.

III. *Nitrate d'argent*, mais en solution à 3 p. 100. — Topique excellent, surtout aux périodes d'augment et de début. Trois pansements par jour avec de la gaze, de l'étoupe ou de l'ouate hydrophile imbibée de cette solution. Quand le chancre en est arrivé à la période de réparation, qu'il est bourgeonnant, rouge, on ne fait plus de pansement permanent avec la solution ; on se borne simplement à en peindre trois fois par jour le chancre, que l'on recouvre ensuite d'ouate ou de charpie sèche ou râpée.

C'est là le traitement qu'affectionne M. le professeur Fournier. Avec lui, la durée d'un chancre mou varie de trois à cinq ou six semaines. *Inconvénients :* le nitrate d'argent tache les mains et perd le linge ; il guérit presque toujours, mais d'une façon un peu lente.

IV. *Acide pyrogallique.* — M. E. Vidal l'emploie à l'hôpital Saint-Louis, de la façon suivante : *il détruit la virulence* du chancre par l'application d'une pommade au pyrogallol à un dixième ou un cinquième, puis, vingt-quatre heures après, l'ulcère, transformé en une plaie simple, est pansé avec l'iodoforme ou l'acide salicylique.

V. *Acide salicylique.* — Excellent remède, mais très inconstant d'effet. S'emploie des deux manières que voici :

A. Pansements bi-quotidiens avec la poudre suivante :

Acide salicylique.	1
Talc.	9

ou bien :

B. On saupoudre le chancre avec l'acide salicylique pur ; il se produit une douleur vive, mais courte ; assez souvent, le chancre a, du fait de cette cautérisation, perdu sa virulence ; on le panse alors les jours suivants avec la poudre d'acide salicylique au dixième. Les résultats sont parfois merveilleux, souvent nuls. Chez certains sujets, l'acide salicylique pur, très mal toléré, provoque une poussée inflammatoire de lymphangite avec grosse induration des tissus.

VI. *Agents divers.* — Nous ne dirons rien d'autres substances plus rarement employées, telles que le camphre, la résorcine, le sulfure de carbone : d'abord, parce qu'ils n'ont pas été expérimentés sur une assez vaste échelle, puis parce que les remèdes cités les premiers suffisent presque toujours à la guérison du chancre mou. Il faut, cependant, savoir que, dans les cas rebelles où l'ulcère reste stationnaire sans vouloir se modifier, le premier précepte à suivre sera de changer de topique et de recourir successivement aux uns ou aux autres de ceux qui viennent d'être énumérés.

Il convient ici d'insister sur quelques détails.

Quand le chancre bourgeonne, devient papuleux, exubérant, on doit, comme toute plaie simple, le toucher au crayon de nitrate d'argent pour lui assurer une cicatrisation régulière.

Si la substance choisie pour le traitement du chancre reste inactive, on devra, nous venons de le dire, y renoncer et la remplacer par quelqu'un de ses succédanés : M. Fournier s'est bien trouvé de la combinaison suivante : pansements à la solution de nitrate d'argent pour la journée, à l'iodoforme pour la nuit.

A l'exception de l'iodoforme, tous les topiques que nous avons cités *indurent le chancre simple ;* on ne devra donc les employer qu'autant que le diagnostic sera formellement assuré (1).

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

I

Du zona épidémique et de l'étiologie de cette affection. — M. Gauthier entend étudier seulement le zona idiopathique qui est constamment accompagné de fièvre, ainsi que l'admettent Roger, Grisolle, Trousseau, MM. Hardy, Béhier, Landouzy, etc. Il élimine toutes les éruptions qui sont secondaires à des lésions nerveuses.

De quelle nature est cette fièvre zoster? Pour répondre à cette question, M. G. Gautier passe en revue, dans le *Lyon médical*, une série de 11 cas qui se sont présentés à son observation sous forme d'épidémie.

Il commence par constater que l'arthritisme existe dans les trois quarts des cas. Le zona est-il donc une manifestation arthritique, se produisant surtout sous l'influence du froid humide et des changements de température?

Mais l'herpès zoster ne se comporte pas comme les autres manifestations diathésiques. En effet, il ne se reproduit pas plusieurs fois et périodiquement. Au contraire, il est un fait capital dans l'histoire du zona, c'est son unicité, sa non-récidivité. On n'a qu'une fois le zona, de même qu'une fois la scarlatine, etc. Neumann, Moritz, Kaposi, P. Favre, A. Duhring, MM. Landouzy, Hardy, Besnier, sont unanimes à reconnaître ce fait.

M. Gauthier pense donc que le zona est dû à un micro-orga-

(1) Cette recommandation a d'autant plus sa raison d'être que les cautérisations sont nuisibles au chancre syphilitique, surtout s'il affecte une modalité ulcéreuse, chancrelliforme.

nisme. Cet agent zostérien, il est vrai, n'a jamais été isolé : ce qui n'empêche pas l'auteur de conclure que :

« Le zona est une affection générale infectieuse, à contagion très limitée (cas de contagion de Trousseau et d'Erb), portant son action sur les ganglions intervertébraux, et déterminant secondairement l'éruption cutanée de la même façon que d'autres maladies générales, en particulier certaines intoxications par l'oxyde de carbone (Leudet) et l'arsenic (Jaeschke, Bokai, Kaposi), par exemple, peuvent aussi produire le zona.

La prédisposition du sujet joue un rôle très important dans la fixation de l'agent zostérien, et les arthritiques surtout jouissent du privilège de subir son action.

Quant au coup de froid, si tant est que son influence existe, il agirait en affaiblissant soudainement la résistance vitale de l'individu et en permettant ainsi l'entrée efficace du germe infectieux. »

Ces conclusions sont prises d'une façon trop hâtive. Il ne s'agit pas d'émettre une hypothèse, il faut l'appuyer sur des faits expérimentaux. Or, il reste : 1° à découvrir le micro-organisme pathogène ; 2° à en faire des cultures ; 3° à l'inoculer, de façon à reproduire le zona.

Toute la preuve bactériologique est donc à trouver. Que M. Gauthier fasse la démonstration demandée, et l'on sera heureux d'admettre avec lui la fièvre zoster « affection générale infectieuse ».

De quelques recherches nouvelles sur la blennorrhagie chez la femme. — M. Eraud étudie la blennorrhagie chez la femme, dans le *Lyon médical*, et arrive aux conclusions suivantes :

1° La blennorrhagie de la femme est une affection essentiellement parasitaire, et son agent spécifique n'est autre que le microbe de Neisser;

2° Le siège d'élection du gonocoque, chez la femme, est avant tout et surtout l'urèthre, puis l'utérus ;

3° Le gonocoque est presque exclusivement dans le col de l'utérus et rarement dans le corps ;

4° La vaginite blennorrhagique n'existe pas en tant qu'entité morbide distincte, isolée, mais quand elle existe, et cela d'une façon exceptionnelle, du reste, elle est toujours secondaire à la métrite;

5° Les diverses médications plus ou moins classiques, usitées jusqu'ici contre la blennorrhagie chez la femme, ne paraissent avoir aucune action bien positive sur le gonocoque ;

6° En raison du siège intra-pariétal du gonocoque, il serait convenable de diriger, contre les effets de ce dernier, un traitement chirurgical : les résultats du raclage ont paru très avantageux pour l'utérus, mais beaucoup moins marqués pour l'urèthre.

Ce mémoire donna lieu à un débat au sein de la Société des sciences médicales de Lyon (séance de juillet 1888). M. Aubert admet que sur huit femmes atteintes de blennorrhagie uréthrale, huit fois le gonococcus était dans l'urèthre et une seule fois dans l'utérus. Il est juste d'ajouter que les sécrétions utérines se prêtent moins à la recherche du microbe.

Contrairement à ce qu'on avait avancé, M. Aubert n'a trouvé que très rarement le gonococcus dans les sécrétions du vagin. Et quand il s'y trouve on peut se demander s'il ne vient pas de l'utérus.

La vaginite de la femme est l'équivalent de la balanoposthite de l'homme.

Quant à la vulvite blennorrhagique, elle n'existe pas, et les gonocoques que l'on trouve sur le pus pris à la vulve proviennent de l'urèthre ou de l'utérus.

M. Aubert pense que la présence du gonococcus n'a pas été démontrée dans le sang, les articulations, le péricarde des blennorrhagiques. Ces localisations de l'affection sont encore à démontrer. Le pus uréthral a beaucoup plus de gonocoques que le pus utérin. C'est l'urèthre de la femme qui est surtout la source de contagion pour l'homme.

M. Jullien croit que le microbe envahit la muqueuse du corps de l'utérus et même celle de la trompe. M. Cornil a, en effet, trouvé le gonococcus dans le sang.

Le diagnostic clinique de la métrite blennorrhagique n'est pas toujours facile. D'après M. Eraud, la coïncidence d'une sécrétion purulente du col utérin et de l'urèthre, avec la rougeur et le boursouflement du méat, qui saigne au moindre contact, suffit pour établir le diagnostic. Le même auteur décrit trois espèces de cervicite : une forme congestive, une ulcéreuse et une troisième forme hypertrophique et bourgeonnante.

Malgré toutes ces recherches, le diagnostic bactériologique du gonococcus n'est pas établi sur des bases assez solides, pour permettre des affirmations péremptoires. La forme du gonocoque varie suivant les observateurs. On a donné à ce micro-organisme une forme arrondie, sphérique, ovulaire, discoïde, cubique ou aplatie comme une semelle de soulier.

Les dimensions varient dans des limites assez étendues.

Le groupement des gonocoques n'est pas caractéristique, car des divergences existent à ce sujet entre les micrographes.

Cependant, on est tenté d'admettre à cette heure que le gonocoque se reconnaît par sa forme arrondie ou aplatie, et qu'il siège dans l'intérieur des leucocytes où il forme des colonies de diplocoques. Enfin, la décoloration de ce micro-organisme, par la méthode de Gram, est un nouvel élément qui viendrait ajouter un certain degré de certitude au diagnostic bactériologique, établi sur la constatation des caractères précédemment énumérés.

En somme, la question de la blennorrhagie féminine a fait un pas en avant. La vaginite blennorrhagique est peu fréquente, contrairement à ce qui était enseigné autrefois. L'uréthrite est très souvent observée, puisque le gonocoque semble se cantonner volontiers dans le voisinage du méat. La cervicite blennorrhagique n'est pas une rareté. C'est là encore une notion nouvelle. Parmi les anciens auteurs, Ricord était presque seul à professer la fréquence de la blennorrhagie utérine.

II

Salpingite et castration. Evacuation artificielle des collections enkystées de la trompe par la dilatation et le drainage de l'utérus. — M. Doléris s'élève avec force contre les abus de la castration et de la salpingotomie. Les chirurgiens s'empressent trop d'enlever des organes qui peuvent remplir leurs fonctions. Souvent, les annexes malades peuvent guérir par une thérapeutique sage et pondérée, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir immédiatement le bistouri.

M. Doléris propose la méthode suivante pour guérir les salpingites :

1° Dilatation permanente, lente et progressivement augmentée de la cavité utérine. On l'obtient en quelques jours par l'usage des substances dilatatrices : tiges de laminaria et cônes d'éponge préparée. Les laminaires permettent d'introduire facilement les cônes d'éponge. Il faudra placer successivement des éponges pendant quatre, cinq jours et plus, de façon à obtenir le maximum de dilatation utérine.

2° On pratiquera un curage très méticuleux des angles tubaires de la cavité utérine et de la région de l'orifice interne.

3° Le propre de la méthode est de créer le drainage de la cavité utérine, en maintenant la dilatation maximum d'une façon pour ainsi dire indéfinie. Dans ce but, on bourre l'utérus de gaze iodoformée fortement enduite de glycérine. Il faut tasser la gaze et en faire pénétrer autant qu'on peut.

Ce drainage doit être renouvelé tous les jours ou tous les deux jours.

La cavité vaginale est remplie de gaze iodoformée glycérinée ou même avec un tampon enduit de glycérine iodoformée. Tous les jours, on donne des irrigations antiseptiques. Quelques précautions hygiéniques (abstention de fatigue et de coït) facilitent la guérison. Durant la première période menstruelle qui suit, on prescrit le repos au lit.

Enfin, un point essentiel, c'est de faire cesser, par les moyens appropriés, toute cause d'inflammation chronique de l'utérus ou d'atrésie de diverses portions de son conduit.

Par quel mécanisme se produit l'évacuation des collections tubaires? Par suite de la surdistension, il y a amincissement des parois de l'utérus. En même temps se produit la distension du segment résistant de la trompe, c'est-à-dire de ses deux tiers internes, dont le plus interne est intra-pariétal. De plus, il se produit un raccourcissement de la portion intra-pariétale de la trompe.

Entre la tension de l'exsudat intra-tubaire et l'obstruction mécanique de la matrice, la trompe subit une distension mécanique suffisante pour aider au passage du liquide de la cavité où existe le plus de tension vers celle où la tension est moindre (l'utérus). La longueur et la persistance de l'effort de tension que produit le liquide tubaire d'une part, et d'autre part la texture musculaire des parois tubo-utérines sont favorables au résultat.

A toutes ces causes favorables à l'évacuation du liquide, il faut ajouter l'emploi de corps absorbants ou dialysants. (*Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 14 février 1890, un témoignage de satisfaction pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles, a été accordé à :

MM. les docteurs Caussade, à Saint-Médard-de-Guisières ; Cocatrix, à Doudeville ; Désarménien, à Marcillat ; Dodeuil, à Ham ; Game, à Perrégaux ; Garabuan, à Aubin ; Jean Gérard, à Sancey-le-Grand ; Joyeux, à Mirecourt ; Lucciardi, à Sante-Piétro-de-Tenda ; Masson, à Raon-l'Étape.

MM. les officiers de santé Bartoli, à Calvi ; Beveraggi, à Belgodère ; Hauttement, à Évrecy ; Jorry, à Bouilly ; Saligue, à Créon.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Brouardel, doyen de la Faculté, est maintenu dans lesdites fonctions pour une période de trois ans, à partir du 26 février 1890.

M. Klippel (François-Maurice), docteur en médecine, est nommé chef du laboratoire de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Bellangé, démissionnaire.

M. Ribemont-Dessaignes, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'accouchements.

M. Bar, agrégé, est chargé d'un cours de clinique d'accouchements pour les élèves sages-femmes.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. »	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la dernière séance de l'Académie, M. Dujardin-Beaumetz a lu un rapport sur le travail de M. Nicaise, chirurgien des hôpitaux. On se rappelle peut-être que, l'année dernière, M. Nicaise, après un séjour prolongé dans le Midi, avait déposé, sur le bureau de l'Académie, le résultat des expériences qu'il avait entreprises à Nice, dans le but d'essayer sur lui-même la valeur du traitement préconisé par Dettweiler.

M. Nicaise n'a pas appliqué la méthode dans toute sa rigueur. Il s'est contenté d'examiner les résultats que pouvait donner l'aération continue dans la chambre des tuberculeux. L'habile chirurgien a relevé un fait d'une grande importance. Il a remarqué que la température minimum de sa chambre se maintenait entre + 10 degrés et + 15 degrés, alors que la température, prise à l'extérieur, oscillait entre — 2 degrés et + 12°5. En laissant entr'ouverte la fenêtre d'une chambre, on peut donc y respirer dans une température douce et sensiblement égale, alors que le froid sévit au dehors. Cette simple constatation suffira à faire tomber les objections les plus sérieuses que les médecins, ennemis déclarés du refroidissement, n'auraient pas manqué d'élever pour combattre la nouvelle méthode basée essentiellement sur l'hygiène.

M. Dujardin-Beaumetz a mis en lumière les autres moyens hygiéniques employés dans la cure de la tuberculose. La suralimentation et un exercice progressif jouent un rôle incontestable dans la guérison de la phthisie. Le rapporteur s'est élevé contre la prétention de supprimer tout agent pharmaceutique. Il a fait très justement remarquer que le traitement hygiénique de la tuberculose ne peut avoir la prétention de supplanter entièrement la thérapeutique.

M. Danion est venu ensuite soumettre au jugement de l'Académie la méthode de traitement des fibro-myomes utérins par le tampon électrique et le renversement des courants. Déjà M. Lucas-Championnière avait exposé, devant la Société de chirurgie, les résultats qu'il avait obtenus à la suite des expériences faites en commun avec M. Danion.

Le traitement électrique, tel qu'il est formulé par les deux auteurs précédents, n'est pas nouveau. Le renversement des courants a déjà fait ses preuves dans la cure de diverses affections de la matrice. Peut-être MM. Lucas-Championnière et Danion ont-ils raison de combattre l'action galvanocaustique préconisée par M. Apostoli. Cependant, il est juste de faire remarquer que la méthode de M. Apostoli a donné des résultats qui ont été constatés par des chirurgiens étrangers éminents. S'il est bon d'essayer de faire mieux que M. Apostoli, on ne doit pas tendre à déprécier la valeur d'un homme qui a rendu un incontestable service à la chirurgie en prouvant que les fibromyomes pouvaient être avantageusement influencés par le traitement électrique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Hernie inguinale; cure opératoire suivie de récidive; deuxième opération.

M. Segond va opérer devant vous un homme vigoureux, de quarante-huit ans, ancien soldat, et exerçant la profession de chauffeur. L'année dernière, cet homme se présentait à ma consultation et fut soumis à mon examen. Il était porteur d'une hernie non congénitale, survenue huit ans auparavant à la suite d'un effort violent. La tumeur, petite au début, doubla bientôt de volume et atteignit le volume du poing. Aucun bandage ne réussissait à contenir cette hernie inguinale, et cet homme était dans l'obligation de continuer son rude métier pour pouvoir gagner sa vie. Le 23 décembre 1887, je lui fis la cure dite radicale. De cette opération je ne dirai pas grand'chose : le sac fut disséqué très haut et avec facilité. Je ne pratiquai pas de drainage et la guérison par première intention survint très rapidement. Cet homme porta un bandage, dès qu'il commença à se lever. Il put reprendre son métier.

Le 15 août de cette année il fait une chute d'une hauteur de quinze mètres et casse son bandage. Il sent une douleur au niveau de l'aine et constate l'apparition d'une hernie semblable à celle qu'il avait eue huit ans avant son opération. Il continue à faire son travail et porte un bandage quelconque, mais d'une manière irrégulière.

La tumeur qui a augmenté de volume le gêne, et il demande à être opéré de nouveau.

Je cède à ses sollicitations, parce que je crois pouvoir lui être utile.

C'est la vingtième opération de cure chirurgicale de hernie que je vais faire. Tous mes opérés ont guéri. Ce résultat confirme l'assertion de quelques chirurgiens, qui affirment la bénignité de cette opération. Celle-ci a non seulement été bénigne chez ce mécanicien, mais les suites opératoires ont été tellement simples que cet homme n'a pas hésité à revenir dans nos salles pour subir une intervention du même genre.

Mais ce cas nous prouve que la récidive de la hernie est possible, après la cure dite radicale. Je me suis toujours élevé contre cette expression qui est fausse, attendu qu'elle ne guérit pas radicalement et pour toujours le malade. Cette expression est mauvaise, parce qu'elle ne met pas en lumière la vraie raison d'être de cette opération, parce qu'elle n'en montre pas les grands et réels bienfaits avec la possibilité des insuccès. C'est pourquoi j'ai adopté le nom de cure opératoire ou chirurgicale.

Pourquoi cette récidive a-t-elle eu lieu ? Elle s'est faite par le même mécanisme que celui qui s'était produit huit ans avant l'opération. Sous l'influence d'un effort pendant la chute, la pression abdominale s'est exercée sur un point faible et a fait sortir hors du ventre une anse d'intestin. La guérison à la suite de la cure opératoire repose sur la clôture hermétique du sac. Cette clôture a été violentée et elle a cédé.

Cette hernie a-t-elle un sac péritonéal ? S'il existe un sac, il faudra le disséquer soigneusement et le réséquer très haut — comme lors de la première opération. Mais si le sac péritonéal n'existe pas, nous serons dans la nécessité de faire une bien mauvaise opération. On disséquera, comme on pourra, le sac de tissu conjonctif et on suturera les piliers. Mais quel résultat donne une telle opération ? Il faut avouer que ce résultat n'est pas brillant. On arrive bien à rapprocher les piliers, mais la réunion n'est pas ferme. Les piliers sont fibreux et, dès que le malade marche, ils reprennent leur situation réciproque, par suite de leurs attaches inférieures qui ne peuvent changer.

Dans le cas actuel je crois qu'il existe un sac séreux. Je ne saurais l'affirmer, cependant, voici les raisons qui tendent à prouver que la séreuse abdominale est descendue en même temps que l'intestin. Vous remarquerez tout d'abord que la hernie s'est produite la deuxième fois de la même façon que la première, c'est-à-dire brusquement. Cela ne prouve rien, mais la hernie augmente de volume. Or, cet accroissement rapide s'explique mieux dans l'hypothèse d'un sac péritonéal. La hernie se laisse réduire avec une extrême facilité : les conditions dans lesquelles cette réduction s'exécute, les sensations que j'éprouve en refoulant l'intestin dans l'abdomen, me font croire à l'existence d'un sac péritonéal. Car tout se passe exactement de la même façon que la première fois, alors qu'il y avait certainement un sac. L'intestin a donc déprimé le péritoine au niveau du canal inguinal et a fait glisser le péritoine.

Si nous trouvons un sac séreux, l'opération sera simple, car il n'y a ni épiploon, ni brides, ni adhérences dans la tumeur herniaire. La seule difficulté qu'il pourra y avoir sera provoquée par l'absence du sac péritonéal.

Dans le cours de l'opération que M. Segond va exécuter à ma place, nous constaterons l'état de la vaste plaie produite il y a un an. Quel est l'état des tissus incisés ? Je vous ai dit que la plaie avait guéri sans suppuration. Je crois que nous constaterons l'intégrité des surfaces touchées anciennement par l'instrument tranchant (1).

TRAITEMENT DU CHANCRE SIMPLE ET DE SES COMPLICATIONS (2)

Par M. le docteur A. Morel-Lavallée,
Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine.

IV

Quelques chancres, de sièges spéciaux, réclament un traitement un peu particulier. Examinons ce point de vue, en suivant la méthode de M. A. Fournier.

Chancre de l'anus. — Éviter la constipation, qui congestionne la région et expose le sphincter à des déchirures au passage d'un bol fécal trop dur. Ne jamais aller à la selle sans prendre un lavement huileux et sans oindre l'anus d'un peu de cold cream.

Panser le chancre avec une mèche imbibée de nitrate d'argent au tiers, sauf à son sommet qui sera simplement enduit de vaseline, mèches iodoformées et suppositoires iodoformés.

Chancre de l'urèthre. — Si le chancre est profond, intra-uréthral, aucun pansement; repousser l'usage des bougies médicamenteuses. Se contenter des boissons adoucissantes qui délaient l'urine. Si, au contraire, il s'agit d'un chancre du méat, on pourra, dans l'intervalle des mictions, introduire dans le canal une lamelle d'ouate portant le médicament.

Chancres recouverts par le prépuce en phimosis. — Si le phimosis est momentanément réductible, c'est-à-dire si, malgré le gonflement et la douleur, le malade peut « décalotter » *seulement pour quelques minutes*, devra-t-on découvrir pour panser l'ulcère à plat et le maintenir, par le pansement, isolé de la muqueuse préputiale ? Oui, mais seulement aux conditions suivantes : 1° l'anneau inférieur du prépuce sera suffisamment large et élastique pour qu'on n'ait pas à craindre la production de fissures, points de départ de lymphangites et d'inoculations; 2° la réduction du phimosis sera assez libre pour qu'on n'ait pas à redouter la production d'un paraphimosis, dont la constriction pourrait exercer les plus graves conséquences, jusqu'à la gangrène.

Le phimosis est irréductible et recouvre un ou plusieurs chancres simples; quelle conduite tenir ? 1° Tous les jours, faire prendre un grand bain, de trois quarts d'heure à une heure; bains locaux fréquents; 2° quatre fois par jour, on fera faire entre le gland et le prépuce, à l'aide d'une sonde molle en caoutchouc rouge (que l'on enfoncera successivement aux quatre points cardinaux du limbe préputial), des injections de deux sortes, à savoir : A. *Injection détersive*, dite de balayage, laquelle fera passer dans le phimosis 1 ou 2 litres d'un liquide quelconque (eau tiède, eau de guimauve), puis, tout de suite après B. *Injection médicamenteuse*, avec une solution de nitrate d'argent à 1/200 ou 1 p. 100 (Fournier); 3° le malade tiendra assidûment sa verge enve-

---

(1) L'opération a permis de constater la présence d'un sac séreux, qui a été isolé avec facilité. Les tissus incisés présentaient l'aspect normal.

(2) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 224.

loppée d'une compresse imbibée d'eau de guimauve ou d'eau blanche, et cela, jour et nuit, afin d'éviter les frottements et attritions qui pourraient être une source de complications inflammatoires. On aura, en outre, recours aux bromures et surtout au bromure de camphre pour empêcher les érections nocturnes.

Pris à temps, le chancre simple constitue en lui-même une affection assez bénigne, et dont on parvient aisément à se rendre maître. Mais il est susceptible de complications souvent redoutables, la lymphadénite et le phagédénisme, la première est de beaucoup la plus fréquente.

Le système lymphatique peut être impressionné de plusieurs façons : par la formation d'un bubon, — avec toutes ses variétés — ou, ce qui est plus rare, d'une lymphangite, avec ou sans bubon.

Étudions d'abord cette dernière.

Il peut arriver que les frottements, les mauvais pansements, les topiques irritants déterminent autour de l'ulcère vénérien une plaque de lymphangite rouge sombre qui indure la lésion et la soulève en quelque sorte au-dessus du niveau des tissus voisins. Cette complication, qui peut donner lieu à une grave erreur de diagnostic, est essentiellement inflammatoire, et, comme telle, justiciable des antiphlogistiques qui en viennent facilement à bout (bains locaux, pansement dépourvu de tout cathérétique), mais elle expose à une extension excentrique du chancre et, par suite de la turgescence des vaisseaux lymphatiques, à une absorption plus aisée du virus susceptible d'être porté vers le ganglion; aussi convient-il de la combattre avec le plus grand soin.

La lymphangite tronculaire indurée, si fréquente avec le chancre syphilitique sous la forme d'un cordon dur ininterrompu, ne se voit jamais dans le chancre mou, au moins sous cet aspect. Mais ce qui peut arriver, le voici : c'est la formation, sur le trajet du lymphatique efférent, d'une ou plusieurs nodosités qui, rapidement, se transforment en ampoules fluctuantes, puis éclatent et presque invariablement se montrent alors à l'état de petites cavernes chancreuses, de « chancres lymphatiques ». On doit, dès lors, les traiter comme la chancrelle elle-même, par l'iodoforme, le nitrate d'argent liquide, etc. (Dans des cas beaucoup plus rares, exceptionnels, ces petites nodosités lymphatiques ne suppurent pas, mais s'empâtent, s'indurent et sont susceptibles de résolution. Mais alors même, on peut les différencier de la lymphite du syphilome primaire, parce que, dans cette dernière, on trouve une corde dure, ininterrompue, allant jusqu'au ganglion, et non une ou deux tumeurs isolées, étagées le long de la verge.)

Si la lymphangite à cavernes chancreuses n'est, ordinairement, qu'un incident de la chancrelle compliquée de bubon chancreux, en revanche, ce qu'il est courant de voir, c'est le bubon sans accompagnement de lésions constatables des lymphatiques intermédiaires.

Le bubon est une *complication* du chancre mou, loin d'en être le « compagnon obligé », ainsi qu'il va pour le chancre syphilitique. En moyenne, on ne l'observe, à l'hôpital, que 1 fois sur 3, tandis qu'il est beaucoup plus rare dans la clientèle de ville. C'est dire que le manque de soins et la mauvaise hygiène en sont les causes les plus ordinaires, à savoir toutes les causes d'inflammation du chancre, les mauvais pansements, le coït; toute fatigue, les marches forcées, la *danse*. Chez l'homme, M. Fournier a remarqué que le chancre qui s'accompagne le plus souvent de bubon est le chancre du frein.

Le ganglion peut être affecté de deux façons différentes, il peut y avoir adénite simple ou chancre ganglionnaire (bubon chancreux). Or, le diagnostic ne peut se faire qu'une fois la suppuration ouverte à l'extérieur; nous aurons donc deux périodes à envisager au point de vue du traitement ; la période inflammatoire et la période ulcérative, dans laquelle l'intervention thérapeutique variera absolument suivant qu'il s'agira d'un abcès ganglionnaire simple ou d'un foyer chancreux.

Dans la phase inflammatoire, alors que rien ne peut faire prévoir l'évolution chancreuse, — qui peut tout au plus être soupçonnée dans le cas d'un développement suraigu de l'adénopathie, — le seul traitement à employer repose sur les antiphlogistiques : le malade, auquel on aura eu le soin de défendre tout régime excitant, devra garder le repos complet, au lit, on lui prescrira des émollients, des cataplasmes (arrosés de laudanum en cas de douleur), mais surtout des bains répétés, d'une heure, de deux heures, un bain tous les jours, pris à domicile, naturellement. Autrefois, on usait d'un remède trop négligé, à tort, aujourd'hui, nous voulons parler des sangsues. L'application de dix, quinze, vingt sangsues sur la tumeur phlegmoneuse en formation a ce double avantage de diminuer la turgescence inflammatoire et la douleur, et aussi les chances de périadénite. Mais il ne faut jamais y recourir quand on est en présence d'un bubon en imminence de suppuration, déjà ramolli, car on s'exposerait ainsi à autant d'inoculations chancrelleuses.

Avec cette thérapeutique, la résolution est fréquente s'il ne s'agit que d'une adénite simple; en tout cas, on a toujours gagné quelque chose, on a circonscrit l'inflammation.

Deuxième période. — Si l'on a affaire à une adénite suppurée ouverte, on la pansera à plat comme une plaie simple, ayant recours à la période terminale, pour aider la guérison, aux badigeonnages iodés, aux bains, à la compression ouatée, etc. Mais ce qu'il importe de savoir, c'est la conduite à tenir au moment où, la fluctuation étant évidente, on ignore si l'on va se trouver en présence d'un simple phlegmon ou bien d'un chancre du ganglion.

L'indication est formelle, il faut intervenir : il faut ouvrir le foyer, et cela le plus tôt possible, parce qu'ainsi on fait gagner du temps au malade, on prévient les décollements et on est maître de la forme et de la direction à donner à l'ouverture. Celle-ci devra être faite d'une seule ponction, au bistouri, après éthérisation locale ou non. S'il s'agit du pli de l'aine, l'incision lui sera perpendiculaire pour éviter le recroquevillement des deux bords de la plaie. L'abcès est donc ouvert (1) : que reste-t-il à faire? Si l'on était certain de n'avoir pas à craindre un bubon chancreux, la conduite serait toute simple; il suffirait de panser la plaie en l'isolant avec la plus grande minutie de tout contact possible avec le chancre, si celui-ci existe encore (on sait, en effet, que M. Straus a montré qu'une grosse part des bubons chancreux observés ne l'étaient devenus qu'à la suite d'inoculations directes dues à l'incurie des malades). Malheu-

(1) M. Le Pileur, médecin à Saint-Lazare, a proposé, pour éviter la cicatrice, de faire une ponction avec l'appareil aspirateur Potain. C'est là un bon procédé; toutefois, il faut dire qu'il est assez douloureux et qu'il faut parfois réitérer la ponction. Celle-ci doit être suivie de l'application d'un bandage compressif.

reusement, il n'en est pas ainsi, et on ne peut être sûr que l'abcès qu'on vient d'ouvrir n'est pas la préface d'un chancre ganglionnaire : en effet, les inoculations expérimentales ont démontré que fréquemment le pus du ganglion ne devenait inoculable que le lendemain ou au moins quelques heures après son ouverture. Il faut donc toujours se conduire comme si le ganglion était chancreux, ou eût dû l'être sans l'intervention du médecin, car celle-ci peut sans doute arrêter l'éclosion de la redoutable complication (1). Voici donc ce qu'il convient de faire : dès que la fluctuation est manifeste, on ouvre au bistouri, on vide l'abcès et on assure sa détersion complète en y faisant des lavages avec un liquide quelconque. Quand l'eau ressort à peu près propre, on fait alors dans la cavité, avec une seringue à injection uréthrale, une injection avec la liqueur de van Swieten ou mieux encore avec la solution de nitrate d'argent à un trentième. Au bout de deux minutes, on éponge avec un tampon d'ouate hydrophile, on bourre la plaie d'iodoforme, et on fait un pansement légèrement compressif, qu'il est inutile de changer avant trois jours. On a alors affaire à une plaie simple que l'on traitera comme telle.

L'injection dans le foyer de l'abcès de liqueur de van Swieten ou de nitrate d'argent, est extrêmement douloureuse. On doit la faire précéder d'une application de solution cocaïnée à 5 p. 100, dont on laissera pendant deux à trois minutes la cavité remplie après le lavage.

(1) La ponction préventive du ganglion, évacuant le pus formé au centre de celui-ci, avan qu'il n'ait pu se mêler au pus de la péri-adénite, est un des moyens à employer. On a aussi proposé d'injecter dans le ganglion, après la ponction, quelques gouttes de teinture d'iode ou de solution concentrée de nitrate d'argent.

THÉRAPEUTIQUE

Des phosphates de chaux et de leurs modes d'administration.

Par M. le docteur Delmis.

Les phosphates de chaux jouent un rôle considérable en thérapeutique. Ils ne sont pas seulement le remède par excellence des affections si nombreuses du système osseux, leur concours est encore recherché dans bien d'autres cas, notamment pour combattre la diarrhée, la dyspepsie, la phthisie, etc... On les emploie à tous les âges de la vie, depuis la plus tendre enfance, dans laquelle le praticien les administre avec la décoction blanche de Sydenham, jusqu'aux adultes et vieillards, qui les absorbent sous les formes les plus variées.

Nous sommes loin de l'époque où l'on donnait aux malades l'album græcum, les os calcinés, la corne de cerf, mais combien de préparations qui les ont remplacés, ne sont pas plus efficaces! Puisque de tous temps, on a compté sur les bons effets des phosphates de chaux, n'est-il pas nécessaire de les bien connaître et savoir quel sera, entre tous, celui qu'on adoptera ?

Trois phosphates de chaux sont inscrits au Codex :

Phosphate tricalcique. Phosphate des os et des dents. C'est une poudre blanche, insoluble dans l'eau, plus ou moins soluble dans les acides selon son mode de préparation. Souvent cette poudre n'est qu'un mélange de phosphate, carbonate et parfois même sulfate de chaux.

Introduit dans l'estomac, un tel médicament est-il absorbé? Trousseau répond qu'il n'est digéré que partiellement, et que la presque totalité est rejetée dans les garde-robes. Il agit donc comme simple absorbant, et la petite quantité qui a pu pénétrer dans l'économie provient de sa transformation, dans l'estomac, en phosphate monocalcique (le seul soluble dans l'eau et, par suite, assimilable), grâce à l'acide chlorhydrique qu'il y rencontre.

Phosphate bicalcique. Peu employé en nature, il ne sert qu'à préparer le suivant. Comme le phosphate tricalcique, il est soluble dans les acides en donnant du monocalcique, et c'est à l'état gélatineux qu'il est à son maximum de solubilité.

Phosphate monocalcique. C'est le plus important. On le trouve dans tous les liquides de l'économie, le sang, l'urine, la salive, le sperme, le lait, les humeurs, et aussi dans les vins et eaux douces et les liquides qui ont été en contact plus ou moins prolongé avec les os, tels que les bouillons médicinaux et alimentaires.

Lehmann a prouvé qu'on le rencontre dans tous les tissus en voie de développement. Il est donc un aliment nécessaire aux jeunes sujets qui croissent. Il paraît aussi contribuer à la nutrition du système nerveux et entretenir dans la cellule une excitation probablement indispensable. Il n'est pas seulement utile à l'homme, les plantes en ont besoin également pour se développer, et, sous quelque forme qu'on leur administre les superphosphates, c'est toujours le phosphate monocalcique qui agit, étant seul soluble dans l'eau. C'est donc le collaborateur nécessaire à l'existence des êtres vivants.

En résumé, étant le plus stimulant parce que c'est lui qui contient le plus d'acide phosphorique, il est le seul phosphate de chaux rationnel qu'on devrait employer.

Il est important pour le médecin d'avoir à sa disposition ce sel à l'état de pureté. On ne peut être sûr qu'il en est ainsi que s'il a été obtenu en saturant une solution d'acide phosphorique pur par du phosphate bicalcique pur préparé avec tous les soins qu'indique le Codex. Les phosphates du commerce (gélatineux, cristallisés et autres) doivent être complètement rejetés, parce qu'ils sont toujours acides et renferment de la magnésie.

Les chlorhydro et lacto-phosphates de chaux, dont on fait souvent usage, ne sont pas des sels définis, cristallisés, mais de simples mélanges dans lesquels on ne trouve que du phosphate monocalcique, chlorure ou lactate de calcium et souvent excès d'acide chlorhydrique ou lactique. Sous ces dénominations peu scientifiques se cache donc encore le phosphate monocalcique qui est la base de ces produits. Quelles sont, en effet, les propriétés thérapeutiques des chlorure et lactate de calcium? Ils chargent et embarrassent inutilement l'estomac.

Il est donc logique de remplacer toutes ces préparations par le monocalcique et de le faire entrer d'une façon définitive dans la pratique journalière.

C'est en se basant sur ces considérations que M. le docteur A. Revil a eu l'idée de l'associer aux quinquina, cannelle, écorces d'oranges et coca. On retrouve, en effet, dans son *vin hématogène phosphaté*, les propriétés stimulantes du phosphate monocalcique, ajoutées à celles éminemment toniques et reconstituantes de la potion cordiale au quinquina que nos maîtres des hôpitaux formulent quotidiennement dans leurs services (vin de cannelle, sirop d'écorces d'oranges amères, extrait de quinquina).

Pour préparer son phosphate de chaux monobasique, doser son quinquina et veiller à la préparation irréprochable de son *vin hématogène phosphaté*, M. le docteur Revil s'est assuré le concours d'un de nos plus distingués pharmaciens de l'École de Paris.

On peut donc affirmer qu'une préparation offrant d'aussi sérieuses garanties trouvera dans le monde médical le bienveillant accueil que lui ont déjà fait de nombreux et savants médecins, et prendra la place qu'elle mérite dans la thérapeutique contemporaine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 février 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un travail de M. Delétrez (de Bruxelles) : « Néphrectomie abdominale dans un cas d'hydronéphrose chez un enfant de dix ans »;

2° Une note de M. le docteur Solland sur l'épidémie cholérique aux casernes de la citadelle de Hanoï, en 1888, et les fumigations sulfureuses ;

3° Un travail intitulé : « Considérations relatives aux revaccinations », par M. le docteur Mouchet (de Sens) ;

4° Des notes sur la grippe, par MM. Massat, Huguenard, Labit ;

5° Un mémoire de M. le docteur Morvan : « De la chorée fibrillaire. »

RAPPORT

De l'aération permanente par la fenêtre entr'ouverte. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait un rapport sur une communication de M. Nicaise (1). Il rappelle l'émotion qui accueillit dans le monde savant la communication faite, en 1887, par le docteur Dettweiler. Il s'agissait des bénéfices que le tuberculeux retire en vivant au grand air. Depuis cette époque, M. Daremberg et M. Pouzet (de Cannes) ont publié quelques travaux sur la même question.

Tous les auteurs ont signalé l'inconvénient de vivre dans un milieu confiné. Déjà Raulin, en 1752, donnait le conseil de mettre les tuberculeux dans une chambre dont les fenêtres devaient rester entr'ouvertes. Mais c'est à Dettweiler qu'il faut rapporter l'honneur d'avoir donné un corps solide à cette idée qui germait dans quelques esprits.

LECTURES

Traitement des fibro-myomes utérins par le tampon électrique et les renversements (2). — M. DANION lit un travail sur cette question.

Dans la cure électrique des fibromes utérins, l'action galvano-caustique est plutôt nuisible.

Le pôle positif, appelé à tort hémostatique, et le pôle négatif, appelé à tort résolutif, agissent indifféremment en associant leurs effets dans des renversements.

Le traitement électrique ne produit jamais le moindre accident, ni même la moindre réaction.

Les accidents mortels survenus à la suite de l'application de l'électricité sont dus surtout aux effets caustiques.

La méthode de Dettweiler ne consiste pas à soumettre les phthisiques à une aération contenue. On sait que les tuberculeux ont, à Falkenstein, une alimentation très bien comprise. La gymnastique respiratoire y est judicieusement pratiquée. M. Dettweiler a obtenu des résultats remarquables : 24,2 p. 100 de guérisons relatives et 13,2 p. 100 de guérisons définitives. Ces chiffres sont déduits de l'observation de 1 022 malades.

M. Nicaise a pris tous les matins, à Nice, pendant cent six jours, la température de l'air extérieur et celle de sa chambre. De l'ensemble de toutes ces températures, il résulte que la température minimum à l'extérieur, du 22 décembre au 6 avril 1889, a oscillé entre — 2 degrés et + 12°5, la température minimum de la chambre a varié de + 10 à + 15 degrés. Dans certaines conditions, on peut donc maintenir la température d'une chambre à + 10 degrés, en laissant la fenêtre entr'ouverte, alors même que la température extérieure s'abaisse à — 2 degrés. Pour obtenir ce résultat, il faut fermer les persiennes pendant la nuit.

Il ne peut être question de soumettre brusquement les tuberculeux à l'aération permanente. On peut songer que, par l'accoutumance et par des dispositifs spéciaux, on arrivera à cette réglementation de l'air dans la cure de la tuberculose. Mais il faut marcher dans cette voie avec la plus grande prudence.

On a espéré qu'on pourrait supprimer tout traitement pharmaceutique, grâce à la nouvelle méthode. Mais c'est une erreur.

Si l'on n'est pas encore sûr d'avoir un médicament qui tue le bacille tuberculeux, du moins la thérapeutique possède des agents capables de combattre la toux, de modifier l'expectoration, d'abaisser la fièvre, etc. Or, de tels résultats ne sont pas à dédaigner.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1185.
(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 195.

Épidémie de fièvre typhoïde à Pont-Faverger. — M. DOYEN (de Reims). Nous avons analysé, M. Lajoux et moi, sept échantillons d'eaux envoyés par le docteur Dresch (de Pont-Faverger). Cinq échantillons provenant de puits contaminés contenaient, pour un litre environ, 25 000 000 de bactéries, dont 15 à 20 millions de bacilles typhiques. Deux échantillons, envoyés d'Épernay par le docteur Pellot, se sont montrés analogues.

Voulant étudier l'action du froid sur les bactéries des eaux de Pont-Faverger et d'Épernay, j'ai congelé à — 100 degrés, pendant quelques instants, tous les échantillons envoyés et d'autres tubes contenant les bactéries du charbon, de la fièvre typhoïde, du choléra, du bacille de Finckler, de la diphthérie de Lœffler, de l'érysipèle, etc. Au bout d'un quart d'heure, le thermomètre marquait encore — 96 degrés, et au bout de huit heures — 30 degrés. Toutes ces cultures sont demeurées stériles.

Les eaux contaminées ne contenaient qu'à peu près la proportion tolérée d'ammoniaque et de matières organiques. Celles-ci avaient, en effet, subi presque complètement, dans le sol, la fermentation nitrique. Aussi concluons-nous, avec M. Lajoux :

1° Le dosage des matières organiques et de l'azote ammoniacal n'a qu'une importance secondaire, dans l'analyse d'une eau suspecte ;

2° Le dosage du chlore et de l'acide azotique est, au contraire, en rapport direct avec le degré de contamination de l'eau par les matières organiques d'origine animale, qui ont subi presque en totalité l'action du ferment nitrique ;

3° L'analyse bactériologique a confirmé, pour chaque échantillon, les résultats de l'analyse chimique.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant étranger (3e division).

Le nombre des votants étant 48, la majorité est de 25.

M. Lemoigne (de Milan) est élu par 46 voix contre M. Bagge (de Copenhague), 1 voix et 1 bulletin blanc.

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture de M. Féréol sur les candidats au titre de correspondant national (1re division). Voici la liste de présentation :

En première ligne : M. Henrot (de Reims); en deuxième ligne : M. Villard (de Marseille); en troisième ligne : M. Lacassagne (de Lyon); en quatrième ligne et *ex æquo* : MM. Niepce (d'Allevard), Gras (d'Alger) et Trastour (de Nantes).

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Empiriques et charlatans (XVIe et XVIIe siècles) (1).

Par M. Victor FOURNEL.

III

On a déjà pu voir se dessiner, dans le bataillon de fabricants de poudres, opiats, onguents, thériaques et machicatoires que nous avons nommés jusqu'à présent, les trois grandes catégories des empiriques du XVIIe siècle : étrangers, prêtres ou religieux, et paysans. Il est temps maintenant de les passer en revue tour à tour, afin d'introduire un peu d'ordre dans ce chaos.

La première catégorie est certainement la plus nombreuse. Nous avons déjà dit un mot de Méhémet, de Hieronymo, de Semini et de quelques autres. Arrrêtons-nous maintenant au chevalier Digby, l'inventeur de la poudre sympathique, qui fit si grand bruit alors et pendant si longtemps.

Le chevalier Kenelm Digby, né à Londres en 1603, n'était pas un charlatan ignorant et vulgaire. Il avait rempli de hautes fonctions et rendu de sérieux services à son pays natal, mais il

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 205.

en avait perdu le fruit par sa conversion au catholicisme. Dans un voyage en France, il noua des relations avec Descartes et, déjà gagné par les doctrines alchimiques, l'engagea avec chaleur à trouver un moyen de prolonger indéfiniment la vie humaine, mais l'auteur du *Discours de la méthode* avait trop l'esprit philosophique pour croire à la pierre philosophale. Il voyageait beaucoup, passant de France en Angleterre et réciproquement, et il résida même quelque temps en Allemagne. Curieux universel, grand bibliophile, amateur de manuscrits et de belles reliures, Digby fut l'un de ces hommes richement doués qu'une imagination trop vive et mal réglée, l'absence de discipline et de méthode, une science abondante, mais confuse et mal dirigée, condamnent à n'être que des aventuriers. Sa femme, Venetia Anastasia Stanley, était célèbre par sa beauté, et on dit que, pour la lui conserver, il lui faisait manger des chapons nourris de petites vipères. Il l'aimait tendrement, et Tallemant des Réaux conte de son affection conjugale des traits qui touchent à l'extravagance.

En 1652, il était à Paris, où son compatriote Evelyn alla le visiter. Ils causèrent chimie. Digby lui donna d'une poudre avec laquelle il lui assura qu'il avait fixé le mercure en présence du roi, et d'une eau dont il se servait « comme de dissolvant pour la chaux d'or. Mais la vérité, ajoute Evelyn sans ambages, c'est que sir Kenelm était un franc charlatan (1). »

La poudre dont il est question dans ce passage n'est pas encore la fameuse poudre de sympathie. La première trace qu'on trouve de ses idées à ce sujet est son *Discours* à la Faculté de Montpellier (imprimé avec privilège du 21 décembre 1651). Mais il avait été précédé dans cette voie. Dès 1642, il est question dans le *Menteur* de Corneille (IV, sc. III) d' « une source de vie » qu'on nomme « poudre de sympathie » et dont on voit « tous les jours des effets étonnants ». Des paroles qui suivent, sans les prendre à la lettre puisqu'elles sont prononcées par un *menteur*, on peut même conclure que non seulement il existait déjà alors une poudre de sympathie, mais qu'elle avait déjà été perfectionnée. Et, en effet, on sait qu'elle était employée en 1642 dans l'armée de Roussillon, et l'on a une dissertation latine de 1647, par Nicolas Papin, *De pulvere sympathico* (2), où il est parlé de cette poudre et des guérisons opérées par elle, en Angleterre et en France, dans le premier quart du siècle. Il ne paraît pas possible d'appliquer le passage de Corneille au chevalier Digby. Celui-ci n'entra en scène que quelque temps après, mais s'il n'a pas eu la gloire d'inventer le remède, il l'a certainement perfectionné, il se l'est rendu propre, il le popularisa, et c'est à lui qu'on en attribua l'honneur.

En quoi consistait ce remède? Ce n'était autre chose, dit-on, que de la couperose verte, ou sulfate de fer, desséchée au soleil, pulvérisée et mélangée de gomme arabique (3). Suivant une autre définition, elle se composait de poudre de vitriol pulvérisé et calciné, et cette poudre, répandue sur un linge teint du sang d'une blessure, devait, par *sympathie*, arrêter l'hémorrhagie du blessé et cicatriser sa plaie à distance. Invention plus merveilleuse encore que celle des escargots sympathiques d'Allix, mais qui a passé comme elle, après avoir toutefois duré davantage, recruté plus d'adeptes et fait un bruit plus sérieux. La vogue en survécut longtemps à son inventeur. Le chevalier Digby était mort en 1665, et en 1685, Mme de Sévigné parle encore à sa fille de la « divine *sympathie* », dont elle use pour sa plaie à la jambe (4). Il s'était levé de toutes parts des disciples et des imitateurs. Dans la *Dame médecin* (1678), Montfleury met en scène un docteur *sympathique*, qui ne donne aucun remède à ses

(1) Extraits d'Evelyn, à la suite du *Voyage de Lister à Paris*, p. 277. In-8°, Société des biblioph., 1873.

(2) Voir le Corneille des *Grands écrivains de la France*, t. IV, p. 204, note de M. Marty-Laveau.

(3) Lettres de Mme de Sévigné, dans les *Grands écrivains*, t. VII, p. 342, note.

(4) Lettre du 28 janvier, *Idem*, t. VII, p. 342.

malades, et demande simplement des rognures de leurs ongles et de leurs cheveux, ou encore un peu de leur urine; il se contente d'agir sur les atômes qui sortent de ces matières et qui s'en vont trouver dans l'air les corpuscules émanés directement du malade lui-même (1).

Le plaisant galimatias que Montfleury prête à son docteur sympathique n'est pas du tout, comme on pourrait le croire, une pure fantaisie bouffonne, car, presque à la même date, Mme de Scudéry écrivait à Bussy-Rabutin : « Il y a ici un abbé qui fait grand bruit : il prétend guérir par les sympathies. On dit qu'il ne fait que prendre, pour toutes les fièvres, de l'urine des malades, dans laquelle il fait durcir un œuf hors de sa coque, après quoi il le donne à manger à un chien, qui prend en même temps la fièvre du malade qui par ce moyen en guérit. On dit qu'il a guéri force gens. » Naturellement! Elle ajoute, avec une gravité admirable, que c'est là une question de fait qu'elle n'a point expérimentée par elle-même (2). On voit jusqu'où la théorie sur laquelle était fondée la poudre sympathique avait fini par s'étendre.

Un autre Anglais, le chevalier Talbot (qui s'appelait en réalité Tabor), était venu s'établir en France après Digby, avec des lettres de recommandation de Saint-Evremond et de la duchesse de Mazarin, et il y réussit mieux encore. Il florissait surtout aux alentours de 1680 et Mme de Sévigné, toujours portée vers ces médecins d'aventure, n'a pas manqué de parler de lui avec enthousiasme : « C'est dommage que Molière soit mort : il ferait une scène merveilleuse de Daquin, qui est enragé de n'avoir pas le bon remède, et de tous les autres médecins, qui sont accablés par les expériences, par les succès et par les prophéties comme divines de ce petit homme. Le Roi lui a fait composer son remède devant lui et lui confie la santé de Monseigneur. Pour Madame la Dauphine, elle est déjà mieux, et le comte de Gramont disait hier au nez de Daquin :

> Talbot est vainqueur du trépas,
> Daquin ne lui résiste pas,
> La Dauphine est convalescente :
> Que chacun chante! etc. (3)

Talbot allait monter bientôt à un plus haut degré de faveur encore lorsqu'il eut guéri Louis XIV, et ce fut alors que Blegny publia le *Véritable Remède anglais pour la guérison des fièvres*. Il avait sauvé également les amis de Mme de Sévigné : l'abbé de Coulanges, le chevalier et l'abbé de Grignan. Le cardinal de Retz, grand ami de la marquise, avait pleine confiance en son remède : on ne le lui fit pas prendre, aussi mourut-il de cette négligence. Quand le duc de La Rochefoucauld tomba malade, elle fut fâchée de voir appeler le frère Ange, qu'elle admirait pourtant, au lieu du *médecin anglais*; mais les fanatiques de Talbot s'agitèrent et cabalèrent si bien qu'ils gagnèrent à leur cause le prince de Marsillac. L'auteur des *Maximes* prit par deux fois le fameux remède. « Je suis persuadée qu'il en réchappera », écrivait Mme de Sévigné. Il mourut le lendemain.

Les allusions aux *gouttes* anglaises du chevalier Talbot — dont le secret, dit-on, n'était autre chose qu'une sorte de vin de quinquina, — se rencontrent fréquemment dans les auteurs contemporains. Mais ces fameuses gouttes contribuèrent peut-être moins encore à son succès que la commodité de son système médical, rejetant d'une façon absolue la diète, la purgation, la saignée, — et le régime succulent qu'il recommandait. On trouve même quelquefois, dans les auteurs comiques, ces mots : *le remède du médecin anglais*, employés comme synonymes de bon vin (4).

(1) Acte II, sc. IV.

(2) *Lettres de Mme de Scudéry*, p. 146. In-12, 1806.

(3) Lettre du 8 novembre 1680.

(4) PALAPRAT. *Le Concert ridicule*, sc. VI. — Vers à la louange du chevalier Talbot, dans les manuscrits de Trallage.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les médecins inscrits pour le concours du Bureau central en médecine sont au nombre de 68. Ce sont MM. Achard, Babinski, Barbe, Barbier, Baudoin, Béclère, Belin, Berbez, Besançon, Blocq, Bourcy, Bourdel, Bruchet, Budor, Capitan, Charrin, Cayla, Dalché, Darier, Delpeuch, Deschamps, Despréaux, Dubief, Duflocq, Duplaix, Durand-Fardel, Florand, Galliard, Gallois, Gauchas, de Gennes, Gilles de la Tourette, Giraudeau, Grattery, Guinon (G.), Guinon (L.), Havage, Hischmann, Jacquet, Jeanselme, Launois, Lebreton, Le Gendre, Lermoyez, Lesage, Liandier, Marfan, Martha, Martin de Gimard, Mathieu, Ménétrier, Méry, Morel-Lavallée, Nourric, Œttinger, Pignol, Polguère, Poupon, Queyrat, Ribail, Richardière, Robert, Roger, Siredey, Thibierge, Thoinot, Widal et Wurtz.

— Par décret, en date du 20 février 1890, MM. les médecins de première classe de la marine Roux et Brémaud ont été promus au grade de médecin principal.

— Par décision ministérielle, en date du 23 février 1890, M. Challan, médecin principal de première classe, a été désigné pour l'emploi de médecin chef de la place et des salles militaires de l'hospice mixte de Verdun.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 février 1890, un concours s'ouvrira le 20 novembre 1890, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 février 1890, un concours s'ouvrira le 20 novembre 1890, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine de Limoges.

— Une conférence aura lieu à la Société nationale d'acclimatation, 41, rue de Lille, vendredi soir, 28 février, à huit heures et demie précises. M. A. Geoffroy-Saint-Hilaire : « La Société nationale d'acclimatation et les Jardins zoologiques » ; — M. Am. Berthoule : « Les lacs de l'Auvergne et leur faune. » (Projections à la lumière oxydrique.)

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Nº 26. — SAMEDI 1er MARS 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 1er MARS 1890. — Nº 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement opératoire du pied-bot.

Par M. G. Phocas,
Professeur agrégé de la Faculté de Lille.

I

Le traitement du pied-bot a subi, depuis quelques années, de profondes modifications. Autrefois, on ne disposait, dans la cure de cette difformité, que des ressources thérapeutiques suivantes : les moyens mécaniques et la ténotomie. Parmi les moyens mécaniques, nous devons ranger l'emploi de la main, les bandages et les machines. Malgré l'ingéniosité des inventeurs et la patience des malades « si le pied-bot date de loin, s'il y a de grandes résistances à vaincre, il est exceptionnel que le redressement par les machines puisse être mené à bien, même après ténotomie » (1). Les pieds-bots étaient donc considérés comme étant au-dessus des ressources de l'art, à partir d'un certain âge, sur la fixation duquel les auteurs n'étaient pas d'accord. Dans les pieds-bots invétérés, les déformations osseuses deviennent si considérables, qu'une opération sur les os est seule capable de ramener le pied dans une meilleure attitude. Cette opération ne fut réellement appliquée, avec fruit, qu'à partir du moment où les chirurgiens purent attaquer les os avec sécurité. L'antisepsie a réalisé ces conditions.

La tarsotomie fut, dès lors, une ressource précieuse dans le traitement des pieds-bots invétérés.

Le redressement par la force, le massage forcé avec les mains ou à l'aide de machines, ont été aussi préconisés et ces méthodes orthopédiques ont été souvent comparées à la méthode sanglante.

Entre ces méthodes orthopédiques et les opérations sur les os, un nouveau mode de traitement est venu prendre place dans ces dernières années. Ce procédé opératoire, dû à Phelps, consiste dans la section à ciel les parties du pied qui s'opposent au redressement eicore à la méthode antiseptique que nous sommes rede-vbles de ce nouveau procédé opératoire, dont M. Kirmisson sest fait le défenseur en France.

Après un court historique de ces différents procédés opé-ntoires, nous passerons en revue leurs indications et ontre-indications, en insistant surtout sur l'opportunité pératoire de la *tarsotomie*. Dans un autre chapitre, nous écrirons rapidement les procédés usuels de tarsotomie et ous examinerons ensuite leur valeur opératoire et leurs ésultats.

(1) Panas. *Dictionnaire pratique*, art. Orthopédie.

II

La *ténotomie*, pratiquée depuis longtemps par Lorenz, Srtorius, Michaelis, ne fut réellement un procédé pratique qu'à partir du moment où M. Delpech (de Montpellier) eut nventé la ténotomie sous-cutanée. Les travaux de Stromeyer, de Duval, de Bouvier, de J. Guérin ont rendu cette opération classique, et personne ne voudrait plus s'en passer dans le traitement des pieds-bots.

La *tarsotomie* fut d'abord pratiquée par Solly, sur les coseils de Little (1854). La Société royale de Londres reta cette opération. Solly avait pratiqué la résection du cuoïde.

tto Weber (1866) pratiqua la première résection cunéifone. Elle fut suivie d'insuccès.

n 1874, Richard Davy imita Solly et, en 1876, Davies Ccey reprit l'opération d'Otto Weber (tarsotomie cunéifone).

a première extirpation de l'astragale pour pied-bot fut priquée par Lund (1877). MM. Poinsot et Chauvel ont contrié à la vulgariser en France (1880-1882).

a méthode de Phelps est de date plus récente. Au Cgrès de Copenhague (1884), Phelps donna le résultat de dœe opérations faites selon sa méthode. Depuis qu'il l'a fa connaître, elle s'est rapidement généralisée. Depuis 18, cette opération fut pratiquée 21 fois à la clinique de Vcmann, avec les meilleurs résultats (1). M. Kirmisson a eufois l'occasion d'y recourir sur 4 malades (2).

(Bungner. *Centralbl. f. Chir.*, 1889, et *Revue d'orthopédie*, 1890, nº

(Kirmisson. Congrès de chirurgie, 11 octobre 1889.

III

Indications des opérations et en particulier de la tarsotomie dans la cure des pieds-bots. — Ces indications se tirent : 1° de l'âge du malade et de l'ancienneté de la maladie ; 2° des traitements antérieurs auxquels on a eu recours ; 3° de la forme du pied-bot.

1° *Age du malade.* — Tous les orthopédistes sont d'accord pour proscrire la tarsotomie chez les tout jeunes enfants.

Cette unanimité, que M. Kirmisson constatait dans une leçon clinique sur le traitement du pied-bot (1), tient aux résultats remarquables que le traitement orthopédique donne dans ces cas. M. de Saint-Germain, qui redresse tous les ans une grande quantité de pieds-bots, chez les enfants, ne parle pas de la tarsotomie. Avec la ténotomie, le massage et les appareils, il obtient d'excellents résultats (2). Sayre ne parle pas davantage de tarsotomie, et il enregistre de nombreux succès obtenus à l'aide des moyens de douceur (3). La condition de réussite réside dans un traitement hâtif. « Je reconnais parfaitement, au médecin présent à l'accouchement, le droit de songer d'abord à la délivrance et de s'occuper de la bonne installation de son accouchée, mais cela terminé, il doit aussitôt s'occuper de la difformité du pied et en commencer le traitement, avant de sortir de la maison » (Sayre). Chez les tout jeunes enfants, la correction, à l'aide du massage, peut quelquefois être obtenue séance tenante. Moi-même, j'ai eu l'occasion d'observer et de traiter un pied-bot varus talus congénital, chez un enfant de trois semaines qu'on m'a amené, à l'hôpital, le 27 novembre dernier. Le dos du pied arrivait, pendant les contractions musculaires, à toucher la face antérieure de la jambe, les orteils n'étaient pas étendus, la plante était plane. Par les manipulations, je suis rapidement arrivé à restituer au pied sa forme normale ; à ce moment, il devint pâle et exsangue. Je laisse le pied libre pendant quelques instants et je recommence la manœuvre. Au bout de dix minutes de manipulations, je constate une amélioration manifeste dans la conformation du pied. Le talus a positivement diminé. Si la mère continue ces manœuvres, voilà un pied-bot qui sera bientôt guéri et la guérison aura été obtenue à peu de frais. Plusieurs observations analogues se trouvent dans le livre de Sayre (4). Quant à la ténotomie, elle est indiquée toutes les fois que les manipulations ne remettent pas, au moins momentanément, le pied dans sa direction normale et lorsque, dans un cas douteux, le chloroforme vous aura fait voir que vous n'avez pas affaire à une contracture passagère (5). Je n'examinerai pas la question de savoir à quel moment il faut pratiquer la ténotomie. Nous pensons, avec M. Schwartz (6), que l'irréductibilité du pied-bot, une fois constatée, il y a tout avantage d'opérer de bonne heure, dès le premier mois par exemple. Nous n'entrerons pas non plus dans les détails des soins consécutifs à la ténotomie. Après la ténotomie, il y a, en effet, trois façons de faire : les uns redressent le pied immédiatement, d'autres se contentent d'un faible redressement, quitte à amener, progressivement et en plusieurs temps, le pied dans une direction normale ; d'autres, enfin, préfèrent attendre quelques jours après la section des tendons, avant de passer au redressement du pied. Qu'il nous suffise de dire que le redressement immédiat, récemment encore préconisé par Walsham (1), paraît réunir aujourd'hui la majorité des chirurgiens.

Quoi qu'il en soit, les manipulations, les appareils, la ténotomie sont trois moyens souverains pour redresser le pied-bot des enfants en bas âge. C'est aussi la pratique de Volkmann, ainsi que nous l'apprend le récent travail de Büngner (2). Il ne faudrait pas en conclure que les mêmes moyens ne soient pas souvent suffisants pour arriver à bout des pieds-bots d'enfants plus âgés ou même des pieds-bots d'adultes ; Heydenreich, dans une revue sur la tarsotomie (3), relate le fait d'un enfant de onze ans, porteur d'un pied-bot consécutif à une paralysie infantile et remontant aux premiers temps de la vie. Chez cet enfant, la ténotomie du tendon d'Achille a suffi pour redresser complètement le pied. « C'est à peine si une manœuvre, autre que la ténotomie, nous dit cet auteur, a été nécessaire et cependant la difformité était portée à son maximum. » M. Barraud, dans sa thèse (4), rapporte treize observations de *varus équin* chez l'adulte, avec lésions osseuses, qui toutes ont été traitées avec succès par la section du tendon d'Achille. Nous aurons à revenir sur ces observations, quand nous aurons à examiner mieux les indications de la tarsotomie chez l'adulte.

A côté de la ténotomie, nous devons ranger l'*aponévrotomie*. Déjà conseillée et pratiquée par J. Guérin, par la méthode sous-cutanée, elle a été remise en honneur et modifiée par Phelps (5). Ce chirurgien pratique non seulement la section de l'aponévrose plantaire, mais de toutes les parties molles, ainsi que de la peau ; il sectionne ainsi toute la plante du pied jusqu'à l'os, au niveau de l'interligne de Chopart, en ménageant l'artère et le nerf plantaire externes (6). Ce procédé a donné de brillants résultats entre les mains de M. Kirmisson (7). Tilanus (8) fait toujours, sur le bord interne du pied, une longue incision de 1 centimètre et demi à 6 centimètres, mais l'artère et le nerf plantaire ont constamment pu être ménagés. La modification qu'a apportée Reeves (9) dans les incisions, ne diffère du procédé précédent que par la forme des incisions extérieures, qui permettraient plus facilement d'éviter l'artère et le nerf plantaire. Volkmann (10) pratique aussi la section à ciel ouvert de toutes les parties qui s'opposent à la réduction, au côté interne du pied. Il est d'absolue nécessité de respecter l'artère plantaire, d'autant plus qu'on a observé un anévrysme consécutif à sa section,

(1) Kirmisson. *Bulletin médical*, 1889.
(2) De Saint-Germain. *Chirurgie orthopédique*, 1883.
(3) Sayre. *Leçons cliniques de chirurgie orthopédique*, trad. Thors, 1887.
(4) Sayre. Loc. cit.
(5) De Saint-Germain. Loc. cit., p. 577.
(6) Schwartz. Thèse d'agrégation, p. 174.

(1) Walsham. *The Lancet*, 1888, p. 971.
(2) Bungner. Loc. cit.
(3) Heydenreich. Sur la tarsotomie, *Thérapeutique chirurgicale contemporaine*, p. 254, Paris.
(4) Barraud. *Sur la ténotomie et la tarsotomie comme moyen de traitement du pied-bot invétéré de l'adulte*, Thèse de Paris, 1886.
(5) Phelps. Congrès de Copenhague, in *Revue de chirurgie*, 1884.
(6) Phelps. Loc. cit.
(7) Kirmisson. Loc. cit.
(8) Noyon. Sur la méthode de Phelps (Amsterdam), in *Revue orthopédique*, n° 1.
(9) Deschamps. Traitement du pied-bot d'après le procédé de Reeves, 1889, *Annales d'orthopédie*, 1889, n° 9.
(10) Bungner. Loc. cit.

dans une opération faite par la méthode sous-cutanée (1). Mais sur une grande quantité d'opérations connues, on n'a pas noté d'accidents. Chez les deux derniers malades de M. Kirmisson, cette opération a réussi à restituer la forme au pied, bien qu'on eût eu recours antérieurement à la ténotomie du tendon d'Achille et à l'extirpation de l'astragale, sans arriver à réduire la difformité. Ce fait n'est pas isolé, il a déjà été observé par Tilanus et par Volkmann. C'est donc avec raison que M. Kirmisson regarde cette opération comme étant destinée à reculer encore la limite du traitement orthopédique et à reléguer les opérations (tarsotomies) au rang de procédés d'exception, applicables seulement à des difformités très prononcées, ou chez l'adulte à des pieds-bots invétérés (2). La plupart des opérations ont été faites sur des enfants n'ayant pas dépassé quinze ans.

Forest Villards (3), dans un travail basé sur quatre-vingts cas d'intervention chirurgicale par section osseuse, arrive à la conclusion suivante : au-dessous de dix ans, même dans les cas extrêmes, la section sous-cutanée de tout ce qui résiste au redressement, suivie de manipulations faites avec la vigueur nécessaire, suffira toujours à donner un redressement suffisant ; il ne faut pas même reculer devant les ligaments plantaires. s'ils résistent.

M. le professeur Le Fort croit aussi que, chez les jeunes enfants, il faut agir avec patience et persévérance, au moyen des manipulations et des appareils. Il a toujours eu, par ce moyen, d'excellents résultats (4). La confection de ces appareils est un point très important à considérer. A l'aide d'appareils perfectionnés, on peut réussir là où un autre eût échoué ; on peut ainsi diminuer le nombre des cas de tarsotomie pour pied-bot invétéré.

C'est la conclusion que tire M. le professeur U. Trélat d'une remarquable observation qu'il présenta à la Société de chirurgie (5). Il s'agissait d'un garçon de quinze ans, porteur d'un double pied-bot varus paralytique ; l'astragale était saillante. Au bout de deux mois d'un traitement actif, le pied portait sur le sol par toute la plante et la saillie de l'astragale avait disparu, la marche n'était gênée que par la faiblesse relative des muscles extenseurs. Tous ces résultats ont été obtenus par la section de l'aponévrose plantaire et le port d'un appareil à traction, à l'aide de bandes de caoutchouc. M. Trélat conseille ce genre d'appareils, dont on peut varier les dispositions, suivant les cas, pour tous les pieds-bots résistants et difficiles à ramener au redressement. « Il y a là, dit-il, une puissance facile à régler, qui ne se retrouve dans aucun des appareils à vis, à marteau, à roue, qu'on emploie communément. »

C'est encore pour étendre les limites du traitement orthopédique, que M. Delore emploie, dans le traitement du pied-bot, le massage forcé (6). Au Congrès de chirurgie, M. Delore a présenté une série de moules de pieds-bots invétérés qui, sous l'influence de ce moyen thérapeutique, ont repris à peu près complètement la forme normale. Cette méthode fut mise en pratique, avec succès, par M. Tillaux. Par ce moyen, on peut faire une véritable *ostéoclasie*, qu'il serait intéressant de comparer avec l'*ostéotomie* obtenue par la tarsotomie. Et, cependant, d'après M. Delore lui-même, tous les cas ne sont pas justiciables de la méthode.

Malgré les manipulations et les ténotomies, malgré les appareils perfectionnés et le massage forcé, il arrive un âge où le pied-bot ne peut guérir qu'à l'aide de la tarsotomie.

« D'après la majorité des chirurgiens qui ont écrit sur l'orthopédie (Bouvier, Malgaigne, Hutchinson, Thomas, Panas), le pied-bot congénital, écrit M. Poinsot (1), arrivé à ce degré extrême que caractérise l'enroulement du pied, cesse d'être curable par les moyens orthopédiques, à une période dont le début varie, avec les auteurs, de dix à dix-huit ans. Les notions, acquises sur le développement du pied, m'autorisent à dire que la fixation du début de cette période à la dixième année, est la plus conforme à la réalité clinique. » A l'âge de huit ans, d'après M. Poinsot, les altérations et déformations osseuses du tarse ont acquis leur entier développement. Faut-il donc en inférer que la tarsotomie doit être pratiquée chez les enfants à partir de l'âge de huit ans ? Nous ne le pensons pas d'une façon générale.

En 1882, la question fut portée à l'Académie de médecine par J. Guérin et à la Société de chirurgie à la suite d'un rapport de M. Polaillon, sur le mémoire de M. Bauregard (du Havre). A l'Académie J. Guérin a jugé trop sévèrement la tarsotomie, en la considérant comme une opération blâmable, etc. M. Tillaux fit seul de justes réserves, en séparant le pied-bot de l'enfant du pied-bot de l'adulte, et en préconisant la tarsotomie dans ce dernier cas. Ce fut cette opinion qui prévalut à la Société de chirurgie (1882). On a admis que la tarsotomie était une opération qu'il fallait réserver pour l'adulte et que, chez l'enfant, le traitement orthopédique était suffisant pour arriver à bout de tous les pieds-bots. C'était donc cette opinion classique que M. Polaillon revenait défendre devant la même Société, en 1887, en rapportant une observation de M. Duret (2). Chez un enfant de six ans, ayant déjà subi plusieurs ténotomies sans résultat et atteint d'un varus équin avec enroulement du pied et déformation du squelette, M. Duret, après avoir pratiqué, sans succès, des ténotomies multiples sur un seul pied, conclut qu'il fallait recourir à la tarsotomie cunéiforme. Le résultat immédiat et consécutif fut excellent et le malade guérit. Cette tarsotomie pour un pied-bot infantile fut vivement critiquée par le rapporteur. Le seul avantage de la tarsotomie, d'après M. Polaillon, est de redresser un pied-bot d'une manière, pour ainsi dire, contemporaine, Mais cet avantage, continue le même auteur, est minime, quand on considère qu'elle expose les opérés à certains dangers, qu'elle mutile le pied et que, en définitive, elle donne un pied moins solide que celui qui a été redressé lentement par les moyens de l'orthopédie. La tarsectomie doit être réservée pour le pied-bot osseux des adultes. Ces conclusions ne furent pas pleinement adoptées. M. Berger a donné la note juste, en disant que, si les appareils orthopédiques étaient suffisants pour redresser le pied-bot, quand il s'agit d'enfants, cette règle générale souffrait quelques exceptions. Lorsqu'on échoue dans les tentatives orthopédiques, on est forcé de recourir de bonne heure, dans l'enfance même, à une intervention chirurgicale plus sérieuse. A l'appui de son opinion, il rapporte une observation dont

(1) Marsh. *The Lancet,* 1888, p. 313.
(2) Kirmisson. Loc. cit.
(3) Forest Villards. *Med. News*, 31 mai 1884.
(4) Le Fort. Société de chirurgie, 7 décembre 1887, et 1890.
(5) Trélat. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 18 mai 1887.
(6) Thèse Jomard, 1871 ; — Thèse de Bailly, Lyon 1882 ; — Congrès de chirurgie, 1885.

(1) Poinsot. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 28 juillet 1880.
(2) Duret. *Idem*, 1887.

nous aurons à parler tout à l'heure. L'opinion de M. Berger fut soutenue par M. Reclus, par M. Lucas-Championnière, par M. Le Dentu et par M. Terrillon. Ce dernier chirurgien conclut que, chez les enfants âgés de douze à quinze ans et plus, il ne faut pas se servir d'appareils, pas même d'appareils à traction élastique; qu'il faut aussi renoncer aux manipulations qui ne peuvent donner un bon résultat à cet âge, mais recourir à l'ablation de l'astragale, opération qui donne un résultat rapide et permet la marche en très peu de temps dans d'excellentes conditions (1). La tarsotomie dans l'enfance est donc parfaitement permise et indiquée dans certaines conditions. Cette opinion a été déjà défendue dans une bonne thèse, inspirée par M. le professeur Lannelongue (2).

Il faut donc admettre, en définitive, que chez les enfants le traitement orthopédique est la méthode de choix dans la cure du pied-bot, mais que, dans certaines circonstances qu'il nous reste à déterminer, ce traitement peut échouer et qu'il faut alors recourir à une opération plus radicale : la *tarsotomie*.

2° L'insuccès des tentatives antérieures, faites pour redresser le pied-bot, est un élément qui décide souvent l'intervention opératoire.

Lorsque, chez un enfant, on a tout essayé pour redresser le pied-bot, quand on a pratiqué la ténotomie de tous les tendons qui paraissaient s'opposer au redressement, qu'on a appliqué pendant longtemps des appareils orthopédiques et qu'on les a soigneusement surveillés, et que, malgré toutes ces tentatives, on n'a constaté aucune amélioration dans la difformité : dans ces conditions, on est autorisé à recourir à une opération plus radicale. Cette conduite fut suivie dans les opérations les plus récentes. L'observation de M. Berger peut servir de modèle de bonne conduite chirurgicale dans les cas difficiles (3). M. Berger entreprend le traitement d'un pied-bot, depuis cinq ans, chez un enfant, porteur d'un double varus équin. Malgré la section du tendon d'Achille, celle de l'aponévrose plantaire, malgré le port d'appareils orthopédiques surveillés avec soin pendant quatre ans, le résultat fut nul. L'équinisme était corrigé, mais l'enroulement du pied persistait. C'est dans ces conditions que le chirurgien se décida à pratiquer l'ablation de l'astragale, opération qui fut exécutée des deux côtés à quelques mois d'intervalle et qui fut couronnée de succès. Les mêmes considérations ont guidé M. Reclus dans une opération analogue. Il est bien entendu qu'avant de proposer l'opération, on aura essayé d'appareils à traction continue confectionnés selon les indications de Sayre ou de M. Trélat, appareils qui ont été aussi souvent employés par M. Th. Anger.

Cette règle de procéder successivement, en commençant par les opérations les moins graves pour arriver à la tarsotomie, est universellement admise. Hahn n'extirpe l'astragale que si la ténotomie et les appareils plâtrés ont échoué (4). Margary ne pratique l'ostéotomie qu'après avoir fait plusieurs ténotomies sans résultat (5). Villards (6) dit que l'insuccès de la ténotomie ne prouve pas qu'un cas est incurable, il est le plus souvent dû à un défaut de soins et Volkmann (1) gradue ainsi les moyens : pendant la première année qui suit la naissance, l'auteur recommande le massage; plus tard, même traitement aidé de la ténotomie; si ces moyens échouent, méthode de Phelps.

En ce qui concerne le pied-bot de l'adulte, il existe quelques divergences d'opinions, et tandis que nous voyons M. Terrillon et d'autres préconiser la tarsotomie chez tous les individus ayant dépassé douze à quinze ans, M. Barraud, dans sa thèse, pense que la tarsotomie, même chez l'adulte, doit être regardée comme une opération ultime, permise seulement après le consentement du malade et l'échec de tous les procédés de douceur.

Chez l'adulte, la question peut se poser entre la tarsotomie et l'amputation du pied. M. le professeur Le Fort préfère recourir à l'amputation. Cette opinion n'est pas généralement admise.

En tous cas, chez l'adulte, les déformations osseuses sont, en général, si accentuées, qu'une opération sur les os est presque toujours indispensable. Le massage forcé de Delore a donné, dans ces cas, de bons résultats parce qu'il s'adresse aux os et réalise, dans certaines circonstances, les conditions d'une vraie ostéoclasie.

3° *La nature du pied-bot* doit aussi entrer en ligne de compte dans la détermination à prendre.

E. Bœckel, dans sa communication (2), distingua les pieds-bots en tendineux et osseux. Les premiers peuvent être traités avec succès par la ténotomie et le massage. La déformation osseuse étant congénitale chez les seconds, elle s'accentue avec l'âge et réclame presque toujours une opération. Cette distinction eût été parfaite, si elle était toujours facile à faire au lit du malade. Malheureusement, les difformités ne peuvent toujours être diagnostiquées d'avance, ainsi que l'a dit Phelps (3), et, d'autre part, un pied-bot osseux peut être susceptible de guérison par la ténotomie et les manipulations, et un pied-bot primitivement paralytique peut, par les progrès de l'affection, déterminer des altérations osseuses irrémédiables. C'est donc surtout une question d'âge et, chez les enfants déjà âgés, dont l'ossature est assez dure et ne peut se prêter au redressement par les appareils, il faut, selon le conseil de M. Trélat (4), recourir à la tarsotomie.

Il ne faut pas, d'autre part, de parti pris, pratiquer cette opération sous prétexte que tous les pieds-bots congénitaux sont d'origine osseuse, ainsi que le croient certains auteurs (5).

Pour nous résumer, la tarsotomie est indiquée :

1° Chez l'adulte et les pieds-bots invétérés;

2° Chez l'enfant, quand tous les autres traitements ont été successivement mis en usage et ont échoué, surtout si l'enfant a dépassé huit à douze ans;

3° Dans tous les autres cas, le massage, la ténotomie et l'opération de Phelps doivent suffire pour guérir le pied-bot.

(1) Terrillon. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 7 décembre 1887.
(2) Naudin. *Essai sur la tarsotomie*, Thèse de Paris, 1885.
(3) Berger. Société de chirurgie, loc. cit.
(4) Hahn. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1883.
(5) Margary. *G. R. Acad. de med. de Torino*, 1882.
(6) Villards. Loc. cit.

(1) Volkmann. Loc. cit.
(2) Bœckel. Société de chirurgie, 1883.
(3) Phelps. Congrès de Copenhague.
(4) Trélat. Société de chirurgie, 1887.
(5) Lorenz-Rupprecht. Congrès de Copenhague.

IV

Procédés opératoires de la tarsotomie. — Nous ne parlerons de l'ablation du cuboïde que pour l'éliminer. C'est là une opération peu pratiquée et infidèle (Chauvel, Schwartz). Nous nous trouvons donc en présence de deux procédés opératoires différents : la *tarsotomie antérieure totale* de M. Poinsot ou *cunéiforme* de M. Chauvel et la *tarsotomie postérieure.*

Tarsotomie antérieure totale ou cunéiforme. — Elle est appelée totale, en opposition avec l'opération où on n'enlevait que le cuboïde. Dans cette opération, on se propose d'enlever au tarse, considéré comme un seul massif osseux, un coin à base externe pour pouvoir redresser ensuite le pied. C'est une ostéotomie cunéiforme qui ne diffère de la vraie ostéotomie que par cette considération, à savoir que, dans l'ostéotomie véritable, on n'intéresse que les os dans la continuité et on n'ouvre pas d'articulations. C'est pour cette raison, que la tarsotomie ne figure pas dans l'excellente thèse de M. Campenon.

Après avoir pris les précautions antiseptiques d'usage, anesthésié le malade et appliqué la bande d'Esmarch, on fait, le long du bord externe du tarse, de la malléole externe à la saillie du cinquième métatarsien, une longue incision. Cette incision est profonde et arrive d'emblée jusqu'aux os. Au niveau de l'interligne de Chopart ou un peu en avant, une nouvelle incision perpendiculaire à la précédente est menée. Cette dernière est superficielle et n'intéresse que la peau. Les tendons sont soigneusement réclinés, le champ opératoire est à découvert. Munis, alors, d'un ciseau ostéotome et d'un maillet, s'il s'agit d'un adulte, d'un fort et court bistouri à résection si l'on opère sur un enfant, on enlève des os du tarse un coin à base externe. L'étendue du coin à enlever est le point délicat de l'opération. Selon l'heureuse expression de M. Lucas-Championnière, il ne faut pas trop se presser d'*avarier* les os, et il faudrait, cependant, enlever assez de substance pour obtenir, sinon une correction immédiate parfaite, au moins une correction suffisante. Kröning et Mensel conseillent de mouler le pied et de retrancher sur le moule la quantité de substance nécessaire pour obtenir le redressement. On peut aussi procéder par tâtonnements, jusqu'à ce qu'on arrive à donner au pied une forme convenable. Certains auteurs ont enlevé deux coins osseux, l'un à base externe, l'autre à base antérieure ; de cette façon, ils ont pu ensuite, sans trop toucher au squelette, remédier au varus et à l'équin. On intéresse ainsi le cuboïde, une partie des cunéiformes et plus souvent le calcanéum et l'astragale. La base du coin peut mesurer 3, 4, 5 centimètres. Cette base sera presque antérieure si l'équinisme prédomine, externe si c'est le varus. Malgré ces larges résections osseuses, la ténotomie est souvent nécessaire pour arriver à un bon résultat. Il ne reste plus qu'à suturer les os à l'aide de fort catgut ou de crin de Florence et à fermer la plaie ; le drainage n'est pas indispensable si on s'est entouré de toutes les précautions. Les sutures osseuses elles-mêmes pourraient être évitées, mais un bon appareil plâtré est de première nécessité. C'est grâce à l'appareil plâtré, qui assure l'immobilité et favorise la consolidation osseuse, d'une part, à l'iodoforme qui permet un pansement rare, d'autre part, que ces opérations peuvent être aujourd'hui entreprises, sans faire courir un grand danger à l'opéré. L'idéal de l'opération est d'obtenir, en effet, une consolidation osseuse, mais on ne sait dans combien de cas ce résultat fut obtenu.

La *tarsotomie postérieure* est une véritable résection tibio-tarsienne. Elle est complète quand on intéresse la mortaise tibio-péronière ; incomplète, quand on ne fait que réséquer l'astragale. On pourrait pratiquer cette opération à l'aide de toutes les incisions tarsiennes décrites à propos de la résection tibio-tarsienne, pourvu qu'on n'intéresse pas les tendons. La résection de l'astragale est l'opération qui a été le plus fréquemment pratiquée. Deux procédés ont été le plus souvent employés : celui de E. Bœckel et celui de M. Ollier.

Le nouveau procédé de M. Ollier a été décrit, de main de maître, par Farabeuf; aussi nous ne ferons que l'esquisser. En dehors du péronier antérieur et le long de ce tendon, on mène une incision de 6 centimètres, qui commence un peu au-dessus de l'articulation tibio-péronière et se dirige vers le cinquième métatarsien. Du milieu de cette première incision, on trace une seconde moitié, moins grande, qui se dirige vers le malléole externe. On a ainsi deux lambeaux qu'on dissèque et qu'on récline. Après avoir fait une autre incision courbe devant la malléole interne, pour couper les ligaments internes, on procède à l'extraction de l'astragale, par la plaie externe, à l'aide de la pince de Farabeuf. Bœckel ne fait qu'une seule incision externe. MM. Berger, Le Dentu, et d'autres, l'ont évité. Dans ce procédé, l'incision est courbe; elle va de l'articulation tibio-péronière vers la base du quatrième métatarsien. Après avoir disséqué les deux lèvres, on coupe les ligaments péronéo-astragaliens et calcanéo-astragaliens. On saisit l'os avec un crochet double et on le récline en bas et en dehors, jusqu'à ce qu'on arrive à toucher et à sectionner les ligaments tibio-astragaliens externes qu'on attaque de dehors en dedans. M. Lucas-Championnière, dans une opération qu'il eut l'occasion de pratiquer chez l'adulte, a fait remonter l'incision un peu au-dessus de l'articulation tibio-péronière; il l'a fait aboutir à l'extrémité du troisième métatarsien. M. Schwartz pense que l'opération est facile, quand on est en possession d'un bon instrument pour saisir l'os et le manier. Celui qui lui a servi est la pince à érignes de M. Ollier pour résections. Elle s'implante dans le tissu osseux et permet de développer une force considérable sans lâcher prise. Dans une résection tarsienne, que nous avons eu dernièrement l'occasion de pratiquer, le davier de Farabœuf nous fut d'un grand secours pour extirper l'astragale. Comme l'enseigne Farabœuf, la main gauche travaille plus dans ce cas que la main droite.

Il faut noter que, dans le cas de pied-bot, l'astragale est subluxée; cette condition est favorable à l'extirpation de l'os : cette extirpation deviendrait très laborieuse par la seule incision externe, si l'astragale était à sa place. Dans ce cas, il faudrait alors pratiquer une incision analogue à celle de Reverdin et sacrifier les tendons des péroniers; ce qui n'offre aucun avantage.

Bœckel conseille de procéder au pansement avant d'enlever la bande d'Esmarch, et dans l'opération, dont je viens de parler, j'ai eu l'occasion de vérifier la justesse de ce conseil. En effet, à la suite de ces opérations, il se produit une forte hémorrhagie en nappe, contre laquelle la com-

(1) Farabeuf. *Précis de manuel opératoire*, p. 752.

pression est la seule ressource chirurgicale. On prolongerait donc inutilement l'opération et on exposerait le malade à une hémorrhagie sérieuse, si on voulait absolument faire l'hémostase, avant de commencer le pansement. Le pansement doit être antiseptique; l'iodoforme, nous l'avons déjà dit, est tout indiqué. Il offre l'avantage de pouvoir rester longtemps en place et le pansement rare, on ne saurait trop le répéter, est ici très nécessaire à la réussite de l'opération. L'immobilisation complète est aussi indispensable; elle ne peut être obtenue qu'à l'aide d'appareils plâtrés, qu'on variera selon les circonstances. Une gouttière est encore l'appareil qui nous paraît réaliser les meilleures conditions. Elle permet de surveiller le pansement et prévient tout danger de compression.

Selon les cas particuliers, on a pratiqué, avec la résection de l'astragale, la ténotomie sous-cutanée de certains tendons, la section de l'aponévrose plantaire et même l'ostéotomie du calcanéum ou du cuboïde. La grande apophyse du calcanéum a été enlevée par M. Gross (de Nancy). Cette méthode fut érigée en principe général par ce chirurgien (1). « Si le redressement est empêché par la malléole externe, on peut en faire la résection, mais le plus souvent ce sera une opération inutile. Le véritable obstacle, au complet rétablissement de la forme du pied, vient de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, on fera donc une résection de l'extrémité antérieure du calcanéum » (Gross).

Si le pied-bot est double, faut-il opérer en même temps des deux côtés, comme l'a préconisé récemment M. Terrillon (2), ou faut-il espacer les opérations, et dans ce cas combien de temps faut-il attendre après la première pour pratiquer la seconde? C'est une question assez difficile à résoudre. En général, on a attendu quelques jours, quelquefois même on a attendu que le pied opéré le premier fût guéri, pour opérer le second. Cette manière de faire a des inconvénients et des avantages. Les inconvénients sont de condamner le malade au repos pendant un temps très long. Or, on sait que, dans les pieds-bots, il faut exercer le plus tôt possible les muscles et éviter les fâcheux effets de l'immobilité prolongée. Nous ne parlons pas du traumatisme plus grand, car avec les pansements antiseptiques ce facteur peut être négligé. Les avantages de la méthode sont de surveiller attentivement et de pouvoir changer le pansement quand il se montre une réaction fébrile. Si l'on a opéré les deux côtés à la fois, on est forcé, dans ces circonstances, d'enlever les deux pansements. C'est la principale raison que donne M. Berger pour conseiller l'opération à quinze jours d'intervalle.

V

Voyons maintenant quelle est la *valeur* de ces opérations. Dans la thèse de M. Naudin, nous relevons quarante-sept opérations de tarsotomie postérieure (en ajoutant les faits cités dans le mémoire de M. Chauvel). A ces quarante-sept opérations, nous pourrons ajouter les faits de M. Berger, deux de M. Reclus, de M. Terrillon, deux de MM. Le Dentu et Humbert. Nous sommes donc en présence de cinquante-quatre opérations qui n'ont donné qu'un cas de mort; le cas de Mason Erskine qui dut amputer la jambe de son opéré. Des accidents graves n'ont pas été signalés. Les précautions antiseptiques ont été, en général, prises. Les suites opératoires ont été simples. La malade de M. Le Dentu était scrofuleuse et, malgré sa très mauvaise constitution, elle a très bien guéri.

La *tarsotomie antérieure ou cunéiforme* a été plus souvent pratiquée. Dans la thèse de M. Naudin, nous trouvons soixante et un cas (Chauvel trente-sept, Schwartz vingt-quatre nouveaux cas) auxquels nous ajouterons celui de M. Duret. Sur soixante-deux cas, il y eut cinq morts. M. Schwartz dit bien que deux seules morts sont imputables à l'opération. Mais le fait de cette affection cardiaque modifiée par le traumatisme, dont parle M. Chauvel, et celui de l'affection cardiaque compliquée d'intoxication phéniquée, tous les deux suivis de mort, ne sont pas moins imputables à l'opération. Je mets de côté la mort à la suite de pourriture d'hôpital, chez le malade d'Otto Weber. C'était en 1865, et les pansements antiseptiques n'étaient pas employés.

Au point de vue de la *mortalité*, la tarsotomie cunéiforme est donc plus grave que la résection de l'astragale, d'autant plus qu'on a noté souvent, à la suite de cette opération, quelques accidents (phlegmons, érysipèle, etc.).

La forme du pied n'est nullement modifiée à la suite de la résection de l'astragale. La déformation qui résulte de cette opération est très peu apparente, au point qu'une personne non prévenue ne pourrait reconnaître, à l'inspection, le genre de l'opération qui a été pratiquée (Bœckel). Il se forme quelquefois une sorte de nouvelle articulation qui conserve quelques petits mouvements.

La forme du pied, à la suite de la résection cunéiforme, est profondément modifiée. Le pied se raccourcit de 4, 5, 6 centimètres comparativement au pied sain.

Il ne faut pas se dissimuler, que c'est là le plus grave reproche qu'on puisse adresser à la résection totale ou cunéiforme. La mortalité, plus considérable dans cette opération, est déjà une raison suffisante pour lui préférer l'autre, qui est moins grave; mais si on se sert des pansements antiseptiques, on pourrait peut-être négliger un peu cette raison. Le raccourcissement du pied et la déformation du squelette qu'elle entraîne, surtout quand elle est pratiquée chez les enfants, est un argument d'une autre valeur qui doit être pris en sérieuse considération.

Voyons si les résultats fonctionnels sont meilleurs, à la suite de la tarsotomie cunéiforme ou à la suite de la résection de l'astragale.

A ce point de vue, les statistiques ne nous apprennent pas grand'chose. Sur les 20 cas de résection de l'astragale rassemblés par M. Schwartz, quelques opérés marchent très bien, mais beaucoup de résultats sont incertains, d'autres sont trop récents pour qu'on puisse porter un jugement définitif de l'opération.

Sur les 7 cas de résection astragalienne rassemblés par M. Chauvel, il y a 2 bons résultats, 4 douteux et 1 mauvais. A côté de ces statistiques d'ensemble, qui nous laissent indécis, sur les résultats fonctionnels de l'ablation de l'astragale, nous avons des statistiques individuelles qui valent mieux et qui leur sont très favorables.

Les trois premiers cas de Bœckel sont très satisfaisants et ce chirurgien conclut que, dans le jeune âge et jusqu'à l'âge de quinze ou seize ans, l'extirpation de l'astragale suffit certainement pour redresser le pied. Gross (de Nancy), qui ajoute à l'ablation de l'astragale la résection de la partie antérieure du calcanéum, n'a obtenu que des résul-

(1) Gross. Congrès de chirurgie, 1885.
(2) Terrillon. Société de chirurgie, 1890.

tats parfaits. Sa conclusion est la suivante : « La tarsotomie de choix, dans les pieds-bots varus invétérés, est la tarsotomie postérieure par ablation de l'astragale, à laquelle on joindra l'extirpation d'un coin osseux, à base externe, taillé aux dépens de l'extrémité antérieure du calcanéum » (1).

Toutes les observations, présentées dans ces dernières années à la Société de chirurgie (sauf celle de Duret), ont été des extirpations de l'astragale et, toujours, le résultat a été satisfaisant, sinon parfait. Parfois, l'enroulement du pied a légèrement persisté.

Rupprecht a pratiqué dix-huit fois l'ablation de l'astragale, il n'a eu que des succès à enregistrer. Ses opérés n'avaient pas besoin d'appareils orthopédiques.

Quant aux résultats de la tarsotomie cunéiforme, M. Schwartz nous apprend que, de 43 malades, 16 fois le résultat a été bon et 15 fois il a été douteux.

Au point de vue des résultats fonctionnels, la tarsotomie cunéiforme ne l'emporte donc pas sur la résection de l'astragale et il est possible qu'elle lui soit inférieure. En est-il de même des récidives ? et les deux tarsotomies mettent-elles également à l'abri des récidives ?

A ce point de vue, nous ne pouvons citer que la statistique de Rupprecht qui, sur 18 ablations de l'astragale, a eu 18 succès et, sur 9 tarsotomies cunéiformes, a eu 5 insuccès relatifs.

Il ne faudrait pas conclure que l'ablation de l'astragale met toujours à l'abri des récidives, puisqu'on a publié des cas et certainement on ne les a pas tous publiés.

Pour faire un choix entre les deux tarsotomies, doit-on prendre en considération la forme du pied-bot ? Y a-t-il des formes de pied-bot qui commandent plutôt l'une de ces opérations, ou qui contre-indiquent l'autre ?

Pour traiter cette question complètement, il m'aurait fallu passer en revue la pathologie des pieds-bots en particulier. Je me contenterai en deux mots d'en donner une idée. On est appelé à soigner des pieds-bots varus ou équins. Ce sont là les deux variétés les plus fréquentes. Je ne parle pas des pieds-bots valgus douloureux qui ont une histoire à part. Dans le pied-bot varus, la déformation siège au niveau de l'articulation médio-tarsienne. Dans l'équin, la déformation est au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. D'après cela, on comprend pourquoi certains auteurs préfèrent attaquer l'articulation tibio-tarsienne dans le pied-bot équin, en pratiquant une résection de l'astragale, et opérer une résection cunéiforme de l'articulation médio-tarsienne pour remédier au varus.

Mais pour les raisons que nous avons données, les larges résections cunéiformes ont toujours été rejetées en France. M. Schwartz conseille l'extirpation de l'astragale dans le pied-bot équin, et l'extirpation du même os, avec une résection cunéiforme d'un petit coin du cuboïde et du calcanéum, quand le *varus* est plus prononcé. M. Naudin arrive aux mêmes conclusions.

M. Gross est venu réaliser ces propositions de M. Schwartz, en se contentant, dans le redressement des pieds-bots varus, de la résection de l'astragale combinée avec la résection d'un coin du calcanéum. Il est vrai donc, que le varus n'est pas toujours modifié par la résection de l'astragale seul. Mais il faut se rappeler que le bénéfice ultérieur d'une opération pour pied-bot est souvent de beaucoup meilleur

(1) Gross. Loc. cit.

que le bénéfice primitif, ainsi que l'a fait judicieusement remarquer M. Lucas-Championnière (1), et qu'il vaudrait mieux, au besoin, recourir à une nouvelle opération, si elle était jugée nécessaire, plutôt que de se presser d'enlever une trop grande quantité d'os.

D'autre part, l'opération de Phelps est trop récente, pour qu'on puisse dire ce qu'elle peut au juste donner. Elle a souvent réussi, quand la résection de l'astragale a échoué. Cela nous étonne peu ; il nous semble, en effet, que cette opération porte surtout son action au niveau de l'articulation médio-tarsienne, c'est ainsi qu'on peut s'expliquer son succès dans les cas de varus, médiocrement ou insuffisamment modifiés par la résection de l'astragale ou la section du tendon d'Achille. Ceci posé, il est possible que l'association de l'opération de Phelps avec la résection de l'astragale donne des résultats aussi bons que toute espèce d'autre tarsotomie, dans les cas où il existe un varus équin. En tous cas, cette association n'a pas encore été pratiquée, à notre connaissance ; elle mériterait de l'être, de préférence aux larges résections cunéiformes que nous repoussons avec la plupart des auteurs.

VI

De cette étude (2), nous croyons pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° Chez les enfants et jusqu'à l'âge de quinze ans, le pied-bot doit être traité par les manipulations, les appareils orthopédiques, la ténotomie. Si ce traitement, suivi pendant longtemps et surveillé, n'a rien produit, il faut recourir à une opération qui sera d'abord l'opération de Phelps, surtout si l'enroulement du pied prédomine. Mais si cette dernière opération a elle-même échoué, il faut pratiquer la résection de l'astragale, combinée au besoin à une petite résection cunéiforme du calcanéum ;

2° Chez l'adulte, le pied-bot peut être quelquefois modifié par le traitement orthopédique, mais dans la grande majo-

(1) Lucas-Championnière. Loc. cit.

(2) Dans une récente séance de la Société de chirurgie (5 février 1890), postérieurement à la rédaction de cette Revue, M. Lucas-Championnière paraît avoir quelque peu modifié sa première manière de voir. Il se déclare à présent partisan résolu des larges résections osseuses. Cet auteur base son opinion sur une statistique de 8 opérations personnelles, 11 opérations de Romiceanu (de Bucharest) et 2 opérations de M. Piéchaud, presque toutes suivies de succès. Il émet aussi une opinion qui est en contradiction avec les idées généralement admises. Il est persuadé, dit-il, que cette intervention (ablation d'un ou de plusieurs os du tarse), loin d'être réservée à quelques cas particuliers, mérite, au contraire, qu'on l'étende à la plupart des pieds-bots.

Cette Revue était à l'imprimerie lors de la dernière discussion de la Société de chirurgie (séance du 29 janvier 1890). A cette séance, M. N. Nélaton a préconisé un procédé opératoire de tarsotomie économique, à l'aide duquel il est parvenu à corriger l'équinisme et le varus chez deux petites malades de huit à dix ans. Voilà en quoi consiste ce procédé : par une incision externe de 6 centimètres, située sur le bord antérieur du péroné et le bord externe des tendons extenseurs, M. Nélaton met à nu la fente astragalienne externe et, d'un coup de ciseau, fait sauter un tubercule exubérant situé devant cette fente. Ce tubercule serait, selon lui, la cause la plus fréquente de l'impossibilité de la flexion du pied sur la jambe. L'équinisme est ainsi corrigé.

Quant au varus, cet auteur, pour le corriger, s'attaque à l'articulation de Chopart en extirpant la tête de l'astragale et une partie (1 centimètre à 1 centim. 1/2) de la grande apophyse du calcanéum.

La résection calcanéenne se fait par une nouvelle incision de 3 centimètres d'étendue suivant la grande apophyse du calcanéum.

rité des cas, la tarsotomie est la seule opération qui donnera des résultats ;

3° L'opération de Phelps pourra peut-être remplacer les larges résections cunéiformes, qui ne seront que très rarement indiquées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 février 1890. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATION

Fibrome développé aux dépens d'une cicatrice résultant d'une laparotomie (1). — **M. LE DENTU** rappelle que la tumeur fibreuse qu'il a enlevée avait, à la coupe, l'aspect blanc nacré, et qu'on remarquait de beaux faisceaux doués d'une mobilité relative les unes sur les autres. Il était impossible de confondre une telle tumeur avec une récidive d'une tumeur maligne de l'ovaire. Dans le travail de M. Terrillon, il est dit que la récidive de cancer, au niveau de la cicatrice abdominale, apparaît sous la forme d'une masse fongueuse; parfois le néoplasme renferme des kystes. La survie des malades n'a jamais dépassé deux ans, à partir de la première opération. Or, la malade de M. Le Dentu a vu apparaître sa tumeur un an après la première opération, et ce n'est que six ans après l'ovariotomie, que la deuxième intervention a été faite. Cette femme, qui a été opérée en 1888, va bien en ce moment. Il ne peut donc être question d'une récidive cancéreuse.

M. Le Dentu croyait que l'examen microscopique n'avait pas été fait. Cependant, un doute lui était resté dans l'esprit à ce sujet. MM. Jonesco et Legueu, ses anciens internes, lui ont écrit pour lui affirmer que l'investigation microscopique avait été pratiquée et qu'il s'agissait réellement d'un fibrome.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CURAGE DE L'UTÉRUS

M. TRÉLAT s'est occupé de la question du curage dans ses cours de la Faculté, il y a dix ans environ. Depuis cette époque, il a fait des cliniques et inspiré plusieurs thèses sur le traitement de l'endométrite par la curette.

M. Trélat pense que toutes les déchirures du col ne doivent pas être traitées d'emblée par l'opération d'Emmet. On doit commencer par pratiquer le curage contre l'endométrite. L'opération d'Emmet sera faite plus tard, si cela est nécessaire. Mais, en règle générale, le curage suffit, et certaines opérations d'Emmet, qui semblaient nécessaires tout d'abord, n'étaient plus du tout indiquées après le curage.

M. Trélat résume les indications du curage par ces trois mots : *sang, glaires, douleurs.*

Les douleurs localisées à l'utérus, et en particulier à la partie supérieure de l'orifice interne, ont une grande valeur.

La pratique de M. Trélat est la suivante : antisepsie constante; dilatation souvent nécessaire, toujours utile ; chloroforme nécessaire; pas de pansement intra-utérin.

Anciennement M. Trélat ne provoquait pas l'anesthésie pour curer l'utérus. Mais il a reconnu que l'opération se faisait mal, lorsqu'on n'endormait pas les malades.

M. Trélat met une laminaire et le lendemain une seconde tige. Cela suffit d'ordinaire. Parfois la dilatation est insuffisante. On la complète avec des bougies d'Hegar ou un dilatateur de Busch. La dilatation, dans des cas d'atrésie, de brides, etc., peut être continuée pendant trois et même six jours. M. Trélat se sert de trois curettes différentes : curette de Simon, une autre, plus petite, et enfin la troisième, dite de Sims, a été fabriquée sur la demande de M. Trélat, il y a huit ans. La grande curette fait une excellente, large et rapide besogne.

L'écouvillon chargé de glycérine créosotée donne de bons résultats. Mais M. Trélat préfère laver largement la cavité utérine. Il met dans l'utérus le dilatateur de Busch qu'il ouvre; il fait pénétrer dans la cavité utérine une canule de verre. L'eau s'écoule entre les branches du dilatateur maintenu ouvert. M. Trélat ne met aucun tampon, aucune gaze dans l'utérus. Il met de la gaze iodoformée dans la cavité vaginale.

Au bout de peu de jours, il prescrit des lavages vaginaux avec une solution de bi-iodure de mercure. Il renvoie les malades de l'hôpital au bout de quinze jours. En ville, il maintient au lit les opérées pendant environ un mois. Les suites opératoires sont absolument bénignes.

Le traitement de l'endométrite par le curage est excellent. La curette est une des meilleures armes de l'arsenal thérapeutique. Le curage est une opération sans danger. Il y a des échecs, mais ils diminueront à mesure que l'on connaîtra mieux la technique opératoire et les contre-indications, qui sont très vagues en ce moment.

M. Trélat a pratiqué, ou fait pratiquer sous ses yeux, 206 curages en près de trois ans. Il n'a pas revu toutes ses opérées.

Le triomphe du curage est l'endométrite végétante hémorrhagique. L'endométrite catarrhale guérit bien à l'aide de cette opération. Quand l'endométrite est accompagnée d'une grande déformation utérine, la guérison est moins facile. Il faut répéter le curage deux ou trois fois.

M. Trélat a fait des cliniques, en mars 1889, sur l'influence du curage, quand l'endométrite se complique d'une inflammation salpingienne. On trouvera, dans la thèse de M. Cantin (1889), des renseignements sur cette question.

Les insuccès sont souvent dus à des opérations incomplètes, et il doit s'en faire beaucoup. Dilatation non faite ou insuffisante; curette trop étroite; cavité utérine irrégulière et parfois extrêmement ample : telles sont les causes qui expliquent comment le curage est souvent pratiqué d'une façon incomplète.

La réinfection de l'utérus est possible, après le curage.

S'agit-il de combattre les glandes à mucus cohérent du col, M. Trélat emploie une curette pointue, ou bien il touche les glandes au thermocautère, ou bien encore il les enlève par une opération au bistouri.

M. Trélat passe en revue les diverses espèces de métrite : blennorrhagique, tuberculeuse, etc., et insiste sur la ténacité variable des lésions déterminées par différents microbes. Heureux celui qui peut traiter une métrite tuberculeuse naissante! La guérison est assez facile. Il n'en est plus de même, quand les trompes sont infectées.

Quant à la métrite blennorrhagique, il faut s'y prendre à plusieurs reprises pour en avoir raison. Il en est de même de certaines métrites tenaces qui suivent la ménopause.

M. Trélat dit qu'en général le curage échoue, quand les annexes sont malades. Mais on ne doit enlever les ovaires et les trompes qu'après avoir constaté l'insuccès du curage.

Cinq fois, M. Trélat a vu des tumeurs salpingiennes qui ont été guéries par le simple curage. Dans ces cinq cas, M. Trélat pensait que l'ablation des annexes était absolument nécessaire.

Une malade avait subi, à l'âge de treize ans, une ovariotomie pour un kyste pileux de l'ovaire.

Deux mois après son premier accouchement, les douleurs ont commencé à apparaître. Il existait des vomissements fréquents et la malade était confinée au lit depuis six mois. L'état de cette femme n'était pas brillant. M. Trélat constata une endométrite et, au niveau des annexes du côté gauche, une petite masse ferme, bosselée, du volume d'une mandarine et reliée par un cordon à la matrice. C'était là que siégeait la douleur. M. Trélat avait la ferme intention de faire la laparotomie. Mais il commença par pratiquer le curage. Depuis lors, guérison absolue.

Une autre observation est aussi probante. M... L..., vingt-huit ans, mariée, n'a jamais été enceinte. Leucorrhée et douleurs avant le mariage. Depuis le mariage tous les symptômes ont augmenté. La vie de cette femme se passe au lit et est un véritable supplice.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 217.

M. Trélat constate de l'endométrite; à gauche, une tumeur grosse comme une pomme ; à droite, même tumeur.

La laparotomie est reconnue nécessaire. M. Trélat fait tout d'abord le curage. Cette seule intervention suffit pour supprimer absolument les douleurs et pour rendre cette femme aux conditions normales de vie. A gauche, la douleur a disparu; à droite, on ne trouve plus qu'une tumeur indolente et du volume d'un haricot. La guérison date des derniers jours de 1888. Pendant l'année 1889, la femme est restée parfaitement guérie. Le 1er octobre 1889, cette femme qui ne possédait qu'un ovaire (l'autre ayant été enlevé, quand elle avait treize ans), mit au monde un enfant magnifique.

Voilà donc une femme qui souffrait avant son mariage, dans le petit bassin. Le mariage aggrave la situation au point de la rendre lamentable. Pas de grossesse. La laparotomie semble absolument urgente. Le curage seul fait disparaître tous les accidents. Un mois après la sortie de cette opérée, grossesse et enfin accouchement d'un enfant parfaitement bien portant.

Pareils exemples, pour rares qu'ils soient, doivent inviter les chirurgiens à pratiquer le curage de la matrice avant d'enlever les annexes. Le traitement de l'endométrite dans ces conditions est une sage précaution, car on peut guérir ainsi des femmes atteintes de complications du côté des annexes (1).

M. Trélat a curé les utérus dans les mêmes proportions que M. Bouilly. Il a une statistique plus étendue, parce qu'il a à sa disposition un plus grand nombre de lits que son collègue. Du reste, il faut savoir que les femmes atteintes d'endométrite, et guéries par le curage, renvoient dans le même hôpital et au même chirurgien, les femmes malades qu'elles connaissent.

M. ROUTIER a fait 24 curages. Il dilate avec des laminaires, anesthésie ses malades, se sert de l'écouvillon trempé dans le chlorure de zinc ou dans la glycérine créosotée. Le curage n'a aucune action favorable sur les complications oophoro-salpingitiques. Au contraire, une faute dans la technique suffit pour aggraver l'inflammation des annexes.

M. TERRILLON fait de la dilatation avec des tiges de laminaire. Il anesthésie les malades. Il cautérise, après le grattage, avec de la glycérine créosotée ou du perchlorure de fer.

Il a pratiqué 63 curages. Son premier cas date d'avril 1885. Il n'y a pas complications. Sur 15 cas de métrite hémorrhagique, M. Terrillon a eu 13 guérisons. Les 2 autres malades ont été guéries après un second curage.

M. Terrillon met une mèche iodoformée dans la cavité utérine : les résultats sont meilleurs.

La métrite fongueuse a été traitée 32 fois par M. Terrillon : 15 succès, 11 cas moins nets et 6 cas dont les résultats ne sont pas définitifs.

Quatre fois, M. Terrillon a curé le sarcome intra-utérin. Grâce à la curette, il a pu faire un diagnostic précoce.

Douze fois les annexes étaient malades; les résultats obtenus par le curage, dans ces cas, ont été nuls ou passagers.

En somme, le curage est une intervention bénigne, inoffensive et qui rend de grands services.

M. RICHELOT proclame l'innocuité absolue de l'opération et ses bons résultats. Sur 70 cas, il a eu 17 insuccès. Il fait d'ordinaire de la dilatation pendant quarante-huit heures ; parfois il la prolonge.

Les insuccès sont dus à une mauvaise technique. On ne sait pas curer l'utérus.

Faut-il gratter le col avec la curette ? Non ; le col est sain ou il est malade. S'il est sain, il est inutile de gratter la muqueuse cervicale; s'il est altéré, c'est une lésion qui ne peut être guérie par le curage. Dans la métrite invétérée du col, le curage est insuffisant. Il faut faire l'opération d'Emmet ou celle de Schrœder. Comme le col est souvent malade, en même temps que le corps de l'utérus, on doit combiner le curage à l'opération de Schrœder ou d'Emmet. Il faut se défier des infections secondaires.

(1) R. Pichevin. *Des abus de la castration.* — Paris, Steinheil, 1889.

Quand les annexes sont altérées, il y a lieu de tenter le curage. Des faits peu nombreux, mais certains, militent en faveur du curage, avant de pratiquer l'extirpation des annexes. Il est certain que, d'ordinaire, il faut recourir à la laparotomie. Le curage est une opération bénigne, et qui guérit très bien l'endométrite. M. Bouilly a réussi à convaincre M. Lucas-Championnière qui n'admettait pas naguère la pratique du curage et qui semblait nier l'existence même des affections utérines. M. Lucas-Championnière, dans un article récent (1), n'écrivait-il pas les lignes suivantes : « Cette question est d'une haute importance, parce qu'avec elle, on doit inaugurer une ère nouvelle pour les *maladies dites utérines*..... On a tour à tour accusé toutes les parties de la substance utérine et surtout du col. On a cru tour à tour que les ulcérations du col, les déplacements utérins, les rétrécissements du col, les variétés extraordinairement nombreuses de métrites étaient causes du mal. Comme conséquence, on a cru guérir toutes les femmes avec la cautérisation du col, avec les saignées, avec les pessaires, avec les débridements du col.

De notre temps, même, nous voyons ressusciter la métrite fongueuse qui revient avec les microbes. Avec elle, revient le curage de l'utérus perfectionné et généralisé ; en ce moment, il guérit tout, même la salpingite.

Ces engouements et ces changements témoignent d'une erreur complète dans l'étude des maladies des femmes..... Et si vous vouliez avoir la preuve que l'on se trompait jusque-là dans l'appréciation des symptômes, vous n'avez qu'à interroger les femmes chez lesquelles l'ouverture du ventre a montré toutes ces lésions : elles vous diront toutes, sans exception, non pas qu'on ne savait pas ce qu'elles avaient, mais qu'hier encore, elles étaient traitées pour une métrite, une ulcération du col, une métrite parenchymateuse, un déplacement, une hypertrophie ou une atrésie ou une déchirure du col.

Celles traitées par les procédés les plus anciens ont subi des cautérisations du col, ont porté des pessaires et des sachets ; celles traitées par les procédés plus modernes, ont eu les injections chaudes, les opérations d'Emmet, les incisions et les dilatations du col ; celles de la dernière mode ont eu le curage. Tous ces traitements ont quelquefois amendé, d'une façon passagère, les symptômes, probablement en obligeant les femmes à se reposer et à se soigner, quelquefois par une saignée locale. »

M. Lucas-Championnière a abandonné, au moins en partie, ses anciennes opinions.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE répond qu'en citant des phrases tronquées, M. Richelot lui a fait dire ce qu'il n'a jamais dit. Ce qu'il affirme, c'est que la douleur n'est pas due à une maladie utérine. La douleur vive est symptomatique d'une affection des annexes.

M. TRÉLAT. C'est une erreur.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE affirme que les femmes qui souffrent beaucoup du bas-ventre ont autre chose qu'une métrite.

M. Lucas-Championnière n'est pas opposé au curage. Mais il y a des cliniques où l'on pratique le curage cinq cents fois par an. N'est-ce pas exagéré ?

En réalité, la symptomatologie des affections des annexes est mal connue. On traite la métrite alors qu'il s'agit d'une lésion des annexes.

(La suite de la discussion sur le curage est renvoyée à la prochaine séance.)

Procédé autoplastique applicable au redressement de la tête par suite d'une bride cicatricielle. — M. BERGER pratique la section transversale de la cicatrice et fait deux petites sections verticales. Il dissèque ensuite un grand lambeau postérieur et parfois un lambeau antérieur. Ce procédé donne de bons résultats, ainsi que M. Berger le fait constater en montrant les photographies de son opéré.

(1) J. Lucas-Championnière. Ovarite, salpingite, adhérences, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, août 1889.

PRÉSENTATION DE MALADE

Résection de l'extrémité postérieure des quatre premières côtes. — **M. DELORME** présente un malade auquel il a pratiqué cette opération. (Cette observation fera l'objet d'un rapport.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Étude clinique et traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez la femme (1), par Paul DAURIOS.

Ce travail constitue une bonne étude d'ensemble de la tuberculose génitale chez la femme, et un chaud plaidoyer en faveur de son traitement chirurgical.

L'auteur passe en revue les divers cas de tuberculose du vagin, de l'utérus et des annexes.

Dans le vagin, trois formes de lésions bacillaires peuvent se rencontrer : la tuberculose miliaire aiguë, les ulcérations tuberculeuses et les fistules. La tuberculose miliaire est une trouvaille de l'autopsie; son histoire clinique est nulle, noyée qu'elle est dans les manifestations multiples et retentissantes de la tuberculose aiguë généralisée. Quant à l'ulcération tuberculeuse, elle est arrondie, plus ou moins irrégulièrement, à bords dentelés, avec un fond grisâtre. Au pourtour se rencontrent, soit de petits points blanchâtres, caséeux, soit de petites ulcérations arrondies. En un mot, c'est l'aspect bien connu des ulcérations tuberculeuses de la langue. Ces ulcérations, relativement superficielles, peuvent être, avec avantage, soumises au grattage.

Les fistules tuberculeuses, vésico, uréthro ou recto-vaginales, ne diffèrent en rien des fistules banales de la même région.

Il va sans diae que dans toutes ces lésions, de même que dans toutes celles dont nous allons nous occuper, il sera nécessaire de rechercher le bacille de Koch, soit dans les produits de sécrétion, soit dans les produits fournis par le curettage.

Dans l'utérus, également, trois formes de tuberculose : la miliaire, négligeable en clinique, l'interstitielle et l'ulcéreuse. L'interstitielle est rare, à marche lente et chronique. Elle peut se manifester brusquement, par un accident : la rupture de l'utérus, par exemple, sous l'influence des efforts de l'accouchement.

M. Daurios distingue, dans la tuberculose ulcéreuse, deux types, suivant qu'elle est limitée ou généralisée. Dans le premier cas, l'utérus est de volume normal, douloureux, avec un écoulement blanchâtre ou blanc jaunâtre avec des détritus grumeleux. Dans le second cas, l'utérus est volumineux, il y a peu d'écoulement, mais, en dilatant le col, on trouve la cavité utérine remplie de détritus caséeux.

Dans la métrite tuberculeuse, on trouve les phénomènes habituels de la métrite : leucorrhée, troubles menstruels, augmentation de volume de l'utérus. La persistance de ces manifestations, leur résistance au traitement, l'état général amènent à penser à la tuberculose; ici encore, le diagnostic s'appuiera surtout sur la recherche des bacilles dans les produits vaginaux. Leur présence affirme la tuberculose. Il ne faut pas oublier, à ce propos, que les examens négatifs n'ont qu'une valeur relative et qu'il importe de multiplier les recherches. Les bacilles perdus dans une grande quantité de liquide sont, quelquefois, difficiles à découvrir.

Les lésions limitées peuvent être traitées aussi par le curettage ; es applications iodoformées, les attouchements à la glycérine créosotée peuvent amener la guérison; mais il faut, avec soin, surveiller les récidives. Quand il s'agit d'ulcérations généralisées, 'intervention sera plus radicale, et c'est à l'hystérectomie, par voie vaginale, qu'on aura recours.

Restent les lésions tuberculeuses des annexes : menstruation irrégulière ou douloureuse, quelquefois aménorrhée ; douleurs hypogastriques, ballonnement du ventre, et les autres signes de la pelvi-péritonite ; tels sont les symptômes qui attirent l'attention. Par l'examen direct, on constate l'existence d'une tumeur latérale, indépendante de l'utérus, bosselée, transversalement allongée. Le col se trouve dévié. La leucorrhée, non constante, peut être intermittente. L'état général, l'existence ou l'absence de lésions pulmonaires ont une grande importance.

Si les phénomènes sont aigus : le traitement médical de la pelvi-péritonite. Si l'état général le permet, s'il n'y a pas de lésion pulmonaire avancée, on devrait intervenir le plus tôt possible et enlever les annexes malades. Il y a là une question d'opportunité opératoire, des plus délicates à régler; il faut tenir compte parallèlement et de l'état local et de l'état général. La péritonite tuberculeuse ne serait pas une contre-indication à l'extirpation des annexes malades (Hégar). La formule paraît tout au moins hardie !

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, G. Steinheil.

Alcaloïdes microbiens et physiologiques [ptomaïnes et leucomaïnes (1)], par le docteur Maurice DE THIERRY.

M. de Thierry, préparateur de chimie médicale à la Faculté de médecine, nous donne un travail d'ensemble dans lequel il a rassemblé les connaissances acquises sur les alcaloïdes toxiques produits dans les substances animales sous l'influence des microbes ou développés dans l'organisme par le fait de la vie des cellules. Il donne sur les ptomaïnes et les leucomaïnes des renseignements purement chimiques : mode d'extraction, réactions, formule. Lui-même a découvert dans la graisse humaine une substance qu'il considère comme de la trimithylamine. Il existe encore dans cette graisse d'autres bases fines ou volatiles, analogues aux leucomaïnes qui n'ont pas pu être déterminées d'une façon précise.

Tuberculose et rhumatisme articulaire chronique progressif (2), par COYRAUL.

La phthisie pulmonaire s'observerait avec une fréquence de 15 p. 100, chez les malades atteints de rhumatisme noueux. Y a-t-il donc une affinité particulière entre le rhumatisme déformant et la tuberculose pulmonaire ? Autrefois, on y eût vu une parenté, une affinité de diathèses; actuellement, on pourrait tout au plus considérer ce terrain spécial comme assez propre à recevoir des bacilles de Koch. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit là de malades longtemps hospitalisés, particulièrement exposés à l'infection tuberculeuse dans le milieu nosocomial. D'autre part, ce sont souvent des malheureux qui ont beaucoup souffert de la misère. Conclusion : le tempérament propre aux rhumatisants noueux ne les met nullement à l'abri de la tuberculose. Y sont-ils plus exposés que des malades d'un autre ordre placés dans les mêmes conditions sociales et dans les mêmes milieux? C'est ce qu'il faudrait démontrer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Médecine navale. — Les jeunes gens qui seraient désireux d'entrer dans les écoles de médecine navale (lignes médicale et pharmaceutique) sont informés que l'effectif des élèves étant au complet depuis le 1er novembre dernier, il est impossible de donner une suite favorable à aucune demande jusqu'au 1er novembre prochain.

— Par délibération, en date du 15 février 1890, MM. les docteurs Chipier et Socquet ont été nommés médecins experts près le tribunal de commerce de la Seine.

— La Société française de tempérance contre l'abus des bois-

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.
(2) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Imprimerie des Écoles, Henri Jouve.

sons alcooliques a reçu de Mme Lunier une somme de 1 000 francs, destinée à récompenser, sous le titre de : *Prix Lunier*, l'auteur du meilleur travail sur la question suivante : « Quelles sont les conséquences héréditaires de l'alcoolisme et de l'ivrognerie? — Quels sont les moyens à prendre pour empêcher ces conséquences de se produire, ou pour en atténuer les effets? » — Les candidats devront s'inspirer des travaux de Lunier sur l'alcoolisme.

La Société française de tempérance ne limite pas le champ des recherches et désire que l'étude des moyens propres à prévenir les conséquences de l'alcoolisme et de l'ivrognerie s'étende aux moyens moraux, sociaux, thérapeutiques, etc. Par exception, les travaux imprimés depuis moins de deux ans, au 1er janvier 1890, sont, au même titre que les manuscrits, admis à concourir. Les manuscrits, portant le nom et l'adresse de leur auteur, les ouvrages imprimés, seront adressés au plus tard le 31 décembre 1890, à M. le docteur Motet, secrétaire général de la Société, à Paris, 161, rue de Charonne. S'il y a lieu, le prix sera décerné en 1891.

— M. Humbert, agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera, à cet hôpital, des leçons sur les maladies vénériennes et les maladies des organes génito-urinaires, le mardi 4 mars prochain, à dix heures, et les continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu le samedi 1er mars, à huit heures et demie très précises du soir, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, et, 14, rue des Poitevins. « Méthodes appliquées à l'étude des explosifs », par M. Vieille, ingénieur des poudres et salpêtres.

Leçons cliniques sur les principaux phénomènes de l'hypnotisme dans leurs rapports avec la pathologie mentale, par J. Luys, médecin de la Charité. Gr. in-8°. — Prix : 12 francs. — Paris, Georges Carré, 58, rue Saint-André-des-Arts.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 27. — MARDI 4 MARS 1890. 63e ANNÉE. MARDI 4 MARS 1890. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. DELORME.

Plaie de la base du cou par balle ; suppuration intra-thoracique datant de dix-sept ans ; douleurs irradiées dans le membre supérieur gauche et localisées dans la moitié gauche du cou ; ostéite condensante des quatre dernières côtes gauches ; ostéite condensante de la partie inférieure de la colonne vertébrale du côté gauche ; résection de l'extrémité postérieure des quatre premières côtes gauches ; résection de l'apophyse épineuse de la première vertèbre dorsale, de celle de la septième vertèbre cervicale, de la lame vertébrale et de la moitié postérieure de l'apophyse transverse gauches de cette vertèbre (1).

L'intérêt principal de cette observation réside dans l'opération rarissime et dangereuse qu'a subie ce blessé, et dans la bénignité de ses suites.

C'est un homme de quarante-huit ans, vigoureux, le nommé F..., qui, en 1870-71, a reçu, au combat de Loigny, une balle de fusil bavarois. Cette balle pénétra à la base du cou du côté gauche, un peu au-dessus du tiers externe de la clavicule, traversa le trapèze et, suivant un trajet oblique de haut en bas, se présenta sous la peau à droite sur le bord spinal de l'omoplate, au niveau de la naissance de l'épine. Ce blessé n'éprouva sur le coup aucune commotion médullaire et gagna de lui-même l'ambulance. La plaie suppura très abondamment. Si l'orifice de sortie se ferma au bout de six semaines, l'orifice d'entrée continua à suppurer pendant dix-sept ans, jusqu'au jour où je lui fis subir une première opération, en 1887. Une pleurésie se déclara à gauche quinze jours après le traumatisme. Elle fut traitée par les révulsifs; au bout de onze mois, pendant un séjour aux eaux d'Aix, survint une vomique et, depuis cette époque jusqu'en 1887, ce blessé ne cessa de cracher du pus en quantité variable. A plusieurs reprises il eut, à son dire, de nouvelles pleurésies caractérisées surtout par des points de côté, de l'essoufflement. Dans les divers services dans lesquels il entra à plusieurs reprises, surtout en 1874 et en 1878 à Saint-Louis, Lariboisière, Saint-Antoine, le Gros-Caillou, on se contenta de dilater la plaie, de la sonder, de la maintenir ouverte sans recourir à une intervention.

(1) Observation lue à la Société de chirurgie.

En août 1885 se déclara un vaste phlegmon de la région pectorale gauche, qui fut largement incisé et dont la poche suppura pendant près de six mois. Après l'incision, M. Poulet gratta la deuxième côte dénudée et la portion correspondante du sternum.

Je vis le blessé en juin 1887. Il éprouvait alors de très vives douleurs, douleurs continues dans le cou, du côté gauche, dans le membre supérieur gauche surtout et même dans le membre supérieur droit. La plaie d'entrée du projectile suppurait abondamment. Une sonde assez résistante de calibre moyen, introduite dans cette plaie, pénétrait dans la poitrine sans obstacle à une profondeur de quinze à dix-huit centimètres, puis rencontrait une résistance molle, et à ce moment le blessé était pris de violentes quintes de toux. La communication du trajet avec le poumon, ou pour être plus précis avec une grosse bronche, était évidente ; l'air sortait librement par l'orifice fistuleux et pouvait être propulsé avec assez de force pour éteindre très facilement la lumière d'un rat. Le blessé avait rapidement la sensation de l'odeur des topiques qu'on appliquait sur sa plaie. La palpation de la région latérale gauche du cou, facilitée encore par l'atrophie des muscles, faisait constater la présence d'un cal très volumineux, d'une hyperostose plutôt, d'une grosseur supérieure à celle de la moitié du poing, hyperostose occupant la moitié inférieure du cou du côté gauche. Malgré les pleurésies successives dont cet homme disait avoir été atteint, la percussion et l'auscultation de la poitrine en arrière indiquaient que le poumon était normal et libre d'adhérences. En dépit de l'acuité et de la persistance des douleurs, le blessé restait vigoureux, son appétit était normal, mais sa sensibilité s'exaltait au point que, pour mettre un terme à ses souffrances, il tenta à plusieurs reprises de se suicider. Une vieille parente qui le surveillait de près arriva heureusement à temps pour couper la corde ou éteindre le brasier dont il s'était servi pour tenter de mettre fin à ses jours.

Comme il me suppliait vivement d'intervenir, de rechercher la cause de sa suppuration persistante et de ses douleurs et qu'il paraissait tout décidé à renouveler ses tentatives de suicide si je ne parvenais pas à obtenir ce résultat, j'accédai à son désir.

Pensant que la suppuration était reliée à la présence dans la poitrine d'un corps étranger vestimentaire ou métallique, — le blessé m'affirmant que la balle s'était divisée sur le bouton de l'épaulette, — je sondai à plusieurs reprises la plaie sans rien constater d'anomal. Je ne constatai pas davantage d'os dénudé; mais cette exploration, en raison de l'étroitesse de l'orifice du trajet, avait été difficile et je ne pouvais trop me fier aux résultats de ce premier examen. Je fis donc endormir le blessé, j'élargis la plaie, je la sondai à nouveau à plusieurs reprises avec une sonde cannelée ou une sonde de poitrine, sans rien découvrir. Dans la supposition que le trajet pouvait être entretenu par un corps vestimentaire qui n'eût donné aucune impression à la sonde, je me servis de la curette de Leroy d'Etiolles, l'enfonçai à plusieurs reprises et la ramenai après avoir coudé sa curette. A la dernière tentative, la curette butta contre un corps dur,

rugueux, présentant la résistance d'un os, à une profondeur de 4 à 5 centimètres. J'incisai alors longitudinalement le trapèze et le rhomboïde dans une étendue de 7 à 8 centimètres et réséquai l'extrémité postérieure de la quatrième de la troisième côte dans l'étendue de 4 à 5 centimètres. Ces côtes étaient augmentées de volume, irrégulières, atteintes d'ostéite plutôt condensante que raréfiante. Après leur ablation, le cathétérisme de la plaie avec la curette ne donnant plus les impressions primitives, je fus convaincu que c'étaient bien les côtes qui les avaient fournies. La deuxième côte me paraissant également atteinte d'ostéite, j'en abrasai une portion, puis j'avivai les bords de la fistule, je réunis ces bords par des sutures et l'orifice fistuleux qui avait persisté dix-sept ans se ferma définitivement. J'acquis ainsi la certitude que la suppuration était entretenue par l'ostéite de ces côtes. Mais si la suppuration se tarit après mon opération (11 juin 1887), les douleurs persistèrent toujours vives, continues, profondes, localisées à la base du cou du côté gauche, au niveau de l'hyperostose volumineuse dont j'ai parlé, au niveau de laquelle on les réveillait par une pression directe. Ces douleurs irradiaient toujours au membre supérieur du même côté, surtout sur le trajet du cubital, et parfois se propageaient au membre supérieur droit, s'accompagnant d'ordinaire d'une sensation d'engourdissement du petit doigt et de l'annulaire droits, de constriction du thorax, etc. Comme cet homme accusait dans ses antécédents l'apparition d'un chancre survenu à l'âge de dix-sept ans et suivi de roséole, je soumis le blessé à un traitement antisyphilitique très prolongé et énergique, mais ce traitement resta sans résultat.

Sur les pressantes instances du blessé qui tenait à être débarrassé de ses douleurs et dont le moral s'altérait, je consentis à intervenir à nouveau; avec l'assistance de mes collègues, MM. Moty et Vautrin, le 13 mai 1889, je crus devoir pratiquer l'ablation de la majeure partie du calus volumineux qui occupait toute la moitié inférieure et latérale gauche du cou et qui irritait, comprimait le nerf cubital gauche, ainsi que l'indiquaient les douleurs presque continues ressenties par le blessé dans la zone innervée par le nerf. Mal renseigné par la palpation sur les limites exactes de ce calus en avant et craignant d'avoir, au cours de mon opération, à compter avec l'artère vertébrale, je m'assurai à plusieurs reprises sur le cadavre qu'on pouvait assez aisément faire la ligature de son bout supérieur à distance, le moins accessible, en le recherchant entre l'axis et l'atlas.

L'intervalle, qui sépare les apophyses transverses de ces deux vertèbres, répond approximativement à une ligne horizontale qui prolongerait en arrière le bord inférieur du maxillaire inférieur. Après avoir pratiqué une incision d'une étendue suffisante le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien, dégagé ce muscle, coupé les fibres du splenius, on reconnaît aisément les tubercules des apophyses transverses de l'atlas et de l'axis, et en dégageant longitudinalement, entre leurs apophyses, les petites masses musculaires auxquelles elles donnent attache, on peut découvrir la vertébrale et passer un fil sous elle. Désormais à l'abri de toute surprise opératoire, je pratiquai, à la partie postérieure du cou, une incision d'une douzaine de centimètres, empiétant sur la partie supérieure du dos et placée à égale distance des apophyses épineuses et transverses; je coupai les masses musculaires jusque sur les lames vertébrales et, me servant de la rugine, je dégageai successivement la partie postérieure de la deuxième côte, manifestement augmentée de volume, que je réséquai dans l'étendue de 3 centimètres en dehors de son angle. De la première côte, également hyperostosée, partait une prolifération osseuse, assez régulière, de la grosseur du pouce, longue de 4 centimètres, qui, de cette côte, se dirigeait obliquement en haut et en dehors contre l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale. Je dégageai cette masse osseuse, l'excisai, abrasai 3 centimètres environ de la première côte, à partir de son angle; puis, comme l'apophyse transverse de la septième cervicale était notablement augmentée de volume, j'en fis l'ablation avec la gouge et le maillet, en l'enlevant par lamelles, et je dégageai la racine du tronc du nerf cubital que nous aperçûmes alors très distinctement. La lame gauche de la septième vertèbre cervicale, également hyperostosée, fut totalement enlevée de même par la gouge, le ciseau et le maillet: la gouge et le ciseau conduits bien parallèlement à sa direction. Les enveloppes médullaires furent mises à nu dans l'étendue recouverte par cette lame vertébrale. Je terminai par l'ablation de l'apophyse épineuse de la septième cervicale.

Ces excisions avaient été longues, elles avaient duré près de deux heures, la chloroformisation avait été mal supportée, difficile. Je dus arrêter là mon opération, regrettant de ne pouvoir enlever la lame vertébrale gauche de la sixième cervicale et la partie postérieure de son apophyse transverse, également augmentées de volume.

Les suites de l'opération furent simples. La plaie drainée se réunit, d'abord, par première intention, mais au bout de quelques jours elle s'infecta, le blessé indocile ayant dérangé son pansement. Malgré une suppuration qui dura quelques semaines, même après l'emploi d'injections de liquides antiseptiques concentrés, la guérison fut obtenue sans accidents. Les douleurs que le blessé éprouvait au niveau du calus cessèrent presque complètement, ainsi que celles qu'il ressentait dans la zone du cubital gauche.

Depuis cette opération, mon collègue M. Moty qui me remplaçait dans mon service pendant les derniers mois de l'année dernière, crut devoir faire deux nouvelles incisions, l'une le long des apophyses épineuses des premières vertèbres dorsales et l'autre près du bord spinal de l'omoplate droite, pour explorer cette région au niveau de laquelle le blessé éprouvait encore des douleurs. Il eut bientôt la raison de la persistance des douleurs localisées en ce point par la présence d'un fragment de balle qu'il trouva près de la colonne dorsale. Je dois ajouter qu'auparavant j'avais abrasé une portion du bord spinal de l'omoplate, l'apophyse épineuse de la première dorsale hyperostosée.

Actuellement, dix mois après mon opération principale, le blessé est dans un état beaucoup plus satisfaisant qu'avant mon opération, mais il éprouve encore quelques douleurs dans la colonne vertébrale, des douleurs qui, dit-il, « lui portent au cœur » et qui s'expliquent peut-être par la persistance de quelques portions osseuses hyperostosées que j'ai dû laisser lors de mon intervention. Il faut encore tenir compte chez lui d'un état d'hyperesthésie générale provoquée par dix-huit ans de souffrances vives, hyperesthésie qu'on eût peut-être prévenue par une intervention plus rapide.

HOPITAL ANDRAL. — M. DEBOVE.

Pleurésie purulente érysipélateuse.

(Observation recueillie par MM. COURTOIS-SUFFIT, interne des hôpitaux, et A. RÉMOND, docteur en médecine.)

Nous avons, tout récemment, eu l'occasion d'observer, dans le service de notre maître, M. Debove, un cas de pleurésie purulente à évolution spéciale, et dans lequel nous avons trouvé, bactériologiquement et expérimentalement, le streptococcus erysipelatis de Fehleisen.

Résumons d'abord le fait clinique. Nous discuterons ensuite les conclusions qu'il nous a suggérées.

OBSERVATION. — Cette malade, âgée de soixante et un ans, entre dans le service, le 9 novembre 1889. Elle est pâle, profondément anémiée, presque cachectique. Il y a cinq mois, elle fut prise de frissons, de fièvre légère et d'une douleur extrêmement violente

sous le sein droit. Après être restée alitée quinze jours, elle chercha, mais en vain, à reprendre ses occupations, et, voyant ses forces décliner de plus en plus, elle se décida à entrer à l'hôpital.

La malade ne tousse pas; elle n'a jamais eu de vomique.

A l'examen, on constate un épanchement pleural droit très abondant, la matité remontant en avant jusque sous la clavicule.

Une première ponction est pratiquée, le 11 novembre. On retire ainsi deux litres de pus, assez épais, inodore. Une deuxième ponction, le 26 novembre, ne donne plus qu'un demi-litre de pus. Le 29, la malade a une vomique assez abondante. Le 30, une troisième ponction ne permet plus de retirer que 50 grammes de pus environ. Nouvelle vomique le 1er décembre, suivie le 3 décembre d'une quatrième et dernière ponction à blanc.

L'apyrexie s'est maintenue complète depuis l'entrée de la malade, sauf le 26 novembre, où la température s'est rapprochée de 38 degrés, et le 1er décembre où elle a atteint 38°6 (1).

La guérison était complète au 1er janvier et l'état de la malade ne cessait de s'améliorer, lorsque le 14 février, à la suite d'un bain, elle fut prise de vomissements, de fièvre intense, et d'une douleur vive dans l'épaule gauche. Râles secs dans le tiers inférieur du poumon droit, pas de souffle. Le 18, la douleur de l'épaule est toujours aussi vive, le genou droit est également devenu douloureux et présente une tuméfaction notable. Pas de rougeur superficielle.

Une ponction permet de retirer du genou 20 à 25 centimètres cubes d'une sérosité louche légèrement teintée en rose.

Depuis le 14, la température oscille entre 38°5 et 40 degrés. L'état général décline. Le 20, à une heure du matin, la malade meurt.

A l'autopsie (trente-six heures après), on trouve, dans le genou et dans l'épaule, une sérosité louche, très liquide, ressemblant à du pus mal lié. Congestion intense des reins, du foie et de la rate qui est devenue presque liquide, mais qui n'est pas ou peu augmentée de volume. Le poumon droit adhère intimement à la paroi costale; au niveau de la partie moyenne du lobe inférieur existe une poche contenant environ deux cuillerées de pus crémeux; entre le lobe moyen et le lobe supérieur, une petite poche renferme plein une coquille de noix de pus concret. Le poumon est réduit à l'état de putrilage. A droite, le poumon est sain; cœur, valvules, gros vaisseaux, cerveau, méninges, tous les autres organes sont intacts.

Voici maintenant la partie expérimentale :

Première série. — Deux cobayes, inoculés dans le péritoine avec le pus de la première ponction, succombent en trente-six heures avec une péritonite séro-fibrineuse. Le pus pleural de la malade, le pus péritonéal des cobayes, examinés par la méthode de Gram, contiennent de nombreux streptocoques. La culture montre qu'ils existent dans ces liquides à l'état de pureté presque parfaite.

Deuxième série. — La sérosité retirée du genou de la malade est inoculée à un cobaye sous la peau. L'animal présente, au bout de deux jours, un érysipèle intense de la paroi abdominale. La sérosité de cet érysipèle, inoculée dans l'oreille d'un lapin, détermine également chez ce dernier un érysipèle manifeste, sans suppuration. Les cultures de cette sérosité donnent du streptocoque à l'état de pureté.

La sérosité du genou de la malade, celle de l'érysipèle expérimental des animaux, traitées par la méthode de Gram, présentent des streptocoques très nets et en grand nombre.

Le foie de la malade, que nous avons examiné à ce point de vue (Weigert, Picro de Orth), est farci de foyers entièrement constitués par du streptocoque. Donc le streptocoque retrouvé une première fois dans la plèvre, une seconde dans le genou, est bien le streptocoque erysipelatis de Fehleisen.

(1) Cette première partie de l'observation a été recueillie par notre collègue et ami M. Boulloche, alors interne du service.

On sait que les formes cliniques de la pleurésie purulente sont nombreuses; la pleurésie pneumonique, notamment, est souvent purulente; mais ici, où l'hôte de la plèvre est un microbe dont la fonction pyogène est exceptionnelle, la guérison est facile, l'évolution bénigne.

La pleurésie purulente dans l'érysipèle n'est pas un fait rare, pas plus que les manifestations articulaires secondaires. Tillmann, Pirogoff en ont noté des exemples; Lordereau, en 1873, avait noté des complications analogues, et avait émis l'idée qu'elles devaient avoir une origine microbienne. Schüller a trouvé, dans les liquides des jointures, le microbe de Fehleisen, mais n'a pas fait la vérification expérimentale sur les animaux, et dans le *Dictionnaire* de Dechambre, les auteurs de l'article ÉRYSIPÈLE manifestent leur regret que cette vérification expérimentale n'ait pas été faite.

Dans notre cas, cette vérification existe. Nous avons trouvé dans le pus pleural, dans le liquide articulaire, le streptocoque. Ce streptocoque inoculé a reproduit l'érysipèle type. Y a-t-il eu, chez notre malade, un érysipèle antérieur à sa pleurésie et ayant passé inaperçu ? A quoi devons-nous attribuer la rémission longue et complète qui a séparé les deux périodes de la maladie ? Sommes-nous en présence d'une confirmation remarquable des idées de M. Doyen et de M. F. Widal, sur l'identité des microbes de Fehleisen et de Rosenbach ? C'est ce que nous étudierons dans un prochain mémoire, mais toujours est-il que nous nous trouvons en présence *d'une pleurésie érysipélateuse qui paraît avoir été la première manifestation de l'érysipèle*, et que ce fait nous a paru suffisamment intéressant pour être publié immédiatement.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU MASSAGE (1)

Par M. le docteur MERVY.

Les expériences suivantes ont été faites dès 1875, au Val-de-Grâce, devant mes chefs de service, MM. les professeurs Gaujot et Pingaud; devant MM. les docteurs Charvot et Ozanam; en 1879, devant MM. les docteurs Ozanam et Danet; plus tard, devant MM. les professeurs Léon Labbé (de Paris) et Ori (de Bordeaux), auxquels je donnai le petit travail qui suit et qui fut l'occasion d'une leçon de physiologie du regretté maître de la Faculté de Bordeaux; devant M. le docteur Pitres, aujourd'hui doyen de la Faculté de Bordeaux, et M. Baréty (de Nice), ancien chef de clinique de la Faculté de Paris.

Quand on masse une région musculaire, on observe, après un certain temps, une augmentation du volume du muscle; si l'on continue l'action du massage, le muscle augmente encore de volume, devient dur et tendu et se contracte brusquement. Si l'on continue le massage, les mêmes phénomènes se produisent, mais les contractions augmentent d'intensité. Si on applique deux doigts, les index par exemple, aux extrémités de ce muscle, mais

(1) Extrait du *Traité théorique et pratique du massage*, par M. le docteur Mervy.

sans le masser, on obtient des contractions. On peut faire varier la direction de ces contractions, la rendre ascendante, descendante, transverse ou circulaire, suivant la direction donnée aux doigts.

Enfin, quand l'excitation musculaire est obtenue, on peut la provoquer avec un seul doigt mis en contact avec l'extrémité inférieure ou le corps du muscle.

De plus, on peut provoquer ces contractions, faire varier leur intensité et leur direction avec deux doigts ou un seul, comme précédemment, mais sans contact.

De plus, une fois entraînés et mis en état de contraction, les muscles peuvent continuer, pendant des heures et des journées entières, à rester dans cet état, même en l'absence de celui qui les a provoquées. Il suffit, dans ce cas, pour les faire naître, de faire une passe descendante au-dessus du sujet, passe descendante faite mollement. Pour les arrêter, il faut faire une passe descendante aussi, mais à brusque arrêt et dépassant toujours, dans les deux cas, de 50 centimètres, le point sur lequel on agit.

L'intensité des contractions varie suivant l'effort dynamique de l'opérateur et, quand cet effort est continu, elles sont parfaitement rythmées.

Ces expériences furent présentées par M. le professeur Léon Labbé à l'Académie de médecine, M. le professeur Hardy étant président. Leur étrangeté ne les fit pas accepter en lecture en séance publique et le manuscrit qui les relatait me fut rendu.

Aujourd'hui, je me suis décidé à en publier le résumé. Ces expériences ont été faites sur de nombreux et différents sujets, médecins et clients, et en présence de nombreux médecins et, pour ne citer que quelques noms, MM. Danet, Ozanam, Félizet, Debove, Huchard, Sosleilla, Vulpian, Keller, Barety, Pitres, J. Lucas-Championnière et Vaucher. Ce dernier, attaché depuis un an à mon cabinet, a pu suivre tout particulièrement ces expériences et répéter, chez la plupart des sujets, la plupart aussi des phénomènes que j'avais déjà obtenus.

Parmi les médecins que je viens de citer, les uns ont obtenu ces effets, d'autres, au contraire, n'ont rien obtenu du tout.

Les conclusions à tirer sont les suivantes :

1° Le muscle est un véritable accumulateur;

2° Il est susceptible d'être excité par un individu, par contact direct ou par influence;

3° Il est auto-excitant.

Dans tous ces cas, il faut que le muscle soit en état physiologique normal, c'est-à-dire que l'organe puisse fonctionner. Dans le cas de rupture de ses points d'attache, on n'obtient pas de contraction, mais seulement l'augmentation de volume (fracture de la rotule). Dans ce dernier cas, les muscles perdent rapidement leurs propriétés, car la puissance n'a plus de résistance à vaincre et plus de raison d'excitation.

La cessation de la fonction détruit l'organe. Cette fonction reparaît rapidement dans les cas de retour de l'organe à son état primitif (suture des fractures de la rotule), et l'on peut reproduire alors tous les phénomènes déjà cités.

Ces expériences montrent l'existence d'une force neurique répandue partout, comme le démontrent, du reste, la découverte de la polarité humaine, par M. le docteur Chazarain et M. Ch. Dècle, et les expériences de M. de Rochas.

Les ruptures d'équilibre de cette force sont la cause de bien des maladies, que l'on guérit en le rétablissant (folie hystérique), et la conséquence de bien des affections chirurgicales, qui se modifient très rapidement aussi (fractures de la rotule, suturées par M. le professeur Léon Labbé; fractures, par M. Lucas-Championnière, et sutures musculaires, du même professeur).

Des démonstrations de ces expériences auront lieu mercredi prochain 5 mars, dans le service de M. le docteur Lucas-Championnière, à l'hôpital Saint-Louis, entre dix heures et midi.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

I

De l'hématozoaire de l'impaludisme. — M. Hallopeau expose l'état de la question, dans l'*Union médicale.*

C'est à Laveran que l'on doit la découverte du microbe générateur de l'impaludisme. Ce micro-organisme se trouve dans le sang sous des formes diverses :

1° *Corps sphériques.* Ce sont les plus communs : constitués par une substance hyaline encore très transparente, ils ont des dimensions qui varient depuis 1 μ jusqu'au volume des hématies. Ils sont accolés aux globules rouges qu'ils dépriment. Ils n'ont pas de noyaux. Les plus petits se présentent sous la forme de taches claires et ne présentent que peu ou point de pigment. Ils sont animés de mouvements amboïdes et peuvent se segmenter en trois ou quatre éléments semblables.

2° *Filaments mobiles ou flagella.* Autour des corps sphériques, on voit assez souvent des filaments très transparents, animés de mouvements extrêmement vifs et variés dans tous les sens; on peut les comparer à ceux d'anguilles dont une des extrémités serait fixée dans l'intérieur de l'élément sphérique. Ces filaments remuent les hématies.

Pendant que ces longs appendices mobiles s'agitent, le corps sphérique subit un mouvement oscillatoire plus ou moins rapide. Les granulations pigmentaires s'agitent à l'intérieur.

MM. Bouchard, Straus et Laveran considèrent ces flagella comme caractéristiques.

3° *Corps en croissant.* Ce sont des éléments cylindriques allongés plus ou moins effilés à leurs extrémités, souvent incurvés en croissant, quelquefois de forme ovalaire. Leur longueur est de 8 à 9 μ; leur largeur est de 2 μ en moyenne.

4° *Corps hyalins.* Pigmentés, irréguliers, déformés, immobiles. Ce sont les cadavres des corps sphériques.

5° *Corps en rosace.*

6° *Leucocytes mélanifères.* On les rencontre presque toujours dans le sang de paludiques après les accès de fièvre.

Ces diverses formes représentent les phases successives de l'évolution des mêmes parasites.

C'est avant les accès et à la période initiale que les parasites se trouvent en plus grand nombre.

Le sulfate de quinine fait disparaître rapidement les hématozoaires. Ceux-ci se détruisent après les accès pendant lesquels les leucocytes se les incorporent par phagocytose.

Golgi a voulu établir l'action réciproque des différentes formes décrites plus haut. Les parasites de la fièvre tierce auraient des mouvements amboïdes plus vifs que ceux de la fièvre quarte, etc.

La description de Laveran est adoptée par MM. Richard, Roux, Sternberg, Councilman, Abbot, Osler, Carter, Golgi et Guarnière.

Des propriétés somnifères de la chloralamide. — Ce nouveau médicament, dit M. Ch. Éloy, est un dérivé de la combinaison du chloral anhydre avec la formamide.

L'expérimentation a démontré que la chloralamide avait des effets hypnotiques. On a essayé de lui donner rang à côté du chloral et même de la substituer au chloral.

On l'a administrée contre des insomnies indépendantes de

tout état morbide. Les individus s'endorment dans l'espace d'une heure ou deux.

L'insomnie des phthisiques serait bien combattue par cet agent somnifère. Mais on a déclaré que la chloralamide était bien supérieure au chloral pour calmer l'insomnie des cardiopathes.

On sait, en effet, que l'action du chloral sur les organes de la circulation contre-indique son emploi dans le cours des affections cardio-vasculaires. Mais M. Éloy déclare que les faits cliniques démontrent qu'il ne faut pas employer à l'aveugle la chloralamide contre l'insomnie des cardiopathes.

Le médicament sera employé avec avantage quand l'insomnie des cardiopathes s'accompagne d'hypertension artérielle.

On administrera ce médicament, soit dans l'eau sucrée, additionnée d'une liqueur alcoolique, soit dans une potion édulcorée avec du sirop de fruits, soit dans l'eau sucrée et coupée de vin rouge.

La dose moyenne que l'on donne varie de 75 centigrammes à 2 grammes, à la condition de l'abaisser d'un tiers chez la femme.

« Au demeurant, la découverte de la cloralamide ne peut passer pour un événement thérapeutique. Sa fidélité laisse à désirer; ses avocats en conviennent; ses dangers ne sont pas différents de ceux du chloral. » (*Gazette hebdomadaire.*)

II

De l'antisepsie des organes urinaires par la voie interne. — M. Dreyfous, dans la *Gazette hebdomadaire*, donne les conclusions suivantes :

Le salol a une action non douteuse sur l'écoulement blennorrhagique. Cette action paraît due à ce que le salol rend l'urine aseptique et probablement antiseptique. Il agit donc comme une injection antiseptique, sans présenter aucun des inconvénients des injections uréthrales, et d'une façon plus parfaite qu'aucune d'entre elles.

Dans plusieurs de nos observations, nous avons employé le salol seul, voulant démontrer son efficacité; mais il semble qu'il y a avantage parfois à employer simultanément le copahu ou le cubèbe, pour accélérer la guérison.

Le salol peut avoir, dans la thérapeutique de la blennorrhagie, une action analgésique comparable, comme efficacité et rapidité, à celle du salicylate dans le rhumatisme.

Peut-être peut-il prévenir l'apparition du rhumatisme blennorrhagique.

A un point de vue général, le salol pourrait être employé par les chirurgiens qui pratiquent une opération sur les organes urinaires. Il rend, en effet, l'urine aseptique, et, dès lors, elle pourrait impunément être en contact avec les plaies uréthro-vésicales.

L'asepsie et l'antisepsie des organes urinaires peuvent donc être pratiquées par une médication interne, qui présente une supériorité réelle sur leur antisepsie pratiquée chirurgicalement.

Il faut avouer que ces conclusions sont un peu prématurées. Si on associe le salol au cubèbe ou au copahu, il est certain que le résultat sera très favorable dans un certain nombre de cas. Le cubèbe et le copahu ont fait leurs preuves depuis longtemps.

Quant à prévenir l'apparition du rhumatisme blennorrhagique par l'administration précoce du salol, c'est une illusion qui disparaîtra devant l'évidence des faits. Il y a donc lieu d'exprimer des réserves sur le traitement de la blennorrhagie par le salol. Il faut attendre que le temps ait fait son œuvre, en mettant au grand jour les avantages et les inconvénients de ce médicament. Il y aura lieu, fort probablement, d'abandonner les espérances que fait naître la lecture du travail de M. Dreyfous.

Traitement de la pustule maligne par les injections de sublimé. — M. Poncel, dans le *Marseille médical*, publie une observation qui peut se résumer ainsi : pustule maligne datant de cinq jours. Les deux paupières gauches gangrénées. Tuméfaction considérable de la joue et de la région temporo-frontale. Température 38. Pouls mou et un peu irrégulier. Respiration anxieuse. Subdélirum.

Incision des paupières. Lavages au bichlorure de mercure. Cautérisations profondes au thermocautère. Pansement humide au bichlorure.

Le soir, la tuméfaction envahit le cou et la partie supérieure du thorax. Température 39°6. Pouls très irrégulier. Subdélirum. Injection de 3 milligrammes de bichlorure de mercure en solution au 1/1 000ᵉ en dix ou douze piqûres de un quart de seringue.

Nuit bonne. Le lendemain, pouls meilleur, enflure du cou disparue. Intelligence complète. 38°2. Injection de 4 milligrammes de bichlorure; même injection le soir.

Le surlendemain 37°2. Malade demande à manger.

Injection de 3 milligrammes de sublimé, répétée le soir, 37 degrés. Enfin, le quatrième jour, la malade se lève et sort trois jours après.

Les injections n'ont produit aucun sphacèle.

La brièveté de l'observation ne permet pas de contrôler l'exactitude du diagnostic porté par M. Poncel. Mais même en l'admettant, on doit faire quelques réserves sur l'efficacité des injections intensives de sublimé. Dans le cas actuel, la malade avait été soumise à un traitement local énergique : incision des paupières, cautérisations profondes au thermocautère, antisepsie des plaies. Ce traitement a-t-il été sans influence ou du moins n'a-t-il eu qu'une influence secondaire sur la marche de la maladie, c'est ce qu'il est impossible d'affirmer. Bien au contraire, on est tenté d'admettre que l'intervention directe sur la pustule a agi très favorablement et que les injections de sublimé n'ont eu qu'une action discutable, sinon nulle.

En résumé, il ne semble pas démontré que le sublimé absorbé par la voie sous-cutanée puisse assurer la guérison de la pustule maligne.

III

Du traitement du choléra infantile. — M. Éloy examine les différentes méthodes de traitement :

1° *Faut-il mettre l'enfant à la diète?* Oui, d'après les uns (Critzmann); non, d'après les autres (J. Simon). Ceux qui proscrivent le lait permettent l'ingestion de quelques cuillerées d'eau albumineuse ou de thé au rhum, ces boissons étant glacées, pour apaiser la soif.

Ceux qui autorisent le régime lacté rationnent ce liquide à raison d'une ou deux verrées par jour et en le coupant d'eau de Vals ou de Pougues. La cessation des vomissements ou de la diarrhée permet d'augmenter cette dose.

2° *Comment combattre la diarrhée?* L'opium, malgré le jeune âge de l'enfant, peut être employé (Cadet de Gassicourt, J. Simon et Widerhofer). Voici une formule qui peut être utile :

Extrait de ratanhia. .	50 cent. à 1 gramme.
— de kola. . . .	10 à 20 centigrammes.
Élixir parégorique . .	VIII à X gouttes.
Sirop simple.	60 grammes.

Une cuillerée à café toutes les heures.

M. Critzmann emploie de préférence la potion suivante :

Salicylate de bismuth. . . .	1 à 2 grammes.
Laudanum de Sydenham . .	I à V gouttes.
Infusion de thé.	60 grammes.
Sirop de framboises.	20 —
Rhum.	15 à 20 grammes.

3° *Quels sont les agents antiseptiques que l'on peut prescrire?* Le calomel d'abord, l'acide lactique ensuite.

Widerhofer administre le calomel de la façon suivante :

Calomel	5 à 10 centigrammes.
Sucre pulvérisé	20 centigrammes.

F. s. a. pour dix paquets. Un paquet toutes les deux heures. Cesser l'administration du calomel, s'il y a collapsus.

On n'a pas oublié qu'on a préconisé l'usage de l'acide lactique dans ces dernières années. La formule suivante est en usage dans le service de M. Grancher :

Acide lactique. . . . . 2 grammes.
Eau distillée . . . . } ââ 50 —
Sirop de framboises. . . . . }

à administrer par cuillerée à café tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures.

M. Critzmann recommande aussi les lavements d'eau bouillie et boriquée de 150 à 200 grammes, suivant l'âge de l'enfant.

4° *Comment faut-il intervenir contre le collapsus et l'algidité ?* Par les bains sinapisés, chauffés à 38 degrés et de 5 à 6 minutes de durée; par des piqûres d'éther, l'administration de la caféine à l'intérieur, ou, si ces moyens échouent, par l'injection sous-cutanée de 10 centigrammes de ce même médicament. (*Gazette hebdomadaire.*)

Élixir anti-odontalgique.

Chlorhydrate de cocaïne. . . . . 1 gramme.
Alcoolat de mélisse. . . . . . . 5 grammes.
Hydrolat de menthe . . . . } ââ 10 —
— d'anis. . . . . . . }
Teinture de cochenille. . . . . . q. s.

F. s. a. une solution.

Introduire dans la carie un petit bourdonnet d'ouate, imbibé de cette solution et en même temps frictionner la gencive avec le liquide au niveau de la dent douloureuse. (*Gazette médicale de Liège.*)

Du pansement des durillons par l'acide salicylique. — 1° Humecter le durillon d'une solution chargée d'acide salicylique;

2° Étendre à sa surface une couche de cet acide finement pulvérisé;

3° Recouvrir avec un tampon mince d'ouate salicylique, une feuille de makintosh, ou mieux de gutta-percha, et un bandage simple;

Tous les quatre ou cinq jours on renouvelle le pansement. Après un ou deux septenaires, on le lève définitivement; le durillon desséché est alors parfaitement isolable des tissus dans lesquels il est implanté. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

102. M. Benoist. Erythème vermillon syphilitique du voile du palais. — 103. M. Garnier. Des abcès chauds. Pathogénie et traitement antiseptique. — 104. M. Richer. De la périodontite expulsive et de son traitement. — 105. M. Ortholan. De quelques déformations au spina ventosa. — 106. M. Philippe. Traitement des anus contre nature. — 107. M. Girard. Considérations sur les accidents immédiats produits par l'avulsion des dents sur les racines maxillaires à l'état sain. — 108. M. Palasme de Champeaux. Du lymphadénome. — 109. M. Jolly. Influence de la scrofulo-tuberculose sur le développement de la chlorose. — 110. M. Oiry. Étude sur un cas d'envahissement du nerf cubital par un épithéliome pavimenteux lobulé. — 111. M. Kœnig. De l'artério-sclérose et des affections oculaires qui en dépendent. — 112. M. Lachèse. Les eaux minérales de Jouannette (Maine-et-Loire). — 113. M. Conzette. Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes. — 114. M. Hudelo. Lésions viscérales dans la syphilis héréditaire. Lésions du foie. — 115. M. Vaquez. Thrombose cachectique. — 116. M. Nicolle. Grandes scléroses cardiaques. — 117. M. Rieffel. Récidives et généralisations du cancer du sein chez la femme. — 118. M. Parmentier. Le foie cardiaque. — 119. M. Lion. Nature des endocardites infectieuses. — 120. M. Berthélemy. Contribution à l'étude du mal perforant dans la paralysie générale progressive. — 121. M. Mohammed Chaker. Étude sur l'hématurie d'Égypte causée par la bilharzia hæmatobia. — 122. M. Gaube. La diphthérie à Bordeaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 février 1890, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Rafin, Bègue, Champsaur, Gordon Martins, Bouveret, Chaumier, Potocki, Fortin, Estève, Nozo, Ormières, Vivien, Moliné, Périnelle, Plichon, Defaucamberge, Vinant, Lanselle, Saladin, Dubus, Pouillot, Fayol, Chesserel, Leuillieux, Sirot, Aymes, Laguens, Dubard, Lacausse, Médail, Lepers, Dulout, Godet, Dumont, Andrercy, Bassot, Stourme, Chabanet, Dameuve, Pognon, Abelous, Aujay de la Dure, Wallez, Simon.

— Par décret, en date du 27 février 1890, M. Émile Yungfleisch, professeur de chimie organique à l'École de pharmacie de Paris, a été nommé professeur de chimie générale dans ses rapports avec l'industrie, au Conservatoire des arts et métiers, en remplacement de M. Peligot, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Par décision ministérielle, en date du 25 février 1890, il a été accordé une médaille d'argent de deuxième classe à M. le docteur Frontgous, médecin à bord du *Natal*, pour le dévouement dont il a fait preuve pendant le typhon qui a assailli le *Natal*, le 1er novembre 1889, dans sa traversée de Hong-Kong à Saïgon.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 février 1890, un concours s'ouvrira le 6 novembre 1890, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale, à l'École de plein exercice de médecine de Toulouse.

— La question donnée à la première épreuve du concours pour le Bureau central a été la suivante : « Albuminurie scarlatineuse. »

— Le concours pour les places de médecins des Bureaux de bienfaisance vient de se terminer. Ont été nommés :

MM. les docteurs Cahn, Jarry, Planès, Morin, Alix, Charles, Mathieu, Barbulée, Hénocque, Gourichon, Cornet, Carret, Cazeau, Vissaguet, Bourdet, L. Laurent, Pellegrin, Devoucoux, Pichon, de Pradel, Puech, Viciot, Barbe, Duprey, Leflaive, Burill, E.-A. Laurent, Le Jaune, Thominet, Andrerey, Barthès et Dufestel.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Rondeau, préparateur des travaux pratiques de physiologie, est nommé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, chef adjoint desdits travaux.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Pic est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, préparateur du laboratoire de médecine opératoire, en remplacement de M. Pollosson, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le docteur Trépaut est institué chef de clinique médicale en remplacement de M. Décamps, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Limoges.* — Un congé sans traitement, du 1er février au 28 juillet 1890, est accordé, sur sa demande, à M. Guillaumet, suppléant.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brulfert (de Paris); Nourrigat (de Mauguio); Peillard (de Donzère) et F. Vacher (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine n'a tenu qu'une courte séance.

M. Bertrand a, de nouveau, attiré l'attention des cliniciens sur la valeur du frottement périhépatique dans le cours des affections inflammatoires du foie.

M. Moissan a signalé l'existence d'un nouvel anesthésique, le fluoroforme, que MM. Gréhant et Meslans sont en train d'expérimenter.

M. Laborde est venu signaler la différence d'action entre l'iodure de sodium et l'iodure de potassium. Il a affirmé, d'une façon générale, que les composés du sodium ont une action bien inférieure à celle des composés du potassium. Dans ces derniers temps, on avait insisté sur la toxicité des sels de potassium. L'iodure de potassium était délaissé au profit de l'iodure de sodium, sel moins toxique, disait-on. Mais M. Laborde déclare que ce dernier médicament n'a qu'une action aléatoire, tandis que l'iodure de potassium a déjà fait ses preuves. Il y a donc lieu de retenir les faits signalés par M. Laborde. Les praticiens ne devront pas craindre d'user largement de l'iodure de potassium, quand les accidents pressent, dans les cas de syphilis cérébrale, par exemple. Donner de l'iodure de sodium, c'est risquer de perdre un temps précieux.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Tumeur du sein.

Les tumeurs du sein embarrassent parfois le chirurgien le plus exercé. Je veux vous en donner la preuve en vous racontant l'histoire d'une femme de trente-sept ans, entrée le 14 novembre de l'année dernière, et que vous avez pu voir au n° 14 de la salle Gosselin.

Les antécédents héréditaires de cette malade sont nuls. Il n'y a pas eu de néoplasme dans sa famille. Je ne vous parle pas d'une fièvre typhoïde que cette femme a faite. Il suffit de signaler une fausse couche qui n'a donné lieu à aucun accident; enfin, un accouchement normal.

Il y a trois ans, cette femme éprouva une douleur assez marquée au niveau du sein gauche. Elle constata, en même temps, la présence d'une tumeur qui, dit-elle, n'a pas augmenté depuis cette époque, jusqu'à présent. Au bout de deux jours, les douleurs disparurent, mais à partir de cette époque les sensations douloureuses revinrent à chaque période menstruelle ou peu de temps après. La malade consulta un médecin qui lui donna le conseil de prendre de l'iodure de potassium et de faire des frictions sur le sein avec de l'eau sédative.

Lorsque j'ai examiné cette femme, pour la première fois, son état général était très bon. Elle présentait quelques excoriations sans importance, dues aux applications prolongées d'eau sédative. Par la palpation on constatait, à la partie supérieure du sein gauche, une petite tumeur lobulée, bien limitée, qui me parut être de bonne nature, d'autant plus que je ne trouvais pas de ganglions engorgés dans l'aisselle. Mon diagnostic provisoire était : adénome du sein.

Peu de jours plus tard, je fis un deuxième examen plus approfondi, et voici les signes que j'ai trouvés à ce moment. La tumeur est bosselée, irrégulière, dure, assez bien limitée à la périphérie, non douloureuse à la pression et du volume d'une petite noix. Le néoplasme est mobile sur les parties profondes et, quand la malade contracte son grand pectoral, la mobilité de la tumeur existe toujours.

Le mamelon n'est pas rétracté et ne donne passage à aucun liquide. Mais deux faits importants m'ont frappé : d'abord, la peau glisse bien sur les parties profondes, on peut la pincer et la soulever. Mais si on tient la peau qui recouvre la tumeur entre le pouce et l'index, et si on cherche avec l'autre main à appliquer le néoplasme contre le thorax, on constate que la peau se déprime, forme de petits capitons. Il existe donc des adhérences entre la peau et la tumeur. Le deuxième signe qui a attiré mon attention, c'est la présence d'un ganglion dans l'aisselle. En mettant le doigt sous le grand pectoral, on ne trouve aucun engorgement ganglionnaire. Mais en fouillant avec soin le sommet de l'aisselle, en ramenant les tissus de haut en bas et en les laissant échapper, on sent filer sous le doigt une petite boule dure qui ne peut être qu'un ganglion. Il faut une certaine dextérité pour reconnaître ce ganglion qui n'a pas été constaté par quelques-uns de mes élèves, mais il existe.

J'ajoute que le sein droit est absolument normal, que l'état général est bon et que les organes ne présentent aucune altération.

Cette tumeur qui, au premier abord, m'avait paru être de nature bénigne, est décidément un néoplasme malin.

Le traitement est donc tout indiqué. Il s'agit d'extirper totalement la mamelle et de faire le curage de l'aisselle.

Je veux, à propos de ce cas, soulever un point de doctrine qui n'a pas encore reçu une solution définitive. La tumeur en question date de trois ans et était aussi volumineuse que maintenant. Est-ce un cancer à marche lente ou est-ce une tumeur primitivement bénigne, qui a subi des modifications dont le résultat est la transformation du néoplasme de bonne nature en néoplasme malin ? Je n'en sais rien. Je n'ai aucun motif pour adopter l'une de ces hypothèses de préférence à l'autre. Mais il est un point de pratique que je veux vous indiquer, afin que vous en fassiez usage à l'occasion. N'oubliez pas que, si vous faites le diagnostic d'adéno-fibrome du sein, que si, par suite, vous donniez le conseil à votre malade de garder son néoplasme, n'oubliez pas de lui recommander de venir vous voir de temps en temps. Car vous savez que certaines tumeurs qui présentaient tous les caractères des néoplasmes de bonne nature ont fini — parfois, après une très longue évolution — par se transformer en néoplasmes malins. C'est là l'enseignement que vous devez retirer de cette leçon.

TRAITEMENT DU CHANCRE SIMPLE

ET DE SES COMPLICATIONS (1)

Par M. le docteur A. Morel-Lavallée,

Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine.

V

Si le médecin, consulté, trouve un bubon chancreux en pleine activité, il devra nécessairement le traiter comme un chancre simple, au moyen des topiques dont nous avons plus haut donné l'énumération. Mais ici, il convient de remarquer une chose : c'est qu'on n'a plus affaire à une ulcération à ciel ouvert, telle qu'elle se présente sur la verge, mais à un ulcère avec décollements, avec des jetées fistuleuses (bubon « à soufflet », etc.), ou, en tout cas, à une « caverne » chancreuse, pourvue d'anfractuosités toujours difficiles à atteindre. Il en résulte qu'aucun badigeonnage, aucune application de poudre ne pourra atteindre sûrement *toute la surface* virulente ; il va donc se reproduire là ce que nous avons dit à propos de la destruction du chancre par les caustiques, c'est-à-dire que l'influence thérapeutique sera annihilée par la persistance d'un ou de deux points demeurés virulents, qui, en vingt-quatre heures, réinoculeront toute la surface assainie. Deux choses nous paraissent donc formellement indiquées : l'intervention chirurgicale, s'il y a des décollements appréciables, et l'emploi des pansements liquides.

Les fistules, les « galeries » sous-cutanées seront ouvertes sur la sonde cannelée, soit au thermocautère (dont on usait exclusivement, il y a quelques années, pour éviter l'inoculation de la peau sectionnée), soit au bistouri dont l'emploi n'est plus à craindre avec le procédé que nous indiquons. Les bords de l'ulcère, qui seraient trop décollés et se recroquevilleraient, seraient enlevés de la même façon ; puis, la plaie étant à ciel ouvert, on fera une application de solution de nitrate d'argent à un trentième, dont on remplira la cavité, que l'on pansera ensuite, soit en la recouvrant d'ouate hydrophile, soit en la bourrant d'iodoforme après étanchement. L'anesthésie locale pourra être obtenue, pour l'opération comme pour le pansement, avec l'emploi de la cocaïne.

Mais, de même que l'on ne peut jamais être certain d'avoir avec la cautérisation « tué » d'un seul coup un chancre simple, de même ici, nous ne serons jamais sûr d'avoir « modifié » tous les recoins de la cavité ; aussi continuerons-nous, les jours suivants, d'avoir recours au même mode de pansement, à savoir avec un topique liquide. On pourra remplacer le nitrate d'argent par la solution éthérée d'iodoforme, mais son usage est beaucoup plus douloureux, surtout au niveau de la peau, aussi ne pourra-t-on se dispenser de faire préalablement, par exemple avec un compte-gouttes, l'instillation de solution cocaïnée, dont on tiendra quelques instants remplie la cavité de l'ulcère.

Quand le chancre ganglionnaire sera transformé en plaie simple, on pourra revenir aux topiques pulvérulents, dont l'emploi est plus facile et moins douloureux.

Le *phagédénisme* est une complication rare. Il est plus fréquent pour le chancre simple que pour le chancre syphilitique, mais plus fréquent aussi pour le bubon chancreux que pour le chancre simple lui-même. Étudions rapidement ce que l'on sait de son étiologie, afin d'en tirer, si possible, quelques principes de prophylaxie.

Bien que le chancre phagédénique, inoculé, reproduise quelquefois un chancre phagédénique, il ne semble pas que le phagédénisme soit l'effet d'un virus spécial ; ce paraît plutôt être une « manière d'être » de l'ulcère, dérivant de conditions inhérentes au malade, à savoir toutes les causes d'affaiblissement (misère, excès, alcoolisme, âge avancé) ; toutes les causes locales d'irritation du chancre (malpropreté, application de corps gras et surtout de pommades mercurielles, paraphimosis, etc.) [Fournier]. Mais il est aussi nombre de causes qui nous échappent encore dans la genèse du phagédénisme : pourquoi, par exemple, alors qu'un sujet a dix ou douze chancres mous, un seul de ceux-ci devient-il phagédénique ? Pourquoi, un chancre se cicatrisant, son bubon devient-il phagédénique, ce qui est même le cas le plus fréquent, en ce sens que, nous l'avons dit, le phagédénisme chancrelleux provient plus souvent du bubon que du chancre (Fournier) ? Ce sont là autant de points qui restent à éclaircir avant de pouvoir formuler une thérapeutique invariable pour cette affection.

La première chose à faire, en présence d'un phagédénisme chancreux, est de rechercher les causes de cette complication : dix-neuf fois sur vingt, d'après M. Fournier, elle a pour origine une irritation prolongée de la plaie ; on connaît le cas de Melchior Robert, dans lequel on trouva, comme cause, un tampon de charpie resté dans une anfractuosité de l'ulcère : le débridement du cul-de-sac et l'ablation du corps étranger firent cesser, comme par enchantement, le phagédénisme.

Comme topiques locaux, on emploiera tous ceux préconisés pour le chancre simple. Mais, par-dessus tout, comme le conseille M. le professeur Fournier, on devra recourir à la balnéation : grands bains répétés tous les jours et prolongés pendant une, deux, voire trois heures. Il est rare que cette double médication, jointe à des soins locaux, attentifs, ne vienne pas à bout du phagédénisme

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 224.

chancreux. Quant à la méthode de la cautérisation destructive — par le feu ou par les caustiques liquides — nous ne ferons ici que la signaler en passant, attendu qu'on doit la réserver pour les cas très rares de phagédénisme galopant ou exceptionnellement rebelle, et qu'on ne peut l'employer que si l'on est sûr de ne pas avoir à redouter de trop grands délabrements, sûr également de ne pas rencontrer d'organe important, artère ou nerf, menacé de destruction par le caustique.

CHIRURGIE PRATIQUE

De l'asepsie des instruments employés dans le cathétérisme de l'urèthre.

Nous avons rappelé, dans l'un des précédents numéros (1), comment M. Poncet (de Lyon) obtenait l'asepsie de ses différentes variétés de sondes et de cathéters. La question mérite d'être reprise à nouveau, à cause de son importance éminemment pratique, et de la nécessité où se trouve chaque médecin d'obtenir constamment cette asepsie instrumentale.

Notre étude, d'ailleurs fort courte, car elle mettra de côté toute discussion théorique, se bornera aux deux points suivants :

1° L'asepsie des instruments introduits dans les voies urinaires est-elle indispensable et toujours nécessaire? Quels sont les accidents qui, sans elle, pourraient survenir?

2° Par quels moyens cette asepsie peut-elle être promptement et facilement obtenue?

I

Il peut sembler étrange, à un chirurgien de profession, que la première question que nous avons soulevée puisse même être posée : L'asepsie des sondes et cathéters est-elle indispensable? Cependant, si, quittant le milieu scientifique de nos grands hôpitaux, il fait appel à son souvenir, aux constatations qu'il a pu faire dans ses différentes excursions en province ou même dans la pratique ordinaire de Paris, il voudra bien convenir que l'asepsie des sondes destinées à être introduites dans le canal de l'urèthre n'est, habituellement, pas faite. Et même, sans quitter l'hôpital, si le chirurgien voulait passer dans quelques services médicaux, ses voisins, il pourrait constater la manière dont sont trop souvent pratiqués les cathétérismes.

Le patient est placé dans la bonne position. Une sonde est apportée, de volume et de longueur convenables, on l'enduit d'un corps gras, huile ou vaseline, suivant le lieu, et sans plus de façon, elle est poussée dans le canal de l'urèthre. Le chirurgien, rompu à l'asepsie, doutera peut-être de la véracité du fait que nous avançons, mais, d'autre part, un grand nombre des praticiens qui nous liront, se demanderont ce que nous voulons bien dire avec ces mots : asepsie des sondes et instruments uréthraux. C'est, qu'en effet, depuis le début de leur pratique, ils sont habitués à agir comme nous venons de le dire, et ils ont apporté, dans l'exercice de leur profession, la façon de faire que leurs maîtres d'alors leur avaient enseignée. Depuis des années, ils agissent toujours de même; la sonde, dont ils ont à se servir, est mise dans leur trousse, voire même dans leur poche, et, après avoir été huilée, elle est immédiatement mise en usage. Essuyée et serrée souvent dans la table de nuit du malade, elle est employée le lendemain et les jours suivants, sans plus de précautions.

Il faut bien le dire, c'est ainsi qu'agissent encore l'immense majorité des médecins, et ceci, pour deux raisons : la première, nous l'avons mentionnée, c'est qu'en quittant, il y a quelques années, le lieu où ils avaient étudié, c'est de la sorte qu'ils ont toujours vu procéder; la deuxième, c'est que si la lecture de quelques articles spéciaux a pu leur enseigner qu'il convenait peut-être de prendre plus de précautions, ils ne sont pas très bien convaincus des inconvénients et des dangers qu'il y a dans leur façon de procéder.

A cette ignorance des dangers, il y a encore deux motifs : le premier, c'est que bien souvent le cathétérisme banal, tel qu'il est pratiqué, est sans danger et sans inconvénient immédiat; le deuxième c'est que, lorsqu'il survient des accidents, les anciens errements de la chirurgie les attribuent à toute autre cause.

La première proposition, que nous venons d'émettre, est incontestable. Bien souvent le cathétérisme, régulièrement pratiqué, sans violence et sans brusquerie, n'entraîne, même sans autre précaution prise, aucune conséquence à sa suite. De là, cette idée de l'innocuité absolue du cathétérisme banal.

Cette innocuité tient soit à la propreté tout accidentelle de la sonde, soit à ce que le patient n'est pas en état de réceptivité, mais elle n'existe pas toujours et fréquemment, trop fréquemment, surviennent des accidents. L'urine qui, lors des premiers cathétérismes, était claire, devient trouble, puriforme, visqueuse, ammoniacale. On en était quitte pour dire qu'il était survenu un *catarrhe* de la vessie, lésion, qu'en général, on attribuait à l'affection des voies urinaires qui avait nécessité le cathétérisme. Souvent, après l'emploi réitéré de la sonde, le méat était devenu rouge, sensible; la muqueuse uréthrale, elle-même, s'était enflammée, une sécrétion purulente s'était établie, et l'on avait dit il y a une *uréthrite*, due à l'*irritation* produite par le passage de la sonde. Mais ce n'est pas tout, le lendemain d'un cathétérisme qui n'avait cependant rien présenté d'anomal et qui s'était régulièrement effectué, était survenu du gonflement douloureux du scrotum et du testicule. Cette fois, comme pour l'uréthrite, on n'a pas cherché à justifier le cathétérisme de cette complication, et on a même appelé cette orchite : *orchite du cathétérisme*. Mais cet accident, qu'on observait quelquefois, était considéré comme pouvant survenir, sans qu'on sache bien comment, dans n'importe quelle modalité du cathétérisme. On enregistrait cet accident, on ne l'expliquait pas, et on ne faisait rien pour le prévenir. S'il survenait des abcès de la prostate, — fait d'ailleurs rare, — on admettait que l'irritation produite avait été trop intense.

Ainsi, on le voit, ces accidents locaux du cathétérisme banal étaient enregistrés, mais attribués pour ainsi dire à une action mécanique de l'instrument : c'était une irritation produite sur la muqueuse par le contact et le passage répété d'un corps étranger.

Mais les accidents généraux, qui survenaient dans le cours de ces cathétérismes, étaient encore bien plus méconnus dans leur nature intime; la *fièvre urineuse*, avec ses types variés, — soit l'accès franc aigu, semblable à l'accès d'une fièvre intermittente, soit la fièvre lente, type continu, — était attribuée à la résorption de l'urine malade, par une éraillure de la muqueuse uréthrale ou vésicale, ou, d'après une autre théorie, à une congestion réflexe venant arrêter la sécrétion rénale. On a beaucoup discuté pour savoir laquelle de ces théories était la vraie, et l'on admettait que ces opinions contenaient toutes deux une part de vérité. Or, en réalité, ni l'une ni l'autre ne donnait la clef de la question.

On le voit, accidents locaux, accidents généraux survenant chez les urinaires en cours de cathétérisme, rien, dans ce qui était jusqu'ici écrit et enseigné, n'avait rapport à la propreté ou à la malpropreté des instruments employés. Et cependant, il n'y a pas de doute, tout est là, et tous ces accidents dont nous venons de parler n'ont qu'une cause : l'*infection des voies urinaires*.

Le fait est aujourd'hui indiscutablement établi par les recherches de l'École de Necker et, en particulier, de MM. Clado, Albarran et Hallé. Ceux qui voudraient avoir sur cette question une notion plus précise, n'auraient qu'à lire une remarquable clinique que M. Tuffier a consacrée à ce sujet. Mais pour nous, nous plaçant ici sur le terrain exclusivement pratique, ne voulant voir que le fait aujourd'hui expérimentalement et cliniquement établi, nous pouvons dire :

Tous ces accidents, dont on ignorait autrefois l'origine, qu'on attribuait soit à une action mécanique de la sonde, soit à l'évo-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 163.

lution naturelle de la maladie des voies urinaires, tous ou presque tous ces accidents sont dus au défaut de propreté des instruments employés.

Une sonde propre, aseptique, quelque fréquent que soit son emploi, ne détermine jamais ni cystite purulente, ni uréthrite, ni orchite, ni abcès uréthral, ni accès de fièvre urineuse (1).

C'est là un axiome de la vérité duquel la pratique de chaque jour nous convainc davantage. A Paris, dans nos centres hospitaliers, facilement infectables, l'oubli de cette vérité expose à des désastres. En province, à la campagne, le danger, pour être moins imminent, n'en est pas moins réel. C'est ce dont sera convaincu le médecin consciencieux qui saura bien analyser, et rapporter, à leur juste cause, les accidents qu'il aura pu observer chez les malades confiés à un cathétérisme négligé.

II

Quels moyens convient-il donc de prendre pour assurer cette asepsie du cathétérisme ?

Si on nous le permet, nous négligerons la série des procédés employés dans les services hospitaliers, où des dispositions particulières, des étuves, des liquides antiseptiques variés sont à la disposition du chirurgien, d'ailleurs déjà instruit des différents moyens dont il dispose. Nous nous bornerons seulement à décrire quels sont les procédés usuels permettant d'obtenir facilement et constamment cette asepsie nécessaire, et comment il convient de pratiquer le cathétérisme.

Les instruments métalliques sont les plus faciles à désinfecter. *L'ébullition dans l'eau simple, dans l'eau salée, doit être considérée comme donnant pratiquement les garanties suffisantes.* Il est certain que l'ébullition dans l'eau phéniquée, en solution forte, est préférable, mais il est souvent impossible au praticien d'avoir toujours cette solution à sa portée et en quantité suffisante.

Mais l'usage de ces instruments métalliques est relativement restreint et, le plus souvent, ce sont des sondes molles ou demi molles qu'il convient d'employer.

La sonde molle en caoutchouc rouge, dite *sonde de Nélaton*, dont l'usage est, à juste titre, le plus répandu, est des plus faciles à désinfecter et à conserver rigoureusement propre. On peut soit la plonger quelques secondes dans l'eau bouillante, soit la conserver dans des solutions antiseptiques fortes comme l'acide phénique à 5 p. 100, ou le sublimé en solution au millième. Il est bon de recommander de laver les sondes, ainsi stérilisées, dans de l'eau *bouillie* ou boriquée, avant de s'en servir. Ces solutions antiseptiques fortes, qui humectent la sonde, seraient trop irritantes pour la muqueuse uréthrale.

Une façon simple de procéder nous paraît la suivante : la sonde ayant été plongée quelques secondes dans l'eau bouillante, est retirée avec une pince propre, c'est-à-dire flambée, et mise dans un flacon contenant une solution saturée d'acide borique. Un fil a été préalablement attaché à l'extrémité de la sonde, si l'on a soin de le fixer dans une incision faite au bouchon du flacon, on peut ainsi facilement retirer la sonde sans y toucher. De là, si on veut l'utiliser, on peut la placer dans un flacon plus petit, facilement transportable, et dont l'idéal nous paraît réalisé par un tube à urine un peu long. Il va sans dire que les différents récipients, flacons, tubes à urine, auront été préalablement stérilisés. Il est ainsi pratiquement facile d'avoir toujours d'avance un flacon contenant plusieurs sondes.

Les sondes ou bougies demi-molles, dont l'emploi est, cependant aussi, si fréquent, sont plus difficiles à maintenir absolument aseptiques, car la gomme, dont leur tissu est imprégné, s'altère facilement par le séjour prolongé dans l'eau, pure ou tenant en solution un principe médicamenteux. M. Tuffier rapporte un procédé ingénieux, dû à M. Delagenière, et qui permet d'obtenir rapidement, et à peu de frais, la stérilisation d'une sonde en gomme.

Voici comment il convient de procéder :

La sonde ou les sondes sont placées dans des tubes, dont l'extrémité libre est oblitérée par un tampon d'ouate hydrophile. Le tube est alors porté dans l'eau bouillante, où il séjourne environ une demi-heure, de façon à ce que la température intérieure du tube soit maintenue à 100 degrés pendant ce temps. Le tube est retiré et l'on peut considérer que la chaleur a suffisamment stérilisé les sondes.

Cependant, si l'on tient compte des opinions qui ont été émises, lors de discussions récentes à la Société de chirurgie, il sera plus prudent, toutes les fois que la chaleur ou l'eau bouillante seraient employées comme agent de désinfection, de répéter deux et trois fois leur emploi à vingt-quatre heures d'intervalle. Il est, en effet, démontré, que la température de 100 degrés qui détruit les bactéries adultes est sans action sur les spores. Une deuxième ébullition faite le lendemain de la première, une troisième faite le surlendemain détruisent à coup sûr les spores qu'avait respectés la première ébullition, et qui, se transformant et évoluant vers l'état adulte, sont détruits les jours suivants par la deuxième et la troisième ébullition.

C'est de cette même façon que la vaseline peut être asepsiée, il suffit de la maintenir pendant une demi-heure à une heure dans un tube, plongé dans l'eau bouillante.

Les procédés que nous venons d'indiquer nous semblent simples et pratiques. Bien qu'ils constituent pour le médecin peu habitué à de semblables précautions une gêne et un ennui nouveaux, il n'hésitera pas, cependant, à les employer dès qu'il sera convaincu du danger considérable que fait courir, au patient, un cathétérisme négligemment pratiqué.

III

Maintenant que le médecin se trouve en possession d'instruments propres, comment doit-il pratiquer le cathétérisme? C'est la dernière question qui nous reste à résoudre.

Si le canal uréthral qui va être cathétérisé est indemne de toute infection, les précautions à prendre sont minimes. Le médecin, après avoir pris pour lui-même les soins de propreté habituels, lavé et savonné et bien nettoyé ses mains, procédera au nettoyage et au lavage du méat, trop souvent malpropre chez les malades peu soigneux et qui porte fréquemment les germes d'une contamination, que la sonde, en s'introduisant dans le canal, va porter profondément. Ce lavage doit être fait avec une solution de sublimé, si la chose est possible, et, à défaut de cette solution, avec de l'eau simplement bouillie.

Si le canal est déjà infecté, il est de toute nécessité de le nettoyer avant de procéder à la moindre tentative de cathétérisme. Un lavage avec une solution saturée d'acide borique devient indispensable. Après quoi, on peut faire pénétrer une sonde jusque dans la vessie. L'oubli de cette précaution a été maintes fois l'occasion de cystites plus ou moins aiguës.

En résumé, il ne faut pas voir, dans le cathétérisme des voies urinaires, une chose banale, mais bien un véritable acte chirurgical, qui, malgré sa bénignité apparente, peut être la source, jusqu'ici ignorée, de bien des dangers. A. Ricard.

(1) A cet axiome ainsi formulé, il faut un correctif, et il convient d'ajouter : à condition que les voies urinaires ne soient pas préalablement infectées, sans quoi la sonde, même aseptique, peut produire une auto-inoculation, en puisant des principes infectieux dans les voies mêmes qu'elle est chargée de traverser.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mars 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Vergely (de Bordeaux) au titre de correspondant national (division de médecine) ;

2° Des mémoires de MM. les docteurs Blaise, Baudouin et

Klein, médecins militaires; Lacay, Denizet (de Château-Landon), Plouquet (d'Ay), Ratier (de Saint-Benoît-du-Sault), Leloir (de Lille) et Berger (Émile).

COMMUNICATIONS

Frottements périhépatiques et abcès du foie. — M. BERTRAND. On omet, d'habitude, de parler du frottement périhépatique dans la symptomatologie de l'hépatite suppurée.

On perçoit ce frottement en appliquant l'oreille et la main au niveau du septième ou du huitième espace intercostal sur la ligne axillaire antérieure et ce siège semble en indiquer l'origine péritonéale.

Ce frottement, il est vrai, peut être dû à l'inflammation de la plèvre, mais cela importe peu, car la pleurésie sèche, qui peut donner naissance à ce frottement, est elle-même due à une périhépatite.

La périhépatite est un phénomène secondaire. Quand le frottement apparaît, on peut affirmer que le sinus costo-diaphragmatique est oblitéré et qu'il existe une inflammation circonscrite et adhésive du péritoine. Le frottement périhépatique est la preuve de l'existence de l'abcès du foie.

Ce signe est d'autant plus précieux qu'il sert beaucoup pour affirmer le diagnostic de suppuration hépatique. Mais il démontre, en outre, que la glande hépatique se trouve fixée par des adhérences à la paroi abdominale, par l'intermédiaire du péritoine. Cette constatation constitue un renseignement de valeur, quand le chirurgien veut ouvrir l'abcès par la méthode de Stromeyer-Little modifiée.

Le maximum de frottement correspond au maximum de la douleur.

De l'étude qui précède, on peut tirer cette conclusion, que chez les malades supposés atteints d'hépatite suppurée, il faut ausculter, non seulement l'appareil respiratoire, afin de ne pas être surpris par une migration thoracique du pus, mais encore et surtout le foie, ou si l'on préfère le péritoine, pour diagnostiquer l'abcès lui-même.

Propriétés anesthésiques des fluorures d'éthyle et de méthyle. Fluoroforme. — M. MOISSAN. Le chlorure d'éthyle peut donner lieu au sommeil anesthésique. Ce fait a été signalé, dès 1831. M. Moissan a comparé les effets du chlorure et du fluorure de méthyle.

Quand un cobaye respire dans une atmosphère contenant 6 à 7 p. 100 de fluorure, l'animal meurt. Si on se sert du chlorure de méthyle, l'anesthésie apparaît dès que la proportion de gaz atteint la proportion de 8 p. 100.

Le fluorure d'éthyle ne semble pas devoir être rangé dans la classe des anesthésiques.

Par contre, le fluorure de méthyle peut produire l'anesthésie. L'action du fluorure de méthyle établit un curieux parallélisme entre les produits similaires chlorés et fluorés. L'anesthésie obtenue avec le fluorure de méthyle n'est pas accompagnée de phénomènes d'excitation.

MM. Gréhant et Meslans ont déjà obtenu des résultats importants, à l'aide d'un nouvel agent anesthésique : le fluoroforme.

Iodure de potassium et iodure de sodium. — M. LABORDE. Il ne faut pas substituer, comme on l'a fait, l'iodure de sodium à l'iodure de potassium, le chlorate de soude au chlorate de potasse.

L'iodure de sodium a une action bien inférieure à celle de l'iodure de potassium.

Comment l'iodure de potassium agit-il sur le cœur? M. Laborde a étudié l'effet de ce médicament sur le cœur. Il a voulu savoir si l'iodure de potassium portait son action directement sur la fibre cardiaque.

En se basant sur ses expériences, M. Laborde arrive à conclure que l'iodure de potassium n'agit pas directement sur la fibre cardiaque. L'iodure de potassium n'a pas une action primitive sur le cœur; le médicament agit d'abord sur le système nerveux central. C'est celui-ci qui, à son tour, agit sur le cœur.

L'effet de l'iodure de potassium se porte de préférence sur la région bulbo-myélitique. Il se produit des phénomènes de contraction et de tétanisation, d'où élévation de la pression sanguine et augmentation du travail du cœur.

La conclusion à tirer de ce fait, c'est que l'expérimentation physiologique doit servir de base à la thérapeutique. Les sels de sodium sont bien inférieurs aux sels de potassium.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la première division (médecine).

MM. Henrot (de Reims) et Villard (de Marseille) sont élus.

COMMISSIONS DE PRIX POUR 1890

L'Académie procède à la nomination, par le scrutin, des Commissions de prix pour l'année 1890. Voici, d'après le résultat du scrutin, quelle est la composition de ces Commissions :

Prix de l'Académie. — MM. Hardy, Vidal et Besnier.
Prix Alvarenga. — MM. Javal, Laboulbène et Sée (Marc).
Prix Amussat. — MM. Guérin, Cusco et Rochard.
Prix Barbier. — MM. Empis, Leblanc et Le Roy de Méricourt.
Prix Buignet. — MM. Gautier, Gariel et d'Arsonval.
Prix Capuron. — MM. Tarnier, Fournier et Budin.
Prix Civrieux. — MM. Villemin, Jaccoud et Peter.
Prix Daudet. — MM. Sée (Germain), Bouchard et Guéniot.
Prix Desportes. — MM. Moutard-Martin, C. Paul et Dujardin-Beaumetz.
Prix Falret. — MM. Charcot, Ball et Blanche.
Prix Godard. — MM. Ranvier, Ollivier et Lancereaux.
Prix Herpin. — MM. Larrey, Verneuil et Trélat.
Prix Laborie. — MM. Le Fort (Léon), Labbé et Lannelongue.
Prix Laval. — MM. Brouardel, Regnauld et Tillaux.
Prix Lefèvre. — MM. Luys, Potain et Mesnet.
Prix Meynot. — MM. Panas, Richet et Le Dentu.
Prix Monbinne. — MM. Nocard, Polaillon et Worms.
Prix Orfila. — MM. Colin (Léon), Proust et Cornil.
Prix Perron. — MM. Féréol, Duval et Hérard.
Prix Portal. — MM. Duplay, Guyon et Bucquoy.
Prix Pourat. — MM. Marey, Laborde et Hayem.
Prix Saint-Paul. — MM. Sappey, Bourdon et Magitot.
Prix Stanski. — MM. Trasbot, Siredey et Robin.
Prix Vernois. — MM. Goubaux, François-Franck et Lagneau.

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. d'Arsonval sur les titres des candidats à la place déclarée vacante parmi les associés libres.

La liste de présentation est fixée ainsi qu'il suit : en première ligne M. Lereboullet; en deuxième ligne M. Rivière; en troisième ligne M. Michon; en quatrième ligne *ex æquo* MM. Blache et Corlieu; en cinquième ligne M. Galezowski.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Empiriques et charlatans (XVIe et XVIIe siècles) (1).

Par M. Victor Fournel.

IV

Il serait sans doute excessif de ranger purement et simplement parmi les empiriques, Helvétius, le *médecin hollandais*, grand-père du philosophe. Il avait fait ses études à Leyde, mais, après être venu à deux reprises en France pour y vendre des poudres

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 233.

mystérieuses, de la composition de son père, il dut sa vogue à un médicament dont il garda longtemps le secret, qu'il consentit enfin à divulguer par ordre de Louis XIV et sur paiement d'une gratification de mille louis d'or. C'était la racine d'ipécacuanha, rapportée du Brésil en France quelques années auparavant, mais tombée en discrédit, puis oubliée à la suite de fâcheux débuts, et dont un droguiste lui avait cédé quelques livres. Après avoir expérimenté *in animâ vili*, il fit afficher sur les murs de Paris que « le médecin hollandais, après une longue recherche et de profondes méditations, ayant enfin trouvé le véritable spécifique pour la guérison du flux de sang et la manière de le préparer, ce qui est de la dernière importance, avertit le public qu'il demeure rue ... et donnera son remède à prix raisonnable ». Le bruit des guérisons opérées par le médecin hollandais ne tarda pas à se répandre de proche en proche. Bientôt on ne parla plus que de lui. Malgré l'opposition de Daquin et de Fagon, le roi lui accorda le privilège de travailler à l'Hôtel-Dieu comme les médecins de la Faculté de Paris. A trente-deux ans, il avait déjà amassé plus de cent mille écus (1).

« Bon et honnête homme, homme de bien, droit et de bonne foi, ...guérissant beaucoup de gens rebutés ou abandonnés des médecins, et surtout les pauvres, qu'il traitoit avec une grande charité, » il ne se contentait pas de recevoir ceux qui se présentaient chez lui tous les jours à heure fixe, il leur fournissait les remèdes et souvent la nourriture (2). Il excellait particulièrement dans le traitement des dévoiements invétérés, des flux de sang, des dysentéries et des petites véroles.

On n'a que le choix, alors, entre les empiriques et entre les nationalités. Passons maintenant de la Hollande à l'Italie.

Mme de Sévigné parle souvent, avec beaucoup de verve et de bonne grâce, du joli médecin Amonio ou Ammonio, dont les yeux, les dents, le teint, les boucles noires lui paraissaient les plus charmants du monde, et qui, lorsqu'elle le connut pour la première fois, en 1676, était établi à l'abbaye de Chelles où il avait un jardin de simples et où sa présence paraît avoir jeté la discorde parmi les religieuses.

Ce chevalier d'industrie, intrigant comme pas un, fils d'un bonnetier de Bologne et théatin défroqué, s'il faut en croire Saint-Simon, neveu d'un camérier d'Innocent XI, selon Mme de Sévigné, fit tous les métiers et porta tous les noms. Il s'appela encore Primi, Visconti, le comte de Saint-Mayol. Il devinait l'avenir, interprétait l'écriture des gens, s'occupa de diplomatie, de négociations, d'inventions, de finance et, somme toute, fut surtout un type accompli de charlatan. En 1679, il se présentait dans le *Mercure galant* comme ayant la spécialité d'arrêter les fièvres continues. Il possédait une foule de secrets, entre autres celui de rajeunir les vieillards par la *distillation* d'un homme vivant : il ne s'agissait que de trouver un vivant qui consentît à se laisser distiller. Il fut soupçonné d'avoir empoisonné Mlle de Fontanges en 1681. La vie d'Ammonio ou de Primi, comme il est non moins souvent appelé, fournirait aisément matière à tout un volume et, si jamais on l'écrivait, on y verrait de pied en cape le chevalier d'industrie propre à tout, d'un entregent, d'une souplesse, d'un esprit de ressources et aussi d'une variété d'aptitudes extraordinaires, jetant à pleines poignées de la poudre aux yeux, n'éprouvant jamais ni hésitation, ni scrupule, changeant d'état et même de nom comme d'habit et, dans chacune de ses incarnations, faisant toujours de nouvelles dupes (3).

Son compatriote Caretti, qui vint en France un peu après Ammonio, ne se dispersa pas comme lui et porta tout l'effort de son intelligence et de son intrigue sur la médecine. En cette fin du siècle qui fut l'âge d'or des empiriques, il tint sans conteste le premier rang et occupa plus que tout autre de sa personne et de ses cures les cent bouches de la renommée. La Bruyère l'a immortalisé sous le nom de Carro-Carri :

« Carro-Carri débarque avec une recette qu'il appelle un prompt remède et qui quelquefois est un poison lent. C'est un bien de famille, mais amélioré en ses mains. De spécifique qu'il étoit contre la colique, il guérit de la fièvre quarte, de la pleurésie, de l'hydropisie, de l'apoplexie, de l'épilepsie. Forcez un peu votre mémoire ; nommez une maladie, la première qui vous viendra en l'esprit : l'hémorrhagie, dites-vous? il la guérit. Il ne ressuscite personne, il est vrai; il ne rend pas la vie aux hommes, mais il les conduit nécessairement jusqu'à la décrépitude, et ce n'est que par hasard que son père et son aïeul, qui avoient d'ailleurs ce secret, sont morts fort jeunes. — Un autre charlatan, écrit-il encore ailleurs, arrive de delà les monts avec une malle; il n'est pas encore déchargé que les pensions courent, et il est près de retourner d'où il arrive avec des mulets et des fourgons (1). »

On voit quel rapide et brillant chemin avait fait Caretti et combien ses succès étaient lucratifs. Mme de Sévigné est encore là pour nous renseigner. Elle nous en parle d'abord avec faveur, lorsqu'il soignait Mme de Coulanges en 1694 : « Il lui fait prendre des médecines et des eaux de Saint-Mion, dans lesquelles elle fait tomber sept gouttes d'une liqueur qui fait tous les miracles dont vous avez entendu parler. » Elle ne peut se passer de lui, et le bruit de son départ la désole. On le choie, on lui fait la cour, on lui ménage des parties. Mais bientôt les choses se gâtent par les importunités et les impertinences du personnage. Et lorsque Mme de Coulanges, après avoir été soignée quelque temps par lui, le remercia en lui envoyant « une tabatière d'or pesant deux cents écus et coûtant dix louis de façon...le *marquis* (comme on l'appelait souvent à cause de ses prétentions nobiliaires) n'a pas daigné seulement venir l'en remercier et a publié qu'elle lui avait fait un présent où il y avait plus d'invention que de magnificence : il prétend lui avoir donné pour deux cent cinquante pistoles de bouteilles [de son élixir] (2). »

Mme de Sévigné a francisé son nom et l'appelle Carette ; Dangeau, après avoir débuté par l'appeler Caretto, finit par l'appeler Caret; Saint-Simon lui garda d'abord son vrai nom de Caretti et l'appela ensuite Caret comme Dangeau. Il avait, nous dit-il, « de l'esprit, du langage, de la conduite ». La cure de Caderousse, « depuis longtemps désespéré de la poitrine, » l'avait mis « sur un grand pied ». Celle de la Feuillade, «abondonné solennellement des médecins, qui le signèrent, et que Caretti ne voulut pas entreprendre sans cette formalité, » acheva sa réputation, qu'ébranla pourtant un peu, mais sans la détruire, la mort successive de plusieurs de ses malades de qualité, Mlle de Monlouet, le jeune de Bréauté, le duc de Luxembourg. « Enrichi et en honnneur en dépit des médecins, et avec des amis considérables, il se mit à faire l'homme de qualité et à se dire de la maison Caretti, héritier de la maison Savoli, » dépouillé de ses droits par des usurpateurs. On se moqua de lui ; il persista et après avoir fait quelques voyages à Bruxelles et quelques cures en Pays-Bas, il repassa par la France, se rendant en Italie, non sans soigner encore force malades au passage : « C'est une cruelle chose, écrivait Mme de Sévigné à ce propos, que de mettre sa vie entre les mains d'un médecin qui croit fermement qu'il va prendre possession d'une souveraineté en Italie (3). » Ses prétentions paraissaient d'autant plus chimériques qu'il ne se hâtait pas d'aller les réaliser; mais, quatre ou cinq ans après son départ, lorsqu'on commençait à ne plus penser à lui, on fut tout surpris de recevoir par l'intermédiaire du grand-duc de Toscane, à qui Monsieur l'avait recommandé, la nouvelle qu'il venait de gagner son procès et de faire reconnaître ses droits (4).

(1) Vigneul-Marville. *Mélanges d'histoire et de littérature*, t. I, 42-5. In-12, 1700.

(2) *Mémoires de Saint-Simon*, t. II, 164. In-12.

(3) M. Desnoiresterres, dans ses *Cours galantes*, t. III, p. 277 et suiv., a consacré au personnage une dizaine de pages curieuses.

(1) *De quelques usages. Des jugements.* — La clef indique Caretti pour ce dernier passage comme pour le premier.

(2) Lettres du 23 juin au 1er septembre 1694.

(3) Lettre du 5 juillet 1694.

(4) *Mémoires de Saint-Simon*, t. I, p. 357. In-12.

« L'émulation de cet homme, concluait La Bruyère après avoir tracé son portrait, a peuplé le monde de noms en *o* et en *i.* » Mais après lui il faut tirer l'échelle; aucun ne mérite d'être nommé à sa suite, et l'illustre Caretti doit clore la liste des charlatans étrangers pendant le XVIIe siècle.

— La question posée pour le prix de l'hygiène de l'enfance (1000 francs) pour 1891 est : « Déterminer quels sont dans l'allaitement artificiel des enfants du premier âge, la valeur et les effets, soit du lait cru et tiédi au bain-marie, soit du lait bouilli. »

Les mémoires devront être adressés à l'Académie de médecine avant le 1er mars 1891, terme de rigueur.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu le samedi 8 mars, à huit heures et demie très précises du soir, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, et 14, rue des Poitevins. « Les chemins de fer à fortes rampes », par M. L. Baclé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Des métrites, par M. F. DE GRANDMAISON, interne des hôpitaux de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

REVUE GÉNÉRALE

Des métrites.

Par M. F. DE GRANDMAISON, interne des hôpitaux.

I

Pris dans son acception la plus étendue, le mot métrite désigne, pour les gynécologues, une inflammation de l'utérus : longtemps, il n'a désigné que cela, sans qu'on ait cherché à pénétrer la nature intime, le mode de propagation, les conséquences cliniques de cette inflammation.

Les diathèses, les métastases, l'engorgement invoqués tour à tour par les théoriciens pour expliquer sa pathogénie, d'une part ; l'ulcération considérée, d'autre part, par les cliniciens comme le point culminant de sa symptomatologie, au lieu d'éclairer la question, l'avaient obscurcie. Heureusement, grâce aux théories microbiennes, les métrites ont pu être rangées dans la classe des maladies infectieuses, et l'antisepsie, en permettant d'appliquer à l'examen de l'utérus malade, des manœuvres qu'on n'avait jamais osé pratiquer, a fait localiser le point de départ de l'infection et les altérations ultérieures qui en sont la conséquence.

Il est donc universellement admis aujourd'hui que les métrites sont des maladies infectieuses : l'infection microbienne a sa porte d'entrée dans la muqueuse utérine, l'*endométrium;* elle peut s'y limiter et produire la métrite muqueuse ou *endométrite*; mais elle peut encore envahir le muscle utérin pour y déterminer la production de la *métrite parenchymateuse.*

De plus, si, quand le corps utérin est malade, le col l'est presque toujours, il peut cependant se rencontrer des cas où une des cavités, seule, est atteinte, d'où une nouvelle division à établir entre les *métrites du col*, les *métrites du corps* et les *métrites totales*.

Nous pouvons donc maintenant, d'une façon générale, définir la métrite : « Une maladie infectieuse ayant son point de départ dans la muqueuse utérine, caractérisée par des lésions pouvant porter à la fois sur l'endométrium et le muscle utérin, le plus souvent étendue à tout l'utérus, mais susceptible de se localiser à l'une de ses cavités. »

II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Toutes les métrites étant d'abord muqueuses, nous étudierons successivement :

1° La pathogénie de l'endométrite ;
2° La pathogénie de la métrite parenchymateuse.

1° ENDOMÉTRITE. — Trois ordres de causes entrent en jeu dans la production d'une endométrite : l'agent infectieux, cause première et essentielle du mal ; le terrain qui facilite son développement; les conditions anatomiques spéciales par lesquelles l'utérus favorise, d'une façon absolument indéniable, la culture des micro-organismes et leur multiplication.

A. *Infection.* — Elle peut tenir à la parturition ; une blennorrhagie peut être son point de départ ; ou bien enfin, dans certains cas, la malpropreté naturelle ou acquise des organes génitaux externes entretient un état de septicémie locale qui finit par infecter l'utérus.

Parturition. — L'accouchement normal, tout aussi bien que l'avortement, s'accompagne souvent de rétention placentaire. Que la rétention soit totale ou partielle, les détritus, qui subsistent dans la cavité utérine, s'altèrent ; les microbes y pullulent et créent un foyer d'infection qui peut, quand la virulence est conservée, aboutir rapidement à une infection puerpérale généralisée, mais qui peut encore, par atténuation du virus, déterminer la production d'une endométrite. Ces faits, d'observation journalière, ont fait dire à M. Doléris (1) que la plupart des endométrites ont pour origine une inflammation septique née à l'occasion de l'accouchement ou de l'avortement. Son opinion est d'ailleurs partagée par d'érudits gynécologues, MM. de Sinéty (2), Siredey et Danlos (3), Martin [de Berlin] (4).

Les recherches bactériologiques, publiées dans ces derniers temps par M. F. Widal (5) et M. Peraire (6), ont ajouté des preuves matérielles aux faits déjà avancés.

Les organes génitaux de la femme accouchée sont riches

(1) DOLÉRIS. *De l'endométrite et de son traitement*, Société d'obstétrique et de gynécologie, 1887.
(2) DE SINÉTY. *Dictionnaire Dechambre*, art. MÉTRITE.
(3) SIREDEY et DANLOS. *Dictionnaire Jaccoud*, art. UTÉRUS.
(4) MARTIN. *Traité clinique des maladies des femmes.*
(5) F. WIDAL. *Infection puerpérale*, Thèse de Paris, 1889.
(6) M. PÉRAIRE. *Endométrites infectieuses*, Thèse de Paris, 1889.

en microbes, auxquels la cavité utérine dépouillée offre des portes d'entrée nombreuses. Que les précautions antiseptiques manquent ou soient insuffisantes, l'endométrite peut se développer ; mais ce développement s'accomplit lentement et, de fait, les femmes font le plus souvent remonter le début de leur mal à leur dernière couche ou à leur dernière fausse couche, qui s'est accomplie déjà depuis plusieurs mois ou plusieurs années.

Divers microbes entrent en jeu dans cet acte infectieux ; mais il est probable que le streptocoque, décrit par M. Widal dans l'infection puerpérale, joue le rôle capital, tout en étant atténué dans sa virulence.

Blennorrhagie. — La blennorrhagie chez la femme débute généralement par le vagin, pour se propager de là au méat et donner lieu aux symptômes urinaires bien connus. Toute la cavité vaginale est remplie par un pus épais, verdâtre, accumulé surtout dans le cul-de-sac postérieur, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par un examen au spéculum. Ce pus, outre les microbes vulgaires de la suppuration, contient, dans ses leucocytes, le gonocoque de Neisser ; il est très virulent et, comme il baigne incessamment le museau de tanche, il est logique d'admettre, qu'après avoir envahi la muqueuse cervicale de l'utérus, il peut infecter la muqueuse du corps.

M. de Sinéty (1) reconnaît, dans la blennorrhagie, une cause fréquente de l'endométrite et il base son affirmation sur l'examen du pus recueilli dans l'utérus ; dans ce pus, il aurait souvent retrouvé le gonocoque de Neisser. Pour M. Doléris (2), au contraire, l'endométrite serait rarement la suite de la blennorrhagie.

Quoi qu'il en soit, on rencontre en clinique des cas où la blennorrhagie a déterminé, d'une façon absolument certaine, l'endométrite chez des femmes n'ayant jamais eu ni fausses couches, ni enfants. Il faut cependant reconnaître que, malgré la fréquence de la chaudepisse, la parturition est plus souvent en cause dans la production des endométrites, pour la raison bien simple que, dans l'accouchement, l'infection est primitivement utérine, tandis que, dans la blennorrhagie, elle est d'abord vaginale et ne devient utérine que par propagation.

Septicémie locale des organes génitaux externes. — Il s'agit, dans ces cas, comme l'a dit M. Doléris, de conditions septiques provenant de l'extérieur et qui, pour se propager à l'utérus, n'attendent qu'une circonstance favorable. La propagation se fait à l'occasion de l'époque menstruelle, des excès vénériens, des relations brutales et disproportionnées, de la masturbation, etc.

Chez les femmes qui ne se soignent pas, la desquamation épithéliale, les glandes vulvo-vaginales, le contact de l'urine développent à la vulve des inflammations banales qu'entretient l'accumulation du smegma vulvaire ; les vulvites sont, pour M. Siredey, le point de départ fréquent de la métrite et elles expliquent sa production chez des jeunes filles vierges, bien qu'elles n'aient pas été exposées aux infections puerpérale et blennorrhagique.

M. Peraire (3), en étudiant des faits de ce genre, a retrouvé dans les utérus malades, en l'absence de tout microbe pathogène, les microbes vulgaires de la suppuration.

(1) De Sinéty. Loc. cit.
(2) Doléris. Loc. cit.
(3) Peraire. Loc. cit.

Les résultats sont les mêmes, quand une femme, ordinairement soigneuse d'elle-même, a des relations avec un homme malpropre : dans ces cas, un chancre mou, une balanite ont pu infecter la vulve et déterminer, à distance, une source d'endométrite.

Les endométrites, développées dans ces conditions, sont moins graves que les endométrites puerpérales et blennorrhagiques ; elles dépendent, en effet, non pas de microbes à virulence nette et déterminée, comme le streptocoque ou le gonocoque, mais de microbes vulgaires, non pathogènes et qu'on rencontre dans les suppurations les plus banales.

B. *Terrain ou causes générales.* — Jusqu'à ces dernières années, les gynécologues rattachaient avec insistance les métrites à une cause générale, à une diathèse. Dans les ouvrages de Bernutz (1) et de Gallard (2), qui furent longtemps classiques, nous trouvons décrites des métrites scrofuleuses lymphatiques, herpétiques, dartreuses, etc. Pour ces auteurs, l'ulcération du museau de tanche, sa forme, ses caractères objectifs constituaient, avec l'état général, la caractéristique de chaque variété de métrite : il est juste de remarquer, d'ailleurs, que l'antisepsie n'était pas encore assez entrée dans les mœurs médicales, pour autoriser les examens directs de l'utérus, tels qu'on les pratique aujourd'hui.

Actuellement, l'état général est relégué au second plan et l'on dit : *Étant donné un foyer d'infection, l'utérus de la malade résistera plus ou moins énergiquement, selon que l'état général sera bon ou mauvais.* Nous attribuons donc encore un rôle important à l'état général, et, de fait, quelles sont les femmes le plus souvent atteintes de métrites ? Ce sont les névropathes, dont les organes génitaux sont le siège de congestions actives fréquentes ; ce sont les anémiques, les malades débilitées par un état pathologique antérieur grave ; ce sont encore les femmes abattues par un assouvissement immodéré de leurs désirs sexuels, d'où la fréquence des métrites dans certains établissements spéciaux, tels que l'hôpital Lourcine et la maison de Saint-Lazare.

Nous voyons, en somme, se dresser devant nous, dans toute son évidence, la question du *terrain*, si importante et si intéressante dans les conceptions pathogéniques modernes. La femme peut, avec cette théorie, résister aux infections utérines, tout aussi bien que le médecin robuste et bien portant résiste à l'infection tuberculeuse, dans un milieu hospitalier.

Pour en être diminuée, l'importance de l'état général dans l'étiologie des métrites n'en subsiste pas moins ; et c'est à lui que MM. Siredey et Danlos (3) attribuent la chronicité de la métrite, qui serait sous la dépendance de la nature anémique, lymphatique, scrofuleuse, etc., de la femme.

C. *Conditions anatomiques et physiologiques par lesquelles l'utérus favorise le développement des métrites.* — Nous avons là deux points à envisager : d'abord la structure de l'utérus ; ensuite les modifications que subit cet organe dans des conditions bien déterminées, telles que l'époque menstruelle et l'accouchement.

L'utérus est un organe creux, communiquant avec le

(1) Bernutz. *Cliniques des maladies des femmes.*
(2) Gallard. *Traité des maladies des femmes.*
(3) Danlos. Loc. cit.

vagin par l'orifice du museau de tanche, et en relation directe avec les trompes de Fallope par leur ouverture : toute sa cavité est tapissée par une muqueuse qui se continue en avant avec la muqueuse vaginale, en arrière avec la muqueuse tubaire. Les cellules épithéliales qui la recouvrent, cylindriques et caliciformes dans le col, sont cylindriques, à cils vibratiles dans le corps.

Cette continuité des muqueuses nous permet de comprendre comment une inflammation, née dans le vagin, peut se propager jusqu'au fond de l'utérus, ainsi que les choses se passent dans l'endométrite consécutive à la blennorrhagie. Il est vrai qu'on pourrait voir dans l'isthme utérin [qui forme, comme l'ont dit MM. Doléris et Mangin (1), un véritable sphincter], une cause d'obstacle aux progrès de l'inflammation; mais la continuité des muqueuses d'une part, et celle de leurs vaisseaux sanguins et lymphatiques d'autre part, suffisent à propager l'infection.

De plus, dans ses leçons à l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Cornil (2) et, dans l'article Utérus du *Dictionnaire encyclopédique*, MM. Tourneux et Hermann (3) ont donné sur l'histologie de la muqueuse utérine des détails intéressants, qui nous permettent de comprendre le rôle important joué par les culs-de-sac glandulaires dans la production et la progression des endométrites. Les glandes, celles du corps, en particulier, offrent un refuge aux micro-organismes qui pullulent là comme dans un véritable tube à culture et entretiennent et même augmentent les lésions. C'est pourquoi, le traitement de l'endométrite n'est devenu efficace que le jour où les gynécologues, en détruisant avec la curette ou les caustiques toute la muqueuse utérine, ont supprimé ces foyers infectieux.

Si, par sa disposition anatomique, l'utérus entretient l'évolution de l'endométrite, par les phénomènes physiologiques qui accompagnent le flux menstruel et l'accouchement, il en favorise l'éclosion.

A l'époque des règles, la muqueuse utérine, œdématiée, congestionnée, en activité physiologique très intense, offre d'elle-même aux agents infectieux un terrain des plus propices à leur développement.

Après la délivrance, l'utérus revenant sur lui-même, béant par ses vaisseaux, est dans des conditions anatomiques qui, plus encore que la congestion menstruelle, favorisent l'infection.

2° Métrite parenchymateuse. — La métrite parenchymateuse, dans laquelle on constate à la fois des lésions muqueuses et musculaires, est la conséquence naturelle et presque fatale de l'endométrite; aussi toutes les causes qui appartiennent d'abord à l'une, finalement se rapportent à l'autre.

Le muscle utérin est en rapport intime avec la muqueuse, dont il n'est séparé que par un mince chorion; les glandes pénètrent à son intérieur; enfin, les vaisseaux musculaires et muqueux sont réunis par d'innombrables anastomoses.

D'autre part, la muqueuse et le muscle s'associent toujours au moment des modifications physiologiques de l'utérus.

On comprend donc facilement, sans qu'il soit utile d'insister plus longtemps, que par toutes ces voies de communication, parties de l'endométrium, l'infection et l'inflammation gagnent le muscle utérin et l'altèrent presque fatalement, quand l'endométrite n'a pas été soumise de bonne heure à un traitement radical et curatif.

(1) Doléris et Mangin. La métrite cervicale, *Archives de gynécologie*, 1888-1889.
(2) Cornil. *Leçons de l'Hôtel-Dieu*, 1887.
(3) Tourneux et Hermann. *Dictionnaire Dechambre*, art. Utérus.

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Jusqu'à ces dernières années, l'anatomie pathologique des métrites était restée forcément incomplète. Les recherches avaient toujours été faites sur des utérus, recueillis vingt-quatre heures après la mort et dans lesquels les épithéliums avaient totalement disparu. Heureusement la chirurgie peut fournir aujourd'hui aux anatomo-pathologistes des pièces fraîches retirées par la laparotomie ou l'hystérectomie vaginale : dans les cas où ces pièces manquent, par le râclage de la cavité utérine avec la curette, on se procure des débris de muqueuse qui permettent l'étude anatomo-pathologique des endométrites.

M. Cornil (1), dans ses leçons à l'Hôtel-Dieu, a donné sur la question des détails précis et complets; MM. Doléris et Mangin (2) ont publié, dans les *Archives de gynécologie*, une intéressante étude sur les lésions de la métrite cervicale; enfin, dans les traités ou les articles de MM. Siredey et Danlos (3), de Sinéty (4), Martin (5), des faits intéressants ont été notés.

Nous étudierons successivement les métrites aiguës et les métrites chroniques.

1° Métrites aigues. — Ces métrites passent rapidement à l'état subaigu ou chronique, aussi présentent-elles peu de points intéressants à signaler.

Le tissu utérin est ramolli, les vaisseaux lymphatiques sont le plus souvent gorgés de pus et la muqueuse présente tous les caractères d'une inflammation intense. La cavité de la matrice est remplie d'une sécrétion trouble et opaque, purulente si elle a son point de départ dans la muqueuse du corps; mais encore visqueuse et gélatiniforme, quand elle est fournie par les glandes cervicales.

On trouve enfin réunis tous les phénomènes qui, d'une façon générale, accompagnent les inflammations : prolifération cellulaire, chute de l'épithélium, congestion intense des capillaires, diapédèse des globules blancs, etc. Dans tous ces troubles, il n'y a, en somme, rien de bien particulier; mais il n'en est plus de même dans les métrites chroniques que nous allons maintenant étudier.

2° Métrites chroniques. — A. *Métrites du col.* — Quand on examine à l'œil nu un utérus atteint de métrite cervicale, on constate l'exagération des phénomènes qui se passent à l'état normal. Les villosités et les inégalités de la muqueuse sont plus accentuées; les anfractuosités de l'arbre de vie sont agrandies, le mucus sécrété, tout en restant filant, est devenu trouble, et souvent on rencontre un liquide muco-purulent.

Deux caractères anatomiques sont encore à signaler : l'*ectropion* et l'*ulcération* du museau de tanche.

(1) Cornil. Loc. cit.
(2) Doléris et Mangin. Loc. cit.
(3) Danlos. Loc. cit.
(4) De Sinéty. Loc. cit.
(5) Martin. Loc. cit.

L'ectropion est caractérisé par l'éversion de la muqueuse cervicale qui vient faire hernie à travers l'orifice vaginal du col. Il présente des degrés, depuis une saillie minime de la muqueuse jusqu'à un agrandissement énorme du museau de tanche, qui offre alors, comme l'a dit M. Bouilly (1), *l'aspect d'une bouche fendue jusqu'aux oreilles avec deux lèvres en rebord de pot de chambre*. Cet ectropion se rencontre surtout dans les cas où l'accouchement, qui a été le point de départ de la métrite, a causé une déchirure de l'orifice externe de l'utérus, il y a alors *ulcération vraie*; mais dans les cas où l'ectropion est peu accentué, il n'y a que l'apparence d'une ulcération, représentée par une légère modification dans l'épithélium de la muqueuse. L'histologie nous permet de comprendre la nature de cette pseudo-ulcération : à mesure que la muqueuse cervicale fait issue à travers le museau de tanche, sa structure se modifie légèrement. L'épithélium ne disparaît pas en tant qu'épithélium; mais peu à peu les cellules pavimenteuses stratifiées de la portion vaginale du col se substituent aux cellules cylindriques et caliciformes de la muqueuse intra-cervicale éversée; telle est, du moins, l'opinion soutenue par MM. Ruge et Veit. Pour M. Cornil, il n'y aurait pas substitution d'épithélium; mais sous l'influence de l'ectropion, les cellules de la muqueuse éversée s'aplatiraient.

En même temps, il se fait une prolifération embryonnaire, qui souvent détermine l'oblitération des glandes intra-cervicales, mais qui peut aussi occasionner une augmentation de volume du col utérin.

Sous l'influence de l'inflammation, on voit survenir dans les glandes d'intéressantes modifications. Les cellules épithéliales et caliciformes qui les tapissent persistent; mais elles augmentent de volume et leurs noyaux sont refoulés vers la membrane basale. Quelquefois, ces cellules subissent la dégénérescence muqueuse et dès lors les glandes distendues peuvent former des kystes qui, tantôt, apparaissent nettement sous forme de minces ampoules liquides à la surface du col utérin, tantôt soulèvent simplement la muqueuse et font croire à l'existence de papillomes. Quand les cellules glandulaires sont ainsi dégénérées, elles ont cessé de vivre et les réactifs n'agissent plus sur elles comme dans les cas normaux.

B. *Métrites du corps.* — Leur étude anatomo-pathologique a été faite d'une façon si complète par M. Cornil, que nous avons cru bien faire en empruntant à ses leçons la plupart des détails qui suivent.

Lésions macroscopiques. — Quand on fend dans sa longueur un utérus atteint d'endométrite du corps, on constate que : sa muqueuse est inégale à sa surface, boursouflée, molle, pulpeuse, ressemblant par sa consistance et son aspect à de la gelée de groseille. Elle se dilacère facilement sous la moindre traction, tant elle est ramollie. Son épaisseur est considérablement augmentée, et c'est là un caractère important; tandis que, normalement, elle mesure à peine 1 millimètre, dans l'endométrite, la muqueuse s'épaissit et atteint 6 à 8 millimètres, 1 centimètre et plus quelquefois, comme il est facile de s'en rendre compte en regardant par transparence une préparation colorée par le picro-carminate d'ammoniaque, dans laquelle elle se distingue par une teinte jaune. Au lieu d'être lisse et unie, la surface de la muqueuse est irrégulière et présente de place en place des végétations, au voisinage desquelles on peut rencontrer des kystes glandulaires.

Quand les lésions sont déjà de date ancienne et qu'elles ont envahi le muscle utérin, tout l'organe est ramolli, flasque, et donne au toucher une sensation de mollesse absolument différente de la consistance ferme que possède l'utérus sain.

Lésions microscopiques. — Les *culs-de-sac glandulaires* sont le siège d'altérations sérieuses. Vers la partie profonde de la muqueuse, les glandes, séparées les unes des autres par de très minces cloisons, donnent à la coupe un aspect réticulé; plusieurs d'entre elles pénètrent au sein du tissu musculaire. Cet état spécial des glandes explique la friabilité de la muqueuse et la facilité avec laquelle une curette peut la détacher.

Les épithéliums glandulaires subissent aussi des modifications importantes. Les cellules plates qui reposent directement sur la paroi des follicules persistent : les cellules cylindriques ciliées qui les recouvrent peuvent subsister, mais souvent elles subissent la dégénérescence muqueuse; dans ce cas, elles présentent une sécrétion exagérée de mucus et des phénomènes très nets de karyokynèse; leurs cils vibratiles disparaissent alors.

A côté des altérations glandulaires, il est intéressant d'étudier les *lésions de la muqueuse proprement dite.* Les cellules cylindriques ciliées qui la recouvrent perdent leurs cils et s'aplatissent de plus en plus. A sa surface, se développent des végétations papilliformes ou polypoïdes dont M. de Sinéty (1) décrit trois types, l'hypertrophie des glandes avec conservation de l'épithélium, leur constitution exclusive par du tissu embryonnaire contenant de rares vaisseaux, leur formation essentielle par des vaisseaux. Ces trois types de végétations peuvent se rencontrer à la fois sur le même utérus, ils ont servi de base à certains auteurs pour établir une classification des métrites.

La prolifération embryonnaire joue un grand rôle dans la production des lésions. Le *tissu conjonctif* enflammé, irrité, emprisonne les culs-de-sac glandulaires, se vascularise et finit par envahir le muscle utérin. Dès lors, les *fibres musculaires* subissent la dégénérescence graisseuse, elles perdent leur résistance et, par leurs lésions, nous expliquent facilement comment, dans les métrites parenchymateuses, le tissu utérin est absolument ramolli. D'autres fois, dans cette même variété de métrites, le travail de sclérose prend le dessus et l'utérus, de plus en plus envahi par le tissu conjonctif, finit par s'atrophier (Heitzmann).

Les *vaisseaux sanguins* de l'utérus s'altèrent aussi; les capillaires se multiplient dans les végétations de la muqueuse et celles-ci deviennent de véritables bourgeons charnus qui, comme dans la métrite hémorrhagique, saignent pour la moindre cause. D'autres fois, les *capillaires lymphatiques* enflammés laissent sourdre, en grande abondance, des globules du pus, qui finissent par fournir des écoulements purulents abondants.

Telles sont les lésions qu'on peut rencontrer dans les métrites, elles ne sont pas toujours à leur summum de développement, et, d'ailleurs, elles peuvent atteindre inégalement les diverses parties de l'endométrium ou du parenchyme utérin.

Se basant sur la prédominance de la lésion en tel ou tel

(1) Bouilly. Déchirure et ulcération du col de l'utérus, *Semaine médicale*, 1888.

(1) De Sinéty. Loc. cit.

point, Martin [de Berlin] (1) a voulu établir une classification anatomique des métrites. C'est ainsi qu'il distingue :

1° L'endométrite chronique interstitielle ;

2° L'endométrite chronique glandulaire ;

3° L'endométrite chronique fongueuse ;

4° L'endométrite exfoliatrice ;

5° L'endométrite post-abortum, dans laquelle l'expulsion de la muqueuse serait incomplète.

On peut rencontrer ces diverses formes de métrites, mais elles ne se présentent jamais dans toute leur pureté ; c'est pourquoi nous préférons nous en tenir à la description donnée par M. Cornil, moins schématique peut-être, mais plus scientifique et plus en rapport avec le courant médical actuel qui voit, de jour en jour, disparaître, du cadre pathologique, les maladies qu'on cherchait à systématiser avant nous.

IV

SYMPTOMATOLOGIE

Nous étudierons successivement dans ce chapitre :

1° La métrite aiguë ;

2° Les endométrites chroniques ;

3° La métrite parenchymateuse.

1° Métrite aigue. — Tandis que les endométrites chroniques peuvent se localiser au col ou au corps de l'utérus, la métrite aiguë est d'emblée totale.

Début. — C'est généralement chez les femmes récemment accouchées, qu'apparaît la métrite aiguë. La semaine qui suit l'accouchement voit naître, chez la femme d'apparence bien portante, des symptômes non douteux d'infection utérine : la température s'élève à 38°5, 39 degrés et plus, sans rémissions matinales ; de légers frissons accompagnent l'apparition de la fièvre ; le facies se grippe, le teint de la malade devient terreux, quelquefois on observe des vomissements. Il s'agit, en somme, d'une infection puerpérale atténuée.

Période d'état. — Elle s'établit vite et les *symptômes subjectifs*, qu'éprouve alors la malade, tiennent à la fois aux troubles utérins et aux troubles généraux.

Elle ressent des *douleurs*, plus ou moins vives, sans localisation bien déterminée, qui irradient dans tout le bassin. Par moment, ces douleurs prennent le caractère de véritables épreintes et s'accompagnent d'*écoulements*, contenant à la fois du sang, du pus, des lochies, et caractérisés par une odeur désagréable et *sui generis*. Les linges de la malade sont souillés et comme empesés par ces écoulements qui se répètent d'une façon presque incessante.

En même temps, on observe : quelques vomissements, une diarrhée séreuse accompagnée de ténesme rectal, des mictions douloureuses. Le ventre se ballonne plus ou moins et la pression y détermine une douleur assez aiguë.

A l'examen direct, le médecin constate, par l'*inspection et la palpation*, que les parois abdominales sont moins tendues sous la main que dans la péritonite puerpérale ; en pratiquant le palper vers la région pubienne, il perçoit l'utérus augmenté de volume et réveille, en pressant sur lui, de la douleur dans toute la région pelvienne.

Les organes génitaux sont rouges, enflammés, et continuellement souillés par le pus, les lochies et le sang qui s'écoulent de l'utérus.

Au toucher, le doigt introduit dans la cavité vaginale éprouve une sensation de chaleur âcre, mordicante ; il rencontre le col utérin mou, flasque, sans résistance, entr'ouvert et permettant souvent la pénétration de l'extrémité de l'index dans la cavité utérine.

Dans les métrites aiguës, M. de Sinéty (1) rejette absolument et regarde comme dangereux l'emploi du spéculum qui, sans avancer le diagnostic, permet tout au plus de constater l'état de rougeur inflammatoire des parties malades.

Marche. Durée. Terminaisons. — La métrite aiguë, évoluant dans ces conditions, constitue une affection grave, qui ne guérit jamais d'elle-même et peut, selon les cas, aboutir à deux issues.

Ou bien, en quelques jours, l'état de la malade s'aggrave, les symptômes généraux s'accentuent, la température s'élève, les frissons deviennent plus intenses et plus fréquents ; la métrite aiguë n'était alors que le prélude de l'infection puerpérale.

Ou bien, par un traitement bien dirigé, les phénomènes septiques s'apaisent et la guérison survient. Malheureusement, les soins ne sont pas toujours donnés à la malade avec une antisepsie suffisamment rigoureuse et la métrite aiguë, incomplètement guérie, finit par aboutir à une métrite chronique, qui, pour être moins alarmante que l'infection puerpérale, n'en constitue pas moins, comme nous allons le voir, une affection grave et dangereuse.

2° Endométrites chroniques. — A. *Endométrite cervicale.* — Elle constitue une affection utérine fréquente, qui peut se développer chez une femme nullipare, mais qui, bien plus souvent, atteint des femmes ayant eu déjà un ou plusieurs enfants.

Début. — Son apparition est lente et insidieuse. La malade se plaint de pesanteur pelvienne, surtout quand elle a fourni des efforts plus ou moins prolongés ou après le coït. Elle a des flueurs blanches abondantes ; ses règles sont irrégulières, deviennent plus copieuses et sont l'origine de crises douloureuses. Peu à peu, tous ces symptômes s'aggravent et la malade entre dans la période d'état.

Période d'état. — *Symptômes subjectifs.* — La malade se plaint surtout de douleurs et d'écoulements.

La *douleur*, mal localisée dans le bassin, est contusive, permanente ; elle devient le point de départ d'irradiations qui se font dans les cuisses, dans les lombes et souvent dans la région interscapulaire, d'après M. Laroyenne (2). Elle s'exagère par les rapprochements sexuels, par les fatigues que procurent l'effort et la marche ; mais elle s'exagère surtout, et spécialement chez les nullipares, au moment des règles. M. Martin enseigne que souvent, chez ces jeunes femmes, il existe une oblitération, une sténose spasmodique du canal cervico-utérin, qui s'oppose à l'écoulement des sécrétions et détermine de véritables coliques utérines. Ces coliques ne sont calmées que quand, par la dilatation du col, on a donné un libre cours au sang ou aux produits de sécrétion.

Les *écoulements*, dans la métrite cervicale, ne sont pas

(1) Martin. Loc. cit.

(1) De Sinéty. Loc. cit.

(2) Laroyenne. Des métrites chroniques simples, *Semaine médicale*, 1886.

moins importants que la douleur. Les glandes du col utérin sécrètent normalement un mucus visqueux gélatiniforme, peu abondant, qui, en s'agglutinant, forme souvent à l'orifice externe un véritable bouchon muqueux. Dans la métrite cervicale, cette sécrétion muqueuse s'accentue, tout en conservant sa consistance gélatiniforme. Le liquide sécrété devient plus abondant; d'incolore qu'il était, il se trouble, s'opacifie ; souvent, il est muco-purulent, d'autres fois, il est sanguinolent, le muco-pus s'écoule d'une façon presque incessante, il forme de larges taches jaunes sur les linges de la malade, mais il ne les empèse pas.

Des métrorrhagies s'observent encore, mais elles sont moins fréquentes et surtout beaucoup moins copieuses que dans les endométrites du corps.

Les *règles* deviennent irrégulières, elles sont abondantes, mais surtout elles sont très douloureuses, au point que certaines malades sont contraintes de conserver le décubitus dorsal, tout le temps que dure leur hémorrhagie menstruelle.

A côté de ces symptômes capitaux, les malades se plaignent de troubles qui, pour être accessoires au point de vue du diagnostic, n'en sont pas moins désagréables et pénibles.

La métrite cervicale s'accompagne fréquemment de *vaginisme*, qui rend l'examen pénible par la difficulté d'introduire des instruments explorateurs. Il peut tenir à plusieurs causes : chez les jeunes filles, il est souvent entretenu par la persistance de l'hymen ; chez les femmes qui ont déjà eu des rapprochements sexuels ou qui, encore, ont eu des enfants, il peut être la suite d'une blennorrhagie vaginale ; ou bien, il est déterminé par l'acidité de l'écoulement qui souille l'orifice vulvaire.

Dans les cas où la métrite cervicale reconnaît pour cause une chaudepisse, l'écoulement utérin s'augmente d'un écoulement vaginal, qu'on reconnaît facilement à la couleur verte du pus blennorrhagique.

La vulvite entretenue par les sécrétions ne tarde pas à être accompagnée par de vives douleurs au moment de la miction et de la défécation. Ces douleurs, parfois très aiguës, tourmentent souvent beaucoup plus les malades que leurs coliques utérines.

L'*état général* demeure satisfaisant. Toutefois les troubles utérins développent souvent, chez les femmes atteintes de métrite cervicale, de la surexcitation nerveuse, des troubles bizarres qui trouvent leur explication dans le fait d'une hystérie plus ou moins accentuée.

Signes objectifs. — Ils sont un peu différents, suivant que la malade est nullipare ou multipare. A l'exemple de MM. Laroyenne (1) et Doléris (2), nous étudierons les signes propres à chacune de ces deux variétés de malades.

1. *Nullipares.* — Le *toucher* ne révèle rien d'anomal dans l'état du col et il faut s'adresser au *spéculum* pour avoir des renseignements précis. Le col n'est pas augmenté de volume, il est rouge, enflammé ; son orifice externe, agrandi, laisse saillir un petit limbe plus rouge encore et circonscrivant un bouchon gélatineux, c'est la muqueuse intra-cervicale en ectropion. Le bouchon gélatineux qui obstrue l'orifice est difficile à détacher et il faut avoir recours à des pinces, à une sonde pour l'enlever et apercevoir l'orifice du col évasé.

(1) Laroyenne. Loc. cit.

(2) Doléris. Considérations sur la métrite cervicale, *Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 25 novembre 1888.

Si l'on cherche à introduire un *hystéromètre* dans la cavité utérine, après un trajet de 3 centimètres environ, on se sent arrêté par un obstacle que l'instrument ne peut franchir et qui n'est autre que l'isthme de l'utérus, en état de sténose spasmodique. M. Dumontpallier, dans l'enseignement journalier qu'il fait à l'Hôtel-Dieu, insiste sur ce signe dans le diagnostic de la métrite cervicale.

2. *Multipares.* — Le *toucher* donne déjà des renseignements précieux : le col est gros ; ses lèvres sont épaissies, molles, œdémateuses le plus souvent ; dans certains cas, elles sont comme indurées ; l'orifice se reconnaît facilement.

Au *spéculum*, le même col présente un orifice largement agrandi, quelquefois déchiqueté, quand il y a eu déchirure à l'occasion d'un accouchement antérieur. Sa surface est rouge et souvent ses lèvres entr'ouvertes présentent de petites fongosités qui saignent au moindre attouchement. Comme chez les nullipares, l'écoulement muco-purulent adhère intimement aux lèvres de l'orifice.

L'*hystéromètre* est encore arrêté à l'isthme de l'utérus par le spasme de l'orifice interne du col.

Marche. Durée. Terminaisons. — La marche de la métrite cervicale est lente, elle est quelquefois interrompue par des poussées douloureuses qui annoncent l'envahissement du corps de l'utérus. La durée est longue et se prolonge deux, trois, quatre mois et plus.

Chez les nullipares, l'endométrite cervicale constitue toujours, pour M. Doléris (1), une affection catarrhale susceptible de se propager à la muqueuse du corps et des trompes, mais envahissant rarement le paramétrium. La guérison est la règle. Chez les multipares, la propagation au corps est pour ainsi dire la règle et la métrite cervicale plus grave demande un traitement plus rigoureux.

Deux terminaisons sont à signaler, parce que par elles-mêmes elles sont une cause de stérilité. L'une est caractérisée par la sténose plus ou moins définitive du col utérin, qui s'organise en tissu cicatriciel sous l'influence de l'inflammation. Le canal cervico-utérin devient alors absolument impropre à la dilatation et à la dilatabilité au moment de l'accouchement.

Dans d'autres circonstances, la métrite cervicale détermine l'allongement hypertrophique du museau de tanche, ce qui devient une source de gêne pour les malades et nécessite l'amputation partielle de l'utérus.

B. *Endométrite totale.* — L'endométrite du corps s'accompagne pour ainsi dire toujours d'endométrite du col, aussi l'étudierons-nous sous le nom d'*endométrite totale* pour ne pas nous exposer à des redites inutiles.

Début. — Comme dans l'endométrite cervicale il est lent et insidieux; tantôt, en effet, l'endométrite totale apparaît comme la conséquence d'une métrite cervicale qui n'a pas guéri et s'est propagée lentement à la cavité du corps; tantôt elle est totale d'emblée; mais ne s'installe que progressivement à la suite d'une couche mal soignée; elle représente alors le terme d'une infection puerpérale atténuée comme nous le disions dans l'étiologie. La douleur apparaît alors, d'abord sourde et contusive, et bientôt elle s'accompagne d'écoulements, l'endométrite est alors dans la période d'état.

État. — *Signes subjectifs.* — Ils sont très nets, très accen-

(1) Doléris. Loc. cit.

tués, et par leur existence seule permettent souvent de porter le diagnostic.

Douleur. — Contrairement à ce qu'on observe dans l'endométrite cervicale, la douleur présente deux points fixes, constants, invariables. D'une part, elle siège en arrière du pubis et, d'autre part, elle occupe la région lombaire, la douleur rétro-pubienne est très bien limitée, la malade l'indique elle-même du doigt et en déprimant avec la main les téguments en arrière de la symphyse, on la réveille et on l'exagère. Cette douleur augmente dans l'effort, dans la marche, dans les rapprochements sexuels, elle est souvent syncopale. Elle irradie, pour la moindre cause, dans les flancs, dans les aînes, dans tout le pelvis.

Les douleurs lombaires sont encore plus caractéristiques, elles prennent naissance au niveau de la colonne vertébrale et irradient dans tout le bassin, elles sont tellement atroces que les malades marchent pliées en deux. Ces douleurs sont absolument comparables aux coliques de l'accouchement, si bien qu'on pourrait se croire en face d'une fausse couche. Les écoulements utérins les calment momentanément. Mais elles se renouvellent rapidement avec plus d'intensité.

Écoulements. — Ils peuvent être de nature diverse suivant que l'utérus rejette du pus, du sang ou des débris de muqueuse.

1. *Pus.* — Ce pus est absolument différent de celui de l'endométrite cervicale et de celui qu'on retrouve dans les écoulements vaginaux.

Il est abondant, très liquide, verdâtre, phlegmoneux et rappelle par ses caractères celui que Chassaignac appelait le pus de bonne nature. Son écoulement presque incessant irrite les organes génitaux externes et développe par son contact avec la peau de la racine des cuisses un érythème pigmentaire, s'étalant de la vulve à l'anus ; c'est l'intertrigo par irritation de la peau qu'ont décrit MM. Siredey et Danlos (1). De plus, ce pus se dépose en taches verdâtres sur les linges de la malade et les empèse.

2. *Hémorrhagies.* — Elles constituent, à côté des écoulements purulents, un symptôme important et sont caractérisées par leur fréquence, leur abondance, et la facilité avec laquelle elles se reproduisent.

Elles sont constituées par un sang rouge, fluide, sans caillots, qui s'écoule d'une façon presque continue. La quantité perdue est considérable et les malades, suivant leur expression consacrée, sont continuellement dans le sang. Ces métrorrhagies se renouvellent fréquemment dans la même journée et l'attouchement même le plus léger de l'utérus peut devenir pour elles une source de production.

Ce sang peut être pur ; mais il est souvent mélangé à du pus, à du mucus utérin et, dans ces cas, le linge des malades se trouve empesé comme dans les écoulements de pus.

3. *Expulsion de la muqueuse.* — Dans certains cas, non seulement il s'écoule du pus et du sang, mais encore on peut trouver dans les sécrétions que rejette la malade des débris de muqueuse. Tantôt ce ne sont que des lambeaux muqueux informes, tantôt on trouve une véritable caduque utérine. Cette variété d'endométrite, rare d'ailleurs, a été décrite, par Martin [de Berlin] (2), sous le nom d'*endométrite exfoliatrice*.

On comprend facilement, après l'énumération de ces divers symptômes, qu'il survient des perturbations sérieuses dans les *règles* des malades. Les époques menstruelles deviennent absolument irrégulières, les malades finissent par ne plus se reconnaître dans leur périodicité et, quand les règles persistent, elles sont très douloureuses.

(1) Siredey et Danlos. Loc. cit.
(2) Martin. Loc. cit.

Signes objectifs. — Les femmes atteintes d'endométrite chronique se reconnaissent à première vue ; leur habitus extérieur a reçu le nom de *facies utérin*. Ces femmes sont exsangues, fatiguées ; leur visage est mat, pâle, absolument différent du teint jaune citron que présentent les cancéreuses ; leur démarche est également caractéristique, elles marchent les cuisses écartées, le corps souvent penché en avant et leurs traits reflètent les souffrances qu'elles éprouvent. Enfin, elles sont très nerveuses et très impressionnables.

Toucher. — La femme étant couchée sur le lit d'examen, en introduisant le doigt dans la cavité vaginale, on rencontre bientôt le col utérin qui donne une sensation absolument spéciale. Le museau de tanche paraît étalé, aplati ; ses lèvres éversées forment autour de lui un bourrelet épais, que l'index reconnaît facilement et qui fait saillie en arrière, au-dessus de la portion saine du col. L'orifice externe du canal cervico-utérin est démesurément agrandi et laisse facilement pénétrer la pulpe du doigt. Au lieu d'être lisse et unie comme sur un utérus normal, la surface du col est irrégulière, rugueuse, bourgeonnante. Cet examen développe souvent chez les malades des douleurs qui irradient dans tout le bassin, mais qui ne sont pas localisées au point touché par le doigt explorateur. C'est dans ces cas qu'on peut rencontrer des signes d'inflammation péri-utérine ; alors les culs-de-sac du vagin sont effacés, empâtés, douloureux au toucher ; suivant les malades on a affaire avec une salpingite, une ovarite, une lymphangite péri-utérine, un phlegmon du ligament large, etc.

Quand on retire le doigt de la cavité vaginale, il est souillé de sang ou de pus ; mais ne dégage aucune odeur spéciale, ce qui permet, malgré les tentations quelquefois trompeuses du toucher, de ne pas confondre l'endométrite avec un cancer utérin.

Spéculum. — L'examen au spéculum fournit, dans l'endométrite totale, les renseignements les plus précieux et, en le combinant avec l'hystérométrie, on peut poser d'une façon définitive le diagnostic.

Entre les deux valves de l'instrument, on constate les lésions du col utérin. Les deux lèvres du museau de tanche sont éversées, béantes, l'orifice n'est plus circulaire, mais il se présente sous la forme d'une fente transversale, à bords irréguliers et obliques en bas et en livrant passage à une partie de la muqueuse qui fait *hernie* ; il y a *ectropion*.

Toutes ces parties sont recouvertes de pus, de sang, et quand, par une injection, on a débarrassé la cavité vaginale des produits de sécrétion, on constate que le col est rouge, enflammé, bourgeonnant, souvent fongueux et qu'il saigne facilement.

Hystérométrie. — Longtemps on a regardé comme dangereux le cathétérisme de la cavité utérine, mais aujourd'hui l'antisepsie en a fait un moyen d'exploration journalier et absolument inoffensif.

MM. Siredey et Danlos (1), dans leur article du Dictionnaire Jaccoud, ont bien indiqué les modifications des diamètres de l'utérus. La cavité utérine est agrandie dans sa

(1) Siredey et Danlos. Loc. cit.

longueur, ainsi qu'on peut le constater en portant l'hystéromètre jusqu'au fond de l'organe; au lieu de 6 centimètres à 6 centimètres et demi qu'on trouve normalement, dans l'endométrite l'hystéromètre pénètre de 7 centimètres à 8 centimètres et demi et plus. La cavité utérine est encore agrandie dans sa largeur, comme on peut s'en convaincre en imprimant à l'instrument des mouvements de rotation qui s'exécutent très facilement.

Dans certains cas, cependant, l'hystéromètre est arrêté au niveau de l'orifice interne du col; mais cet arrêt n'est que momentané, il est dû à un spasme de l'isthme de l'utérus qui cède quand on prolonge le cathétérisme; dès lors, l'hystéromètre peut jouer librement dans la cavité utérine.

Nous ne signalons que pour mémoire les symptômes accessoires qu'on observe du côté de la vessie, du rectum, de la vulve, et qui sont les mêmes que ceux décrits plus haut à propos de l'endométrite cervicale.

Marche. Durée. Terminaisons. — La marche de l'endométrite totale est des plus lentes, tant à son début qu'à sa période d'état : jamais elle ne rétrocède sans intervention, tout au contraire elle est journellement progressive.

La durée est absolument corrélative de la marche, il n'est pas rare de voir des malades être atteintes d'endométrite totale depuis quatre, cinq ans et plus.

La terminaison peut être la guérison, si l'on intervient par la curette ou les caustiques; mais livrée à elle-même, l'endométrite s'aggrave, elle étend ses ravages jusqu'au muscle utérin, et finalement elle se transforme en métrite parenchymateuse.

Sans aboutir à cette dernière terminaison, l'endométrite est souvent la source de complications. Souvent, elle est le point de départ de salpingites et de salpingo-ovarites suppurées, ainsi que l'ont démontré dans leurs thèses MM. Montprofit (1) et Laire (2); que la propagation se fasse directement par la continuité des muqueuses, ou indirectement par les voies lymphatiques.

On peut encore observer : des phlegmons du ligament large, des pelvipéritonites aiguës qui se généralisent ou qui passent à l'état chronique et immobilisent l'utérus, au milieu de leurs néo-membranes, en le rendant impropre à la conception.

En dehors même de toutes ces complications, la stérilité est la règle dans l'endométrite totale, et il est logique de reconnaître qu'il n'en peut guère être autrement avec une muqueuse utérine malade et incessamment modifiée par les métrorrhagies et la suppuration.

Formes cliniques de l'endométrite totale. — Les auteurs se sont plu à décrire de nombreuses formes à l'endométrite; malheureusement les types parfaits n'existent pas et les divers symptômes se confondent et se combinent chez la même malade. Martin [de Berlin] (3) a donné, des métrites, une classification basée surtout sur la pathogénie, M. Heitzmann décrit les formes d'après les renseignements fournis par l'anatomie pathologique; mais ces formes ne sont pas des types parfaits, et avec notre maître M. Dumontpallier, nous préférons classer les formes de l'endométrite, d'après la nature de l'écoulement. C'est en prenant pour base de sa classification la nature des sécrétions utérines que le médecin de l'Hôtel-Dieu décrit :

(1) Montprofit. *Salpingites et ovarites*, Thèse de Paris, 1888.
(2) Laire. *Salpingites*, Thèse de Paris, 1888.
(3) Martin. Loc. cit.

1° Une *forme hémorrhagique*, caractérisée surtout par des métrorrhagies très abondantes;

2° Une *forme muco-purulente*, dans laquelle on retrouve surtout un pus abondant mélangé à du mucus et tachant le linge en l'empesant;

3° Une *forme pyo-hémorrhagique*, qui n'est, en somme, qu'une combinaison clinique des deux premières.

A ces trois formes, on peut en ajouter une quatrième, décrite successivement par Heitzmann et par Martin, la *forme dysménorrhéique ou exfoliatrice*, dans laquelle la malade rejette tout ou partie de sa muqueuse utérine.

3° Métrite parenchymateuse. — Bien que certains auteurs ne décrivent aujourd'hui la métrite parenchymateuse que comme une forme grave de l'endométrite totale, nous croyons devoir lui conserver sa place dans le cadre nosologique des métrites. Elle se distingue de l'endométrite non seulement par ses lésions anatomiques, qui, au lieu de rester limitées à l'endométrium, envahissent de plus les couches musculaires; mais encore par des symptômes cliniques spéciaux.

Grâce aux progrès réalisés de nos jours par la thérapeutique gynécologique, cette forme de métrite devient de plus en plus rare; mais on l'observe encore et les travaux de MM. Siredey et Danlos nous en fournissent des descriptions très claires.

Elle *débute* d'une manière absolument insidieuse, à la suite d'une endométrite totale non soignée, dont elle constitue dès lors une terminaison fréquente. Les *douleurs* constantes, qui l'accompagnent, ont pour siège la région médiane de l'hypogastre au-dessous de la symphyse pubienne; elles s'exagèrent par la pression, la marche, et surtout par les rapprochements sexuels qui deviennent presque impossibles tant ils sont douloureux. Les *écoulements*, beaucoup moins abondants que dans les endométrites, sont puriformes; dans certains cas, ils s'accompagnent de l'élimination de la couche musculaire voisine de la muqueuse qui se reconnaît facilement à sa structure microscopique, c'est la métrite disséquante décrite par Heitzmann. La plupart du temps, la vulvite et les troubles recto-vésicaux, qu'on observe à la suite des écoulements de l'endométrite, sont ici à peine marqués, souvent ils manquent.

Par contre, les *règles* sont des plus pénibles et des plus douloureuses; malgré des coliques expulsives très intenses, le sang que rejettent les malades à leurs époques menstruelles est rare, pâle et décoloré. Il n'est pas rare de voir cette forme d'endométrite persister après la ménopause.

L'examen direct complète toutes ces données. Par la *palpation* abdominale, on constate tout d'abord une augmentation notable du volume de l'utérus et, en combinant le palper et le toucher vaginal, on perçoit une diminution dans la consistance et la résistance des parois utérines qui deviennent ramollies.

Le col, énorme et également ramolli, prend dans certains cas un tel développement hypertrophique que le doigt le rencontre presque à l'orifice, formant un ectropion considérable. La pression prolongée, sur sa surface accessible, éveille une douleur qui va en s'accroissant et s'irradie jusque dans la région lombaire.

Au *spéculum*, on vérifie tous les signes fournis par le toucher, et contrairement à ce qu'on observe dans l'endométrite, la portion vaginale du col est décolorée, pâle,

exsangue. Au voisinage de l'ectropion, il existe des ulcérations plus ou moins profondes, mais absolument atones, dont les bourgeons saignent peu et n'ont pas de tendance à la cicatrisation.

L'*hystéromètre* pénètre facilement et joue à l'aise dans la cavité utérine, agrandie dans tous ses diamètres.

L'état général des malades est fortement touché, et l'on retrouve chez elles, plus accentués encore, tous les troubles que nous avons décrits dans les endométrites graves et prolongées.

Marche. Durée. Terminaison. — La métrite parenchymateuse marche très lentement et souvent l'utérus, après avoir augmenté de volume sous l'influence de l'infiltration embryonnaire, revient sur lui-même et s'atrophie dans une seconde phase que M. de Sinéty appelle phase d'induration. L'atrésie utérine est une terminaison fréquente de cette forme de métrite; elle est cependant discutable, car on peut l'attribuer à l'âge des malades qui ont souvent atteint l'époque de la ménopause. On comprend facilement que la stérilité soit la règle avec des troubles utérins aussi marqués.

La salpingite interstitielle est une complication fréquente de la métrite parenchymateuse, elle est sa conséquence anatomique naturelle. On peut donc dire que, quand la salpingite complique une métrite, elle est toujours de même nature qu'elle; suivant qu'on aura d'abord eu affaire à une métrite hémorrhagique, purulente ou parenchymateuse, on trouvera du côté de la trompe un hémato-salpinx, une pyo-salpingite, une pachy-salpingite.

V

DIAGNOSTIC

Il est absolument important de poser le diagnostic d'une métrite : 1° pour pouvoir instituer un traitement sérieux; 2° pour ne pas s'exposer à des erreurs thérapeutiques préjudiciables en intervenant dans des cas qui réclament la réserve la plus rigoureuse.

Nous nous sommes étendu assez longuement sur chaque variété de métrite pour ne pas revenir actuellement sur leur diagnostic différentiel; mais nous devons passer en revue un certain nombre d'affections qui peuvent simuler une métrite.

L'endométrite cervicale se diagnostique facilement, elle n'est presque jamais méconnue; il n'en est pas de même de l'endométrite totale et de la métrite parenchymateuse. C'est pourquoi nous allons étudier en détail le diagnostic de ces deux affections.

Si, jetant un regard en arrière, nous nous demandons les symptômes capitaux des métrites, nous voyons que le diagnostic doit avoir pour base :

1° Les écoulements utérins;
2° Les métrorrhagies;
3° La douleur;
4° L'agrandissement des diamètres utérins;
5° Les ulcérations du museau de tanche.

Nous allons passer en revue ces divers signes et voir quelles différences ils peuvent présenter suivant quelques affections utérines pouvant être confondues avec les métrites.

1° Écoulements utérins. — Les écoulements utérins de l'endométrite chronique sont très spéciaux, ils sont formés par un pus abondant, liquide, verdâtre et qui tache le linge. Par ces caractères tout spéciaux, ils se distinguent des écoulements cervico-utérins et des écoulements vaginaux; M. de Sinéty (1) a bien indiqué leurs caractères différentiels : les écoulements du col sont épais, résistants, gélatiniformes; les écoulements du vagin sont plus blancs, plus laiteux, comme caillebotés.

Dans un article intéressant, M. Schultze (2) enseigne qu'en garnissant les culs-de-sac vaginaux et le col utérin d'ouate glycérinée et aseptique, on recueille du pus au moyen duquel on peut, par l'examen microscopique, reconnaître l'existence et la nature d'une métrite. Ce moyen offre certainement des avantages, mais outre qu'il n'est pas toujours praticable, il existe, en dehors des caractères histologiques, des signes qui permettent de ne pas confondre les divers écoulements.

En dehors des écoulements purulents venus du vagin et du col, on peut observer des écoulements séreux dans le cancer de l'utérus au début; mais le liquide est limpide, sanguinolent, et exhale, le plus fréquemment, une odeur *sui generis* qui ne trompe pas.

Dans les fibro-myomes utérins, on a également des écoulements séreux, mais l'utérus présente des noyaux au sein de ses parois et l'hystéromètre donne, comme nous le verrons, des renseignements précieux.

Les polypes utérins s'accompagnent aussi d'écoulements, mais qui sont ordinairement dus à une endométrite concomitante.

2° Métrorrhagies. — Les métrorrhagies se rencontrent en dehors de l'endométrite, dans le cancer utérin, dans les corps fibreux, et enfin dans l'avortement spontané ou provoqué.

Le sang, qui s'écoule dans le *cancer de l'utérus*, est abondant et noir, son écoulement ne s'accompagne pas de douleurs expulsives, enfin il exhale, comme les écoulements, une odeur infecte et caractéristique.

Dans les *corps fibreux*, la métrorrhagie est abondante, surtout au moment des époques menstruelles, elle alterne avec des écoulements séreux et non pas muco-purulents.

L'*avortement*, enfin, cause souvent des métrorrhagies qui simulent, à s'y méprendre, celles de la métrite hémorrhagique, d'autant plus qu'elles s'accompagnent de coliques atrocement douloureuses. En examinant avec soin le sang rejeté par les malades, on y trouve des caillots, des débris membraneux et l'œuf, qui constitue le corps du délit. Bien qu'à première vue, ce diagnostic semble très facile à poser, il est cependant la cause d'erreur la plus fréquente; aussi faut-il se garder soigneusement de toucher l'utérus d'une femme qui n'a pas ses règles depuis quelques semaines ou quelques mois.

3° Douleur. — La douleur constitue, on peut le dire, le moyen de diagnostic le plus sérieux, en tant que symptôme subjectif du moins.

Dans le *cancer utérin*, au début, ainsi que le fait remarquer M. Bouilly (3), la douleur est rare; elle ne s'observe

(1) De Sinéty. Loc. cit.

(2) Schultze, traduction de Hergott. Le tampon, sa valeur comme moyen de diagnostic dans l'endométrite chronique, *Semaine médicale*, 1889, n° 20.

(3) Bouilly. Du diagnostic du cancer de l'utérus, *Semaine médicale*, 1886, n° 47.

qu'à une période avancée, alors que le tissu cellulaire péri-utérin est envahi et que le cancer n'offre plus aucune difficulté de diagnostic.

Dans les *corps fibreux*, la douleur est rare, elle n'a rien de fixe comme dans l'endométrite; ils sont d'ailleurs surtout caractérisés par des hémorrhagies.

Les *polypes utérins* s'accompagnent bien de coliques expulsives, mais l'erreur n'est pas possible quand ils font saillie hors du canal cervical, et l'hystéromètre peut toujours les reconnaître quand ils sont intra-utérins.

Dans l'*avortement*, les coliques expulsives peuvent faire croire à une métrite ; mais l'œuf, les caillots, la suspension des menstrues lui sont spéciales.

4° Agrandissement des diamètres de la cavité utérine. — Dans le *cancer de l'utérus*, au début, il y a souvent agrandissement des diamètres de la cavité utérine; mais le col est bourgeonnant, les parois utérines sont infiltrées et l'hystéromètre éprouve, à leur contact, une sensation de fermeté et de résistance qu'il n'éprouve pas dans l'endométrite, dans laquelle il y a ramollissement des parois utérines.

Dans les *corps fibreux*, il y a aussi agrandissement, mais les dimensions de la cavité utérine atteignent un degré d'exagération qu'on ne retrouve pas dans l'endométrite. Tandis que, dans les métrites, l'utérus mesure au plus 10 à 12 centimètres, dans les corps fibreux on pénètre facilement de 20 à 25 centimètres et plus, si bien que souvent l'hystéromètre n'arrive pas à toucher le fond de l'organe. De plus, par le palper abdominal, on constate que les dimensions de l'utérus sont exagérées et que les parois irrégulières contiennent des noyaux fibreux. D'autres fois, les noyaux fibreux font surtout saillie dans l'intérieur de l'utérus et dévient le cathéter introduit dans l'organe.

La *grossesse*, au début, présente un agrandissement des diamètres de l'utérus et souvent une main, même exercée, ne reconnaît pas à l'hystéromètre la situation de l'œuf. C'est pourquoi, nous ne saurions trop répéter qu'il faut se garder de toute exploration immédiate chez les femmes mal réglées, ou dont les menstrues sont suspendues. Il arrive que des femmes grosses simulent une endométrite pour pousser le médecin à intervenir et, par suite, à déterminer l'avortement par son intervention; c'est pourquoi, à sa clinique gynécologique de l'Hôtel-Dieu, notre maître, M. Dumontpallier, n'examine jamais une malade qu'autant qu'il connaît d'une façon absolument certaine et précise l'époque de ses dernières règles.

5° Ulcérations. — Nous avons insisté sur l'ectropion et l'ulcération de la portion vaginale du museau de tanche dans l'endométrite. Nous n'avons pas besoin de rappeler que l'ulcération utérine n'existe pas, en tant qu'ulcération, sans qu'il y ait en même temps altération de l'organe.

Il n'existe qu'une seule affection pouvant simuler l'endométrite, c'est le *cancer utérin*; mais il est une cause d'erreur très fréquente; aussi allons-nous exposer les caractères de son ulcération, tant à son début qu'à sa période avancée.

Au début, dans l'épithélioma de l'utérus, le col présente des bourgeons ulcérés, fongueux, saignants, qui peuvent faire croire à un ectropion cervical. Généralement, ces bourgeons s'étalent autour de l'orifice externe du museau de tanche, sans agrandir sa cavité; mais quelquefois ils font saillie à travers l'orifice et simulent l'ulcération de la métrite. Dans ces cas, le plus sûr moyen de diagnostic, c'est d'enlever avec une curette un des bourgeons et de l'examiner au microscope pour voir s'il est de nature épithéliale.

Plus tard, l'ulcération du cancer est anfractueuse, irrégulière, le col est déchiqueté, ouvert, détruit en partie, et le diagnostic est beaucoup plus facile : mais quelquefois il pourrait être confondu avec une métrite parenchymateuse arrivée à la période d'atrophie. Il faut alors réserver son diagnostic et se rappeler que le cancer de l'utérus s'accompagne d'immobilisation de l'organe, d'hémorrhagies incessantes et infectes qui font ordinairement éviter l'erreur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 4 mars 1889, ont été nommés dans l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Caudron, Coutant, Picard, Komorowski, Vincent, Mazand, Vaucher, Rochette, Pezille, Courtade, Carlier, Robert, Vincent-Martin, Pezaud, Muller, Provost, Gassiolle, Vilcoq, Laffitte, Herr, Guignon, Thibault, Valette, Junin, Chalus, Chevallet, Guinon.

— Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre de l'Intérieur a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, qui se sont distinguées par leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1886 :

Médailles d'or. — M. le professeur Lacassagne, à Lyon; M. Gebhart, pharmacien, à Épinal.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Pujos, à Auch; le professeur Lhuissier, à Rennes; Thibaut, pharmacien, à Lille; Blarez, pharmacien (Gironde).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Mangenot et Guède, à Paris ; Mabille, à l'asile de Lafond ; Blanquinque, à Laon ; Fouquet, à Vannes; Toussaint, à Mézières; Massot, à Perpignan; Durand, à Saint-Nazaire.

— Un concours, pour la nomination à la place de chef des labotoires de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le mardi 15 avril 1890, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, depuis le lundi 17 mars jusqu'au lundi 31 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de jurisprudence médicale. Ouvrage résumant la jurisprudence professionnelle, les textes des lois et les réglements utiles à tous ceux qui pratiquent l'art de guérir, par L. Guerrier, avocat à la cour d'appel de Paris, conseil judiciaire de l'Association des médecins de France, et L. Rolureau, avocat à la cour d'appel de Paris ; avec préface et introduction, par M. le docteur Roger, président de l'Association des médecins de France, et M. le docteur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-12. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

33

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

50

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès,** 9, r. du 4 Septembre, Paris.

69

PEPTONE DENAEYER

Éléments de la viande digérés et diffusibles, en solution concentrée à 20 p. 100, **limpide et stérilisée;** saveur et arôme de bon bouillon de bœuf.

Analyses de MM. les professeurs Violette, Frésénius, Krukenberg, etc.

Rapport à l'Académie royale de médecine de Belgique.

BROCHURE ENVOYÉE SUR DEMANDE.

PEPTONATE DE FER DENAEYER

ferrugineux neutre, non astringent, complètement assimilable.

Dépôt central : MICHELAT *et* LESUEUR, *9, rue des Guillemites, Paris. — Pour le Nord, Pharmacie* GOBERT, *à Lille.*

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

34

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50. *Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.* Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

67

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(Amers et ferments digestifs.)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge et phies.

41

Véritable ferrugineux assimilable

PEPTONATE DE FER ROBIN

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Seul présenté à l'Académie par BERTHELOT en 1885. *Chloro-anémie, dyspepsie.* — 10 à 20 gttes pr repas.

VIN ROBIN, 1 cuillerée par repas.

DRAGÉES ROBIN, 2 à 3 par repas.

GROS : Paris, 7, r. de Jouy. — DÉTAIL : Ttes phies.

16

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE: Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

92

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

34

PIN D'AUTRICHE DE JOSEPH MACK

(PINUS PUMILIO)

ESSENCE : en inhalations contre les maladies de la Gorge, Angines, Croup et Asthme; — en friction contre les accès de Goutte.

CELLULES : contre Bronchites chroniques, Catarrhes anciens, restes de Pleurésie, Toux invétérées, Grippe et Influenza.

SIROP & PATE : contre Enrouements, Coqueluche, Toux, Bronchites.

Ces médicaments ont pour base l'Essence retirée par JOSEPH MACK *des aiguilles et des sommités de la variété des Pins appelée* **Pinus Pumilio,** *universellement reconnue pour la plus riche en principes balsamiques.*

Dépt gl : Phie TALLON, 49, Avenue d'Antin, Paris. Envoi gratis et fo d'échants à MM. ls Docteurs, sr demde adressée au Dépôt général. Joseph Mack

51

DÉBILITÉ, ANÉMIE

MALADIES DE L'ENFANCE

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, agréable au goût, possède les mêmes propriétés que l'**Huile de foie de Morue.**

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS, et Phies.

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

Dose : DE 1 A 4 CUILLERÉES A SOUPE DANS UN PEU D'EAU.

Phie VICARIO, 43, boulev. Haussmann, Paris.

53

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

23

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté.* Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

42

SIROP POLYPHOSPHATÉ, ÉLIXIR POLYPHOSPHATÉ

VIN LOGEAIS POLYPHOSPHATÉ

aux PHOSPHATES de POTASSE et de SOUDE et à la NOIX de KOLA.

Un verre à liqueur représente 0,70 centigr. de phosphates combinés.

Réparateur des Os, des Muscles, du Sang.

Paris, 37, avenue Marceau, et toutes pharmacies.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, Place Vendôme, PARIS. G. Mannet

N° 30. — MARDI 11 MARS 1890. 63e ANNÉE. MARDI 11 MARS 1890. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 10 mars 1890.

Nous reproduisons, d'après la *Gazette des tribunaux*, un intéressant travail de M. le conseiller Gauja, sur la loi militaire et les professions libérales. Nos lecteurs verront que l'auteur, après avoir étudié la loi dans tous ses détails, a acquis la conviction que les jeunes gens qui veulent faire des études libérales, peuvent devancer l'appel en contractant des engagements volontaires et réclamer, au bout d'un an, le bénéfice de la disposition de la loi qui permet au ministre de leur donner des congés en temps de paix.

LA LOI MILITAIRE ET LES PROFESSIONS LIBÉRALES

Par M. Gaston Gauja,
Conseiller à la cour d'appel d'Agen.

Une des applications de la loi militaire nouvelle, qui préoccupe le plus les familles et les jeunes gens qui se destinent aux carrières dont les études préparatoires donnent droit à l'envoi en congé, en temps de paix, après la première année de service, c'est l'impossibilité où l'on croit généralement ces jeunes gens de faire cette année de service à une autre époque que celle qui suit immédiatement leur tirage au sort, d'où la nécessité, pour la plupart, d'interrompre de hautes études commencées.

Cette croyance, puisée je ne sais où, est partagée par les meilleurs esprits, et, à propos de l'incident de l'École normale, nous voyons au *Journal officiel* que M. Bardoux, questionnant au Sénat le ministre de la Guerre, à la séance du 5 décembre 1889, commence ainsi :

> Vous savez, Messieurs, que la nouvelle loi militaire, vis-à-vis de ceux qui n'ont qu'une année à faire, a interdit d'une façon absolue toute anticipation d'engagement et tout sursis d'appel.

Après avoir lu et relu la loi du 16 juillet 1889, je crois que cette interdiction, exacte pour les sursis d'appel, n'existe pas pour les anticipations d'engagement, ou, pour être plus précis, pour les engagements.

Pour moi, j'estime que M. le ministre de la Guerre peut, sans modification de cette loi, autoriser ces jeunes gens, sans distinction, à faire leur année de service avant l'appel de leur classe, s'ils le demandent, pourvu que ce ne soit pas avant qu'ils aient dix-huit ans révolus, âge minimum requis pour les engagements volontaires.

Mon raisonnement est fort simple ; il repose uniquement sur cet axiome de droit naturel que tout ce qui n'est pas défendu par la loi est permis.

Or, l'article 59 de la loi du 16 juillet 1889 m'apprend que tout Français peut être admis à contracter un engagement volontaire dans l'armée active aux conditions suivantes.

Je ne vois nulle part que, parmi ces conditions, figure celle de renoncer à être envoyé en congé comme les appelés de la classe, comme ceux qui ont atteint l'âge de vingt ans révolus.

Et c'est, en effet, d'abord en congé que sont envoyés les jeunes gens dont je m'occupe, si l'on s'en réfère à la première section du chapitre II, titre II, dans laquelle est compris l'article 23, contenant leur nomenclature.

Aucun n'est, dès le début, exempté, dispensé d'un seul jour de service, tous sont immatriculés pour trois ans dans l'armée active ; seulement, en temps de paix, après un an de présence sous les drapeaux, ils peuvent être ou sont envoyés en congé dans leurs foyers, sur leur demande :

> Art. 21. — S'ils sont, aîné d'orphelins, fils unique ou aîné des fils de veuve ou de femme dont le mari est absent ou interdit, ou d'un père aveugle ou septuagénaire, fils unique ou l'aîné des fils d'une famille de sept enfants, le plus âgé de deux frères inscrits la même année sur les listes de recrutement cantonal, frère d'un militaire au service, ou mort au service.
>
> Art. 22. — S'ils sont soutiens indispensables de famille.
>
> Art. 23. — S'ils sont engagés pour dix ans dans l'instruction publique,... s'ils ont obtenu ou poursuivent leurs études en vue d'obtenir, soit le diplôme de licencié ès lettres, ès sciences, de docteur en droit, de docteur en médecine, etc., etc., s'ils exercent certaines industries d'art, etc., s'ils sont élèves ecclésiastiques.

La dispense définitive de deux ans n'interviendra que plus tard, plus ou moins longtemps après, si ces jeunes gens parviennent à faire certaines justifications sans lesquelles ils seront rappelés à l'activité.

C'est sans doute de cette possibilité de dispense définitive que vient l'erreur commune que je combats. On la trouve inconciliable avec l'alinéa de l'article 59 qui dit que la durée de l'engagement volontaire est de trois ans au moins.

L'objection n'est que spécieuse.

J'ai beau chercher, je n'aperçois d'autre différence, édictée par la loi, entre l'engagé volontaire et l'appelé de la classe, que celle-ci : le premier est incorporé en vertu d'un contrat librement formé par l'accord de son désir et de l'acceptation de l'Etat, le second est incorporé en vertu d'une obligation légale.

Rien, dans les textes, ne met obstacle à ce que le désir de l'étudiant en médecine, de l'élève ecclésiastique, par exemple, soit formulé sous la réserve qu'il conservera les mêmes droits que s'il avait attendu son incorporation légale, et que l'acceptation de l'Etat intervienne sous les mêmes réserves.

Pour le jeune homme qui a tiré au sort, pour l'appelé, l'obligation de passer trois ans dans l'armée active lui est imposée de par la loi elle-même, sous condition à la fois suspensive et résolutoire. Aussitôt après la conscription, il est obligé pour trois ans, et satisfera tout de suite au tiers de son obligation, mais il devra satisfaire plus tard aux deux autres tiers, s'il ne prouve pas, à certains moments fixés, qu'il continue ou a parachevé les études qu'il a justifié avoir commencées, et déclaré vouloir continuer. Il est obligé, *ab initio*, pour trois ans, mais sera libéré postérieurement de deux, s'il fait la preuve complète qu'il a rempli les conditions qui lui ont valu la suspension de l'exécution de son obligation.

Encore une fois, pourquoi cette obligation changerait-elle de nature, parce qu'elle serait contractée volontairement, avant l'époque où, à défaut de la volonté manifestée du conscrit, c'est la loi qui la lui imposera avec ses modalités ?

Pourquoi la volonté manifestée du conscrit devrait-elle être interprétée dans le sens d'une renonciation aux droits que la loi lui ménageait pour l'époque où elle doit lui imposer la sienne ?

Je me répète forcément, mais fatalement je reviens à mon point de départ : il faudrait un texte pour créer une semblable différence, et ce texte n'existe pas.

Ils abondent, au contraire, dans mon sens.

L'obligation du service militaire est égale pour tous. Elle a une durée de vingt-cinq ans. Le service militaire s'accomplit selon le mode déterminé par la présente loi. (Art. 2.)

Tout Français reconnu propre au service militaire fait partie successivement :

De l'armée active pendant trois ans;

De la réserve de l'armée active pendant sept ans, etc. (Art. 37.)

Le service militaire fixé par l'art. 37 ci-dessus compte, pour l'engagé volontaire, du jour de la signature de l'acte d'engagement. (Art. 59, dernier alinéa.)

Donc, l'engagé volontaire fait le même service que l'appelé, il doit pouvoir le faire sous les mêmes conditions et réserves.

Et qu'on ne veuille pas tirer argument de ce que l'article 23 est au titre II des appels.

L'article 21, l'article 28, l'article 29 y sont aussi : ils traitent cependant de questions expressément relatives aux engagés.

On m'objectera peut-être l'article 21, deuxième avant-dernier alinéa, qui dit que l'appelé ou *l'engagé* qui, postérieurement, soit à la décision du conseil de revision, soit à son incorporation, entre dans l'une des catégories prévues ci-dessus, est, sur sa demande, et dès qu'il comptera un an de présence au corps, envoyé en congé dans ses foyers, jusqu'à la date de son passage dans la réserve ; et peut-être aussi l'article 59, dernier alinéa, qui dit que l'engagé volontaire admis, après concours, à l'École normale supérieure, à l'École centrale des arts et manufactures ou à l'une des écoles spéciales visées à l'article 23, pourra bénéficier des dispositions dudit article, après un an de présence sous les drapeaux, à la condition que la demande ait été formulée au moment de l'engagement.

Ce serait une façon de raisonner tout à fait contraire aux règles de l'interprétation des lois que de prétendre que de ce que le législateur a indiqué certaines catégories d'engagés volontaires comme devant bénéficier de ses dispositions bienveillantes, on doit induire son intention d'en exclure les autres, alors qu'il ne l'a pas expressément manifestée.

Au contraire, faut-il conclure des énonciations qu'il a pensé à formuler, qu'il eût appliqué les mêmes règles aux catégories oubliées, si elles se fussent présentées à son esprit.

Là où il y a même raison de décider, la décision doit être la même.

Mais rien ne prouve qu'il y ait eu oubli. Il est à remarquer que tous les cas de mise en congé de l'article 21, dont j'ai donné la nomenclature plus haut, sont des cas qui ne devaient pas être prévus au moment de l'appel ou de l'engagement, et que ceux de l'avant-dernier alinéa de l'article 59 sont des cas qui ne pouvaient l'être que par l'engagé au moment de l'engagement, puisque les termes de l'article font supposer qu'il s'agit d'une admission au concours, postérieure à cet engagement.

Il a pu sembler utile au législateur d'exprimer que, malgré ces circonstances qui auraient pu permettre de soutenir que l'appel ou l'engagement avait été sans réserves, serait encore appliquée la règle générale, que, pour certains jeunes gens, l'appel et l'engagement sont toujours conditionnels. Sa précaution, loin d'être une contradiction, n'est qu'une confirmation nouvelle de cette règle, et il serait bizarre qu'on y vît une raison de ne pas l'appliquer à ceux, beaucoup plus favorables, chez lesquels la cause de la mise en congé est née et notoire au moment de l'engagement.

Quoi qu'il en soit, je crois avoir donné des arguments assez sérieux pour que la question puisse être soumise de nouveau à l'examen de M. le ministre de la Guerre qui, dans sa réponse à M. Bardoux, sur la question relative aux élèves de l'École normale, se déclarait prêt à donner satisfaction aux exigences des hautes études, s'il le pouvait, sans violer ni le texte ni l'esprit de la loi.

Il suffirait, pour cela, qu'un père de famille demandât, pour son fils, jeune étudiant en médecine, par exemple, l'autorisation de s'engager à dix-huit ou dix-neuf ans, avec la réserve des droits que lui assurerait l'article 23, s'il était appelé.

J'ajoute qu'en résolvant la question que je soulève dans le sens que j'estime le vrai, sa décision ne serait pas seulement favorable aux jeunes gens, dont, père de famille, je prends la cause en main, mais qu'elle serait avantageuse à l'armée. On a répété qu'il serait bon que le cadre des sous-officiers pût s'enrichir de jeunes gens instruits. Il est certain qu'il y en aura davantage qui renonceront à la mise en congé, au bout d'un an, parmi ceux qui ayant pu faire cette année à dix-huit ans, au sortir du collège, avant leurs hautes études commencées, prendront goût au service militaire et se verront quelque chance d'arriver jeunes aux écoles de

Saint-Maixent ou de Saumur, que parmi ceux qui ne la feront qu'à près de vingt et un ans, alors qu'ils auront déjà tâté de la liberté, et engagé leur avenir dans une autre voie.

HOTEL-DIEU. — M. Tillaux.

Des déchirures du périnée. Malades qu'il faut opérer. Opportunité de l'opération. Périnéorrhaphie par la méthode d'Emmet.

Vous avez pu examiner, dans une de mes salles, une jeune femme de vingt-trois ans, entrée dans mon service pour subir une opération dont je veux vous parler aujourd'hui. Les antécédents de cette malade sont bons. Elle n'a rien présenté d'anomal du côté de ses règles. A dix-huit ans, elle a eu un enfant qui semble s'être présenté dans les conditions habituelles, cependant, en accouchant, cette jeune femme a eu une déchirure du périnée qui n'a pas été soignée immédiatement.

Elle ne tarda pas à présenter quelques symptômes du côté de la vessie : envies fréquentes d'uriner et même incontinence d'urine. Elle déclare que si elle n'avait pas mis un bandage pour soutenir son périnée, sa matrice serait sortie. Ces troubles vésicaux la décidèrent à consulter un médecin, qui lui donna le conseil assez bizarre de faire tous ses efforts pour avoir un deuxième enfant. Cette grossesse devait la guérir. Cette jeune femme semble n'avoir pas entièrement négligé l'avis de son docteur, car elle ne tarda pas à avoir un enfant, dont elle accoucha à huit mois et demi. Le nouveau-né mourut rapidement. Sa déchirure périnéale date de cinq ans et demi.

Mais quittons un instant cette malade pour nous occuper de la lésion qu'elle présente.

La déchirure du périnée peut être complète ou incomplète. J'aime mieux la division suivante : la déchirure intéresse ou n'intéresse pas le sphincter externe.

Notre malade a une déchirure qui entame le sphincter et remonte à une hauteur de 1 centimètre et demi à 2 centimètres sur la cloison.

Les accidents consécutifs à cette lésion du périnée sont d'abord une chute de l'utérus, facile à comprendre, ensuite de la cystite et, parfois, de l'incontinence d'urine.

Doit-on opérer une rupture incomplète ou plutôt une rupture qui respecte les sphincters? Il est impossible de donner une réponse ferme à cette question. Cela est variable suivant les malades. Il y a des femmes qui ne présentent aucun symptôme désagréable. D'autres souffrent (prolapsus utérin, catarrhe vésical, douleurs des reins). Ces femmes qui ont des douleurs doivent être opérées. Ce n'est pas une intervention qui s'impose, mais elle est bonne.

Les ruptures complètes du périnée doivent être toujours traitées par une opération curative.

A quel moment faut-il prendre le bistouri? Vous serez quelquefois vivement sollicité par certaines malades qui ont hâte de se débarrasser d'une infirmité. Il ne faudra pas vous laisser toucher par les prières. Non seulement vous devez laisser passer la période puerpérale, mais il sera bon d'attendre six mois au minimum après l'accouchement. Vous serez parfois étonné de constater combien la nature arrive à réparer ces pertes de substance — dans une certaine mesure, bien entendu. Parfois, certaines déchirures se restaurent spontanément, au grand étonnement du chirurgien qui pensait devoir être obligé d'opérer. Quelquefois la déchirure diminue considérablement d'étendue avec le temps. Il faut donc attendre six mois et même je suis assez disposé à renvoyer l'opération à un an après l'accident.

Je prépare mes malades à subir l'intervention chirurgicale, en leur faisant donner des injections de sublimé, une purgation la veille, et, le jour même de l'opération, elles prennent une potion avec 4 grammes d'iodure de potassium.

Quelle méthode opératoire devez-vous choisir? La périnéorrhaphie a subi une évolution considérable dans ces dernières années. Jusqu'à l'invention du procédé de Hue et d'Emmet, cette opération était bien ennuyeuse. Chaque chirurgien avait sa méthode. Tous les procédés étaient longs, pénibles et difficiles à pratiquer. On ne comprenait pas toujours aisément les descriptions de toutes ces opérations plus ou moins compliquées et, chose plus grave, les résultats définitifs étaient incomplets, bien imparfaits. On obtenait assez souvent la réfection de la cloison entamée. L'œil du chirurgien était satisfait, quand la cicatrisation était terminée. Mais il était rare de rétablir la fonction sphinctérienne. Les malades ne retenaient pas mieux les liquides et les gaz qu'avant l'opération. De plus, il n'était que trop fréquent de constater, quand on voulait bien la chercher avec soin, une petite fistule recto-vaginale.

L'opération de Jules Hue et d'Emmet a modifié et la technique opératoire et les résultats définitifs de la périnéorrhaphie. L'opération en question est facile, simple, à la portée de tous les praticiens instruits et adroits de leurs mains. Elle ne dure pas longtemps et elle réussit très souvent d'une façon absolument satisfaisante. Quand elle ne réussit pas très bien, il y a un insuccès complet, mais il n'y a pas de résultats à moitié bons. Quand l'opération a échoué une première fois, il suffit de recommencer.

Faut-il mettre une sonde à demeure? Je n'en mets jamais. La sonde à demeure est souvent mal supportée, elle détermine des douleurs et elle ne remplit pas entièrement le but que l'on désire, même quand elle ne donne lieu à aucune gêne. L'urine s'écoule toujours en petite quantité entre la sonde et les parois uréthrales et vient baigner les surfaces réunies. On peut, il est vrai, éviter la sonde à demeure et pratiquer plusieurs fois par jour le cathétérisme. Mais une petite quantité d'urine, comme dans le cas précédent, s'infiltre en dehors de la sonde. C'est pourquoi je laisse la femme uriner quand elle en a envie, mais je fais suivre chaque miction d'un bon lavage vaginal avec une solution de sublimé.

Doit-on constiper les femmes de façon à les empêcher d'aller à la selle pendant plusieurs jours après l'opération? Je ne le crois pas. J'aime mieux, dès le deuxième jour, faire donner avec prudence un lavement qui ramollira les matières fécales et leur permettra de sortir sans danger pour les points de suture. Quand on constipe, pendant plusieurs jours, les opérées, elles rendent des bouchons énormes qui compromettent singulièrement la réunion.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

I

La pleurotomie dans les pleurésies purulentes métapneumoniques. — Les pleurésies métapneumoniques, dit M. Catrin, sont fréquemment purulentes. Certaines de ces pleurésies ont une tendance naturelle à la guérison : c'est lorsque le pus de ces pleurésies ne renferme pas de pneumocoques. Comment recon-

naître, sans le secours du microscope, les cas qui doivent guérir spontanément et ceux qui nécessitent une intervention chirurgicale?

M. Catrin pense que la clinique ne permet pas de faire cette distinction et que, d'ailleurs, il vaut mieux opérer. En effet, la pleurotomie produit une guérison rapide, tandis que les pleurésies métapneumoniques, même sans pneumocoques, ne guérissent spontanément qu'avec une grande lenteur. Voici les conclusions du travail que l'auteur a publié dans la *Province médicale* :

1° On doit opérer les pleurésies purulentes métapneumoniques;

2° La pleurotomie doit être précoce;

3° La guérison est plus sûre et plus rapide par la pleurotomie que par les vomiques, l'expectation ou les ponctions simples.

Les propriétés microbicides du sérum. — La question de l'immunité, étudiée par MM. Charrin et Roger dans la *Gazette hebdomadaire*, soulève des problèmes complexes. Comment l'économie peut-elle lutter avec avantage contre l'envahissement des microbes?

On peut grouper, sous trois chefs principaux, les conditions qui expliquent l'immunité : il existe des conditions physiques, chimiques et cellulaires.

L'état des cellules joue un rôle important. Certaines cellules sont réfractaires à l'influence des sécrétions microbiennes. D'autres cellules englobent les micro-organismes et les digèrent. Ce processus est décrit sous le nom de phagocytose.

A côté des réactions cellulaires prend place l'influence de la constitution chimique de l'organisme. Il faut tenir compte de l'état des humeurs et particulièrement du sang.

Flügge, Nuttal et Nissen ont montré que divers microbes, semés dans le sang, y subissent une dégénérescence très accusée; de nombreuses bactéries sont détruites et d'autres peuvent végéter pendant une période plus ou moins longue.

Buchm a opéré, non pas sur du sang en nature, mais sur du sérum, c'est-à-dire sur un liquide dépouillé de cellules. Ce sérum est microbicide. Mais il suffit de le porter à la température de 55 degrés pendant une heure ou d'augmenter son pouvoir nutritif (en ajoutant, par exemple, de la peptone au sérum), pour faire disparaître ses propriétés microbicides.

MM. Charrin et Roger ont étudié parallèlement le développement du bacille pyocyanique dans le sérum de lapins neufs et de lapins vaccinés. Dans ce dernier cas, la végétation est considérablement entravée : les microbes sont bien moins nombreux; leur fonction chromogène est supprimée ou diminuée; leurs formes sont anomales.

Ainsi, même lorsqu'ils se développent, les microbes sont modifiés et gênés dans leur évolution.

Ces faits constituent une intéressante contribution à l'étude de l'immunité.

II

De la trichophytie du cuir chevelu et de son traitement. — La teigne tondante, d'après M. Brocq, est une affection éminemment parasitaire, locale : elle est donc surtout justifiable d'un traitement externe. Cependant, on fera bien d'agir sur l'état général. Voici le résumé du travail que cet auteur a publié dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* :

Traitement général. Huile de foie de morue, sirop antiscorbutique, sirop d'iodure de fer, arsenic, etc. Habitation à la campagne, séjour au bord de la mer, eaux sulfureuses, eaux chlorurées sodiques.

Traitement local. De l'avis de M. Brocq, tous les moyens thérapeutiques employés sont mauvais. Il n'existe point de maladie contre laquelle on soit plus désarmé.

Traitement prophylactique. Il faut empêcher la contamination des personnes qui ont des rapports avec le malade. Toute la prophylaxie se résume dans ces mots : *isolement rigoureux.* Tout enfant atteint de teigne tondante doit être exclu des écoles; il doit avoir immédiatement la tête rasée, savonnée tous les matins, puis recouverte d'un enduit imperméable quelconque, soit directement posé sur les plaques seules, soit sur tout le cuir chevelu. Quand il se trouvera avec d'autres enfants, il ne devra se découvrir sous aucun prétexte.

Traitement local proprement dit. Raser, ou tout au moins couper aux ciseaux, les cheveux aussi ras que possible. Savonner le cuir chevelu avec de l'eau chaude et du savon ordinaire ou du savon au goudron ou au naphtol.

Il faut circonscrire les plaques malades et pratiquer l'*épilation.*

Immédiatement après l'épilation, M. Brocq prescrivait de lotionner les régions épilées avec une solution au sublimé au 500e et même au 250e. Quelques heures après on les enduit de la pommade suivante :

Axonge		30 grammes.
Huile d'amandes douces	ãã	4 —
Glycérine		
Turbeth minéral		1 —

Ces lotions au sublimé et les onctions avec la pommade au turbeth se font matin et soir. L'épilation est répétée trois ou quatre fois au moins.

M. Vidal recommande de faire des lotions sur le cuir chevelu avec de l'essence de térébenthine, puis, de badigeonner avec de la teinture d'iode, enfin, de faire des onctions de vaseline, dont on étend une épaisse couche sur les plaques malades, puis on recouvre de taffetas gommé ou de gutta-percha laminé. M. Vidal croit pouvoir obtenir ainsi la guérison sans épilation.

M. Lailler prescrit de frictionner, matin et soir, les parties malades et épilées avec un linge imprégné de la préparation suivante :

Eau		950 grammes.
Glycérine		50 —
Bichlorure de mercure	ãã	1 —
Chlorhydrate d'ammoniaque.		

Il faut ensuite recouvrir la tête avec le linge dont on s'est servi pour la friction, puis d'un bonnet. Laver le cuir chevelu une fois par semaine. Continuer le traitement pendant douze à quinze mois.

M. Besnier prescrit l'épilation, fait laver la tête tous les matins avec de l'eau chaude boriquée au 200e, additionnée de savon dans la proportion convenable, d'après l'état d'irritation du cuir chevelu. Tous les soirs on frictionne légèrement les points malades avec une pommade à la vaseline, contenant une très petite quantité d'acétate ou de sulfate de cuivre de 0,50 à 1 p. 100; et l'on surveille le malade de manière à n'avoir jamais de dermite. Si le cuir chevelu a de la tendance à s'enflammer, M. Besnier se borne à employer une pommade à la vaseline, renfermant un vingtième d'acide borique.

M. Brocq ordonne maintenant de faire, après épilation, des lotions sur les plaques, deux fois par jour, avec le mélange suivant :

Eau	400 grammes.
Glycérine	100 —
Sublimé	1 —

M. s. a. — (On augmente ou l'on diminue la dose de sublimé, suivant la tolérance du cuir chevelu.)

Puis on frictionne également, matin et soir, les plaques malades avec la pommade suivante :

Turbeth minéral	1 à 2 grammes.
Lanoline	30 —
Vaseline	10 —

M. s. a.— On savonne la tête toutes les fois que c'est nécessaire; on épile de nouveau dès qu'on le peut.

Au bout de deux ou trois mois de ce traitement, tout en continuant l'épilation, on alterne avec des badigeonnages de teinture d'iode, des frictions à l'essence de térébenthine, à la glycérine phéniquée et des pansements occlusifs à la vaseline iodée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 mars 1890. — Présidence de M. Terrier.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CURAGE DE L'UTÉRUS

M. Richelot. Il y a eu un malentendu entre M. Lucas-Championnière et lui, dans la dernière séance. M. Richelot affirme que la douleur n'est pas, comme l'a dit M. Lucas-Championnière, la preuve d'une affection des annexes. La métrite seule peut donner lieu à des souffrances parfois vives.

M. Lucas-Championnière. Il y a des cas où le curage doit être fait. On a abusé de cette opération. Les douleurs vives, localisées dans le petit bassin, sont symptomatiques d'une lésion des annexes.

M. Terrier faisait volontiers, autrefois, l'amputation du col, qu'il combinait fréquemment au curage. Mais il a remarqué que les opérations sur le col donnaient lieu parfois à une atrésie du conduit cervical, aussi M. Terrier fait-il moins fréquemment l'amputation du col. Il se contente souvent de curer avec soin la cavité cervicale. La dernière statistique porte sur 24 grattages et sur 6 grattages avec amputation du col.

M. Richelot a remarqué deux ou trois fois l'atrésie, à la suite de l'amputation du col. Mais l'atrésie est facile à dilater dans ces cas.

M. Trélat. L'endométrite est une affection douloureuse. Les douleurs sont d'intensité variable. Assez souvent, il existe des douleurs locales ou des douleurs irradiées, qui se produisent spontanément. On détermine toujours de la douleur en pratiquant le palper, le toucher ou le cathétérisme utérin.

M. Trélat vient d'observer trois malades qui avaient de l'endométrite, sans aucune complication du côté des annexes, et qui souffraient.

Qu'il existe des douleurs autres que celles de la métrite; que ces douleurs aient un caractère et un siège différents, le fait est certain. C'est justement ce qui permet de différencier les douleurs dues à la métrite de celles qui dépendent d'une lésion des annexes.

Mais il n'en est pas moins évident que l'endométrite donne naissance à de la douleur. Celle-ci peut même être assez vive pour altérer gravement l'état général. Le curage enlève la douleur dans l'endométrite. Si donc on diagnostique que la douleur siège au niveau de la matrice, il faudra instituer une thérapeutique intra-utérine. Le curage ne guérit pas toutes les salpingites. Certaines salpingites douloureuses peuvent être guéries par le curage.

M. Trélat peut citer d'autres faits à l'appui de sa manière de voir.

Une femme de trente-quatre ans, ayant de l'endométrite, présentait dans le cul-de-sac droit des brides et des adhérences; dans le cul-de-sac gauche existait une salpingite manifeste. Le grattage a amené la disparition de la salpingite.

Chez une autre femme atteinte d'endométrite, on trouvait à droite une tumeur salpingienne, et à gauche des brides. Le curage amène la guérison de la malade. L'exploration permet de rencontrer seulement des traces de salpingite.

Deux jeunes femmes avaient des tumeurs salpingiennes, qui se présentaient à peu près dans les mêmes conditions cliniques. Après trois mois de traitement, une des malades est guérie après avoir subi deux curages. L'autre n'a retiré aucun bénéfice de la thérapeutique intra-utérine. On trouvera, du reste, dans la thèse de Mlle H. Finkelstein (1), d'autres exemples du même genre.

L'année dernière, on a traité, dans le service de M. Trélat, 21 endométrites compliquées de salpingite. Quatre fois la salpingite a disparu entièrement. Dans 3 cas, on ne trouvait plus, après le curage, que des vestiges indolents de l'affection tubaire.

Une malade se présente avec une métrite compliquée de salpingite. Que faire? On doit traiter la métrite. La métrite guérit et parfois la salpingite disparaît.

Il faut toujours chercher à faire un diagnostic précis, à chercher le siège des lésions, etc. Dans tous les cas, il est sage de commencer par faire le traitement le plus simple, le plus bénin. On obtient ainsi des guérisons.

M. Trélat reconnaît que les vieilles salpingites, les adhérences anciennes et solides résistent assez souvent au traitement intra-utérin. Mais rien n'indique que les lésions ne céderont pas si on pratique le curage. Il faut donc essayer celui-ci.

Abstraction faite des cas d'urgence, on doit faire le traitement de l'endométrite quand l'inflammation de l'utérus se complique d'une inflammation du côté des annexes. Le curage doit être pratiqué avant de se décider à enlever les annexes.

RAPPORT

Opération d'Alexander pour rétroversion utérine; guérison. — **M. Terrillon** fait un rapport sur un travail de M. le docteur Lagrange (de Bordeaux) sur ce sujet.

Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, ayant eu une métrite à la suite d'une grossesse. Plus tard, il y a huit ans de cela, cette femme fit une chute qui donna naissance à des douleurs dans le bas-ventre, à des vomissements, etc. Depuis ce moment, les douleurs n'ont pas disparu. La malade est dans l'impossibilité de travailler. Elle a une constipation opiniâtre, etc.

L'examen local fait reconnaître que l'utérus est en rétroversion. La matrice est mobile.

Le 8 mai : opération d'Alexander. Les ligaments ronds sont assez volumineux. M. Lagrange met six points de catgut. Guérison. Les douleurs pelviennes ont disparu; il n'y a plus de constipation. La guérison se maintient cinq mois après l'opération. L'utérus est en bonne position.

M. Terrillon fait remarquer :

1° Que l'utérus était mobile : or, la mobilité de la matrice est une des conditions nécessaires à la bonne réussite de l'opération; l'Alexander échoue quand l'utérus est fixé par des adhérences;

2° Que M. Lagrange a réuni les ligaments ronds aux piliers, à l'aide de plusieurs points de sutures; cette suture assure peut-être le succès de l'opération;

3° Que M. Lagrange n'a pas mis de pessaire après l'opération. M. Terrillon pense que c'est une faute. L'opération peut échouer quand on ne soutient pas l'utérus à l'aide d'un pessaire ou de tampons vaginaux.

La malade de M. Lagrange semble être guérie. Cependant, elle n'a été vue que sept mois après l'opération. Ce laps de temps est insuffisant pour permettre d'affirmer la guérison définitive.

M. Terrillon cite des cas qui lui sont personnels.

Dans un cas, il s'agissait d'une rétroflexion et d'une rétroversion. La malade ne pouvait supporter ni tampon ni pessaire. Elle était dans un état nerveux remarquable.

M. Terrillon fait l'Alexander. L'utérus était réductible. On fait le raccourcissement des ligaments ronds, sur une étendue de *4 centimètres* seulement. Après l'opération, on ne met pas de pessaire. L'utérus est situé en bonne position.

Le vingtième jour, l'utérus était en rétroflexion et en rétroversion, comme avant l'opération. L'insuccès était donc complet. M. Terrillon croit que cet échec est dû à l'absence de tampon, après l'opération.

Chez une autre malade, M. Terrillon a constaté que l'Alexander avait échoué, non pas immédiatement, comme dans le cas précédent, mais onze mois après. Au neuvième mois, on avait noté que l'utérus était en antéflexion.

L'opération d'Alexander peut donc être suivie d'un insuccès immédiat ou d'un insuccès tardif.

Il faut faire porter un pessaire après l'opération.

M. Trélat a fait déjà trente-sept ou trente-huit fois l'opération d'Alexander. Il a observé des échecs rapides, mais pas des échecs à longue échéance. Si l'opération doit échouer, on s'en aperçoit

(1) Finkelstein. *De l'influence du curage de l'utérus sur les complications des endométrites*, Paris 1889.

dès le premier mois ; l'utérus commence à revenir dans sa position vicieuse. Plus tard, la rétrodéviation s'accentue ; mais si l'utérus se maintient bien pendant quelques mois, la rétrodéviation ne se reproduit pas.

La cause des insuccès est due à la rupture et à la destruction des ligaments. L'opération d'Alexander réussit le plus souvent. M. Trélat fixe le ligament au niveau de l'anneau inguinal, à l'aide du nœud imaginé par M. Segond.

M. Trélat a remarqué que M. Terrillon avait sectionné 4 centimètres seulement sur la longueur des ligaments ronds. C'est absolument insuffisant. Il faut couper 10 ou 12 centimètres. A cette condition seulement, on peut réussir.

M. Trélat met un tampon lâche, pour faire de l'antisepsie vaginale, mais il n'est pas nécessaire, comme l'a dit M. Terrillon, de soutenir l'utérus par un pessaire ou un tampon, après l'opération d'Alexander.

M. BOUILLLY. On n'a pas assez envisagé l'état du plancher pelvien, quand on étudie les succès et les insuccès constatés après l'opération d'Alexander. Le relâchement du plancher pelvien est une circonstance importante, qui amène la récidive.

Tant qu'on n'a pas refait le vagin et le périnée, on est à peu près certain d'avoir un échec, après l'Alexander. Si le vagin et le périnée sont bons, l'Alexander est suivi de guérison. Il faut donc combiner l'Alexander à des opérations plastiques sur le vagin et le périnée.

M. SCHWARTZ. Les insuccès n'apparaissent jamais après trois mois, à partir de l'opération. M. Schwartz remplace volontiers le catgut par de la soie, pour suturer les ligaments ronds.

M. LE DENTU a fait trois fois l'opération d'Alexander. Dans les trois cas, le plancher pelvien était intact et l'utérus réductible. Il a enlevé 10 à 12 centimètres du ligament rond.

Dans un cas, il a eu un insuccès rapide. Les sutures avaient été faites comme M. Segond les préconise. Ce nœud n'avait pas empêché la récidive de la rétrodéviation. Cette opérée est enceinte depuis peu de temps.

Dans les deux autres cas, la guérison a été obtenue. M. Le Dentu a suturé les ligaments ronds au périoste de l'épine du pubis et a multiplié les sutures.

M. TERRILLON pense, comme M. Bouilly, qu'il faut se préoccuper de l'état du vagin et du périnée, quand on pratique l'Alexander. Il faut restaurer le périnée. Si on ne fait pas des opérations plastiques sur le vagin et le périnée, l'Alexander peut échouer.

M. TRÉLAT a écrit, il y a déjà longtemps, qu'il faut restaurer le périnée et le vagin, pour assurer le succès de l'Alexander.

COMMUNICATIONS

Cystite; colpocystotomie; néphrectomie transpéritonéale et néphrectomie lombaire; nouvelle opération pour tarir la fistule lombaire; oblitération de la fistule vésico-vaginale; guérison. — M. BRUN a pratiqué une série d'opérations sur une femme atteinte de cystite douloureuse et de pyélonéphrite ascendante.

En 1886, cette femme avait de telles douleurs vésicales, qu'elle n'avait pas dormi depuis deux mois. Elle urinait continuellement. La cystite dont elle souffrait était survenue depuis le dernier accouchement. La vessie était douloureuse au palper, la cavité vésicale ratatinée. M. Brun fit la taille vésico-vaginale. Les parois vésicales étaient si épaisses, qu'il lui fut impossible de mobiliser la muqueuse vésicale, de façon à la réunir sur les lèvres de la plaie, à la muqueuse vaginale. Le résultat immédiat fut excellent. Les douleurs disparurent. Cependant, six mois après, les souffrances apparaissaient de nouveau. La fistule vésico-vaginale s'était rétrécie. M. Brun agrandit la fistule. A ce moment, la tunique musculaire de la vessie était d'épaisseur normale et la muqueuse vésicale assez mobile pour pouvoir être suturée à la muqueuse vaginale.

Six mois plus tard, c'est-à-dire un an après la première opération, l'état de cette femme était stationnaire. L'urétérite, qui existait dès le début, se présentait au palper sous la forme d'un cordon dur. Il existait une tumeur rénale indiquant que la pyélite n'avait subi aucune modification. Les douleurs lombaires étaient plus accentuées. Tantôt l'urine était claire, tantôt elle renfermait de grandes quantités de pus. Il y avait des décharges de pus par la vessie. L'urétéro-pyélite n'avait aucune tendance à la guérison et le pus infectait sans cesse la vessie. On ne pouvait donc penser à fermer la vessie dans ces conditions.

M. Brun fit la néphrectomie en novembre 1887. La tumeur faisait saillie en avant. M. Brun pensa qu'il serait plus facile de l'enlever en faisant une incision abdominale. Mais, au cours de l'opération, il constata l'existence d'adhérences qui l'empêchaient d'enlever le rein. Le colon ascendant était soudé au rein. Immédiatement M. Brun fit une incision lombaire. Il dégage le rein de sa capsule, décortique la glande rénale, procède par morcellement et enfin fait un pédicule. Pas d'hémorrhagie, suites bonnes. Mais bientôt apparaît une fistule consécutive, qui nécessite une nouvelle intervention. On fait l'extirpation des fils de soie étreignant le pédicule. Plus tard, M. Brun ferme la fistule vésico-vaginale.

Cette femme est bien en ce moment. Cependant, ses mictions sont fréquentes. Elle urine toutes les deux heures. M. Brun pense qu'il aurait dû faire d'emblée la néphrectomie sous-capsulaire. Il s'est laissé entrainer à faire l'incision abdominale par les apparences de la tumeur qui semblait proéminer du côté de la cavité abdominale.

Récidive cancéreuse dans la cicatrice abdominale, quatre ans après une ovariotomie. — M. MICHAUX. M. Labbé avait pratiqué l'ovariotomie sur une femme de soixante-trois ans, il y a quatre ans. Il existe en ce moment, au niveau de la cicatrice, des noyaux cancéreux. La peau avoisinante est envahie par la carcinose. Les ganglions de l'aine sont engorgés du côté droit. Cette femme est cachectique.

La cicatrice a-t-elle subi une inoculation épithéliale lors de l'ovariotomie? Le kyste enlevé était du volume d'une tête d'adulte. Il est probable que c'est l'ovaire du côté opposé qui a infecté la plaie ; cet ovaire avait paru suspect lors de l'opération. L'utérus et les annexes n'ont rien.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Tête humérale nécrosée renfermée dans une capsule articulaire ossifiée. — M. MONOD dit que cette pièce provient d'une opération qui a été faite à un jeune homme de vingt-sept ans. M. Monod avait dû opérer ce malade qui avait subi une amputation intra-deltoïdienne. Celle-ci avait suppuré.

LECTURE

Statistique. — M. TERRIER lit la statistique de toutes ses opérations pratiquées à l'hôpital Bichat.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Décision ministérielle relative à l'appel des médecins de l'armée territoriale en 1890.

Paris, le 8 mars 1890.

A la date de ce jour, le ministre de la Guerre a décidé que l'appel des médecins de l'armée territoriale aura lieu, en 1890, dans les conditions suivantes (le 19e corps d'armée excepté) :

50 médecins-majors de deuxième classe et 230 médecins aides-majors de première ou de deuxième classe seront convoqués pour une période de treize jours, du 28 avril au 10 mai, dans les corps de troupe de l'armée active (infanterie, cavalerie et artillerie).

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile.

Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie et à la Tunisie et résidant en France pourront être appelés dans le corps d'armée où ils sont domiciliés.

Le choix des commandants de corps d'armée devra porter de préférence :

1° Sur les médecins qui n'ont pas encore été convoqués, en commençant par les plus jeunes de grade ;

2° Sur ceux qui, réunissant les conditions d'ancienneté nécessaires, auront demandé à faire un stage afin de pouvoir bénéficier des dispositions du décret du 19 décembre 1889.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bernard, médecin-major, décédé à Épinal; Brisson (d'Averton), qui a succombé aux suites d'un phlegmon occasionné par une piqûre anatomique; Grandvilliers (de Nice); Wackenheim, de Bruyères (Vosges).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

33

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, dont la base est le bon lait, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les adultes convalescents ou valétudinaires, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

99

PERLES DE GAÏACOL

DU Dr CLERTAN

Il peut être avantageux, dans certains cas, de remplacer la créosote par le *Gaïacol*, qui la constitue dans la proportion de 60 à 90 p. 100. On a ainsi un agent défini et, de plus, doué d'une odeur aromatique agréable. Les résultats obtenus sont les mêmes que ceux que donne la créosote. Le *Gaïacol* convient particulièrement aux phthisies lentes qui exigent un traitement de longue durée.

Chaque perle de gaïacol du Dr Clertan contient cinq centigr. de gaïacol, en solution dans l'huile de faine.

Dose : 3 à 4 par jour. *Prix* : **2** fr. **50** *le flacon*.

MAISON L. FRERE, 19, RUE JACOB, PARIS.

62

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre ; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon ; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre ; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

23

VIN DU DOCTEUR A. REVIL

Hématogène phosphaté.

CORDIAL DES HÔPITAUX AU QUINQUINA

Phosphate de chaux monobasique et Coca.

Ce vin, très agréable au goût et supporté par tous les estomacs, est le meilleur des toniques, stimulants et reconstituants.

Dépôt : DARASSE FRÈRES et LANDRIN, 21, rue Simon-le-Franc, Paris. — Détail : Toutes phies.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau ; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy ; 10, r. Port-Mahon.

96

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs ; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Dr. Zed

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

184

VINS TITRÉS D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, etc.

Vin de quinquina titré simple : Tonique, fortifiant. — **Vin de quinquina ferrugineux :** Chlorose, anémie, longues convalescences, etc.

Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

16

PURGATIF GÉRAUDEL

au CONVOLVULUS OFFICINALIS

LAXATIF — RAFRAICHISSANT TONIQUE — DIGESTIF

EMPLOYÉ AVEC SUCCÈS

CONTRE

les Glaires, la Bile, les Aigreurs le Manque d'appétit et les Impuretés du Sang la Constipation, les Maux de tête la Migraine et toutes les Maladies des Voies digestives

Le problème que nous avons cherché à résoudre était de trouver un produit commode, agréable, bien dosé, efficace, et en même temps non susceptible d'irriter l'estomac et les intestins.

Après de longues et patientes recherches, nous avons la certitude d'avoir résolu ce problème.

Le purgatif hygiénique que nous offrons avec confiance au public, sous le nom de **Purgatif Géraudel**, est exclusivement composé de substances végétales.

Nous lui avons donné la forme de tablettes, ce qui nous a permis de le doser exactement, d'en faciliter l'emploi, et de le rendre aussi agréable qu'efficace.

Les principes qui nous ont guidés dans la préparation et la composition de notre **Purgatif Géraudel** sont les mêmes que ceux qui nous ont servi de base dans la préparation de nos pastilles de goudron dites *Pastilles Géraudel*, auxquelles le public a fait un accueil sans précédent.

Cherchant à supprimer le danger qui existe pour l'estomac d'être en contact immédiat avec des substances qui l'irritent et le fatiguent, nous sommes parvenu, à l'aide de procédés et d'appareils spéciaux, à incorporer des produits purgatifs d'une pureté irréprochable dans des tablettes qui se dissolvent facilement dans la salive avec laquelle elles forment une *émulsion purgative* d'une efficacité aussi certaine qu'inoffensive pour les muqueuses de l'estomac et de l'intestin.

On prend une seule tablette à la fois, le matin à jeun, un quart d'heure avant le déjeuner ; et, si cela est nécessaire, une autre le soir, en se couchant.

Il faut les sucer, c'est-à-dire les laisser fondre dans la salive, avant de les avaler.

Si l'on voulait obtenir un effet purgatif plus grand, on peut, sans inconvénient, suivant le tempérament de la personne, doubler ou tripler et même quadrupler la dose dans le même jour.

Pour purger les enfants de six à douze ans, une ou deux tablettes, prises le matin à jeun, suffisent.

On peut manger après avoir pris nos tablettes, et vaquer à ses occupations comme d'habitude.

VENTE

GROS : chez l'inventeur A. GÉRAUDEL, pharmacien à Sainte-Ménehould (Marne)

DÉTAIL : *Dans toutes les Pharmacies de France et de l'Etranger.*

Prix en France : **1** fr. **50** la Boite de 18 Tablettes

ENVOI D'ÉCHANTILLONS GRATUITS

à MM. les Médecins qui désireraient expérimenter le **Purgatif Géraudel.**

53

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

25

TOILE VÉSICANTE

LE PERDRIEL

ACTION PROMPTE ET CERTAINE

Exiger la Couleur rouge.

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS.

10

SIROP ANTIPHLOGISTIQUE DE BRIANT

Phie *rue de Rivoli, 150, Paris*, et ttes phies.

Le **SIROP DE BRIANT,** recommandé à son début par les professeurs LAENNEC, THÉNARD, GUERSANT, etc., a reçu la consécration du temps : il avait été breveté en 1829. VERITABLE BONBON PECTORAL, à base de gomme et de coquelicots, il convient surtout aux personnes délicates comme les femmes et les enfants. Son excellent goût ne nuit en aucune manière à son efficacité contre les *rhumes* et toutes les *inflammations* de la *poitrine* et des *intestins*.

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 3 francs par semaine. Gaz, 2 f. 50 le ballon de 30 litres. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** fr.

Phie LIMOUSIN, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

77

LE SERVICE VACCINAL DE LA SEINE

envoie c^tre mandat : *Vaccin de Génisse*, le tube, **1** fr. *Pulpe vaccinale*, le tube **2** fr. — On trouve le Vaccin tous les jours au DÉPÔT : *4, rue de Sèvres.*

54

ALBUMINATE DE FER DE LAPRADE

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

N° 31. — JEUDI 13 MARS 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 13 MARS 1890. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance publique de l'Académie n'a pas été trop chargée.

M. Germain Sée a étudié l'action de la caféine sur le système nerveux moteur cérébro-spinal. On trouvera consignés plus loin les résultats des travaux physiologiques entrepris par l'infatigable professeur de clinique, dans le but de montrer les effets divers des médicaments qui agissent directement ou indirectement sur le cœur.

M. Chaumier a exposé la symptomatologie des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants. Cet auteur a mis en relief quelques points peu connus dans l'histoire clinique de ces végétations.

L'Académie a procédé à l'élection d'un associé libre. M. Lereboullet a obtenu la majorité des suffrages.

La Chambre des députés vient de voter la création d'une *École de santé de médecine navale*. Il est probable que cette École sera établie à Bordeaux.

Nos lecteurs trouveront, à notre article *Variétés* (1), le rapport qu'a fait sur cette intéressante question M. le docteur Armand Després, député.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Diagnostic de la fièvre typhoïde dans le premier septénaire.

Nous avons en ce moment, dans nos salles, différents individus atteints de fièvre typhoïde. Vous avez pu constater que nous n'avons presque jamais hésité à porter le diagnostic de typhus abdominal, le jour même de l'entrée de ces malades à l'hôpital. Comment expliquer ce fait ? Rien n'est plus facile à comprendre. Ceux qui viennent nous demander des soins sont des gens qui s'observent peu, qui s'écoutent peu. C'est lorsqu'ils sont vaincus par la maladie, qu'ils se décident à entrer dans les services hospitaliers. L'affection date de plusieurs jours, souvent la fièvre typhoïde est déjà à la fin du premier septénaire et alors la lumière est souvent éclatante. Mais les exigences de la pratique sont bien différentes. L'importance du diagnostic précoce de la fièvre typhoïde s'impose dans la clientèle. La difficulté subsiste jusqu'à l'apparition des taches rosées. Si l'exanthème sort, le diagnostic n'est plus en suspens. S'il n'y a pas d'éruption au septième, huitième, neuvième jour, la marche de la maladie a tranché la question. Mais avant la sortie de l'exanthème, il faut être très éclairé sur les différentes modalités de la fièvre typhoïde pour pouvoir découvrir le typhus abdominal au début.

La meilleure distinction à établir est celle-ci : la dothiénentérie a une période préfébrile ou elle n'en a pas.

On a bien dit que la période préfébrile ou prodromique éclairait le diagnostic. Évidemment, quand il existe, avant le début de la fièvre, une altération croissante de la santé, un abattement général, de la trémulence musculaire, quand l'individu perd l'appétit, a des vertiges et de la céphalalgie, évidemment cet ensemble symptomatique, s'il persiste pendant plusieurs jours, est caractéristique de la fièvre typhoïde. De sorte que si la fièvre vient à s'allumer après cette période, on doit être éclairé sur sa nature. Mais le malheur, c'est que la période préfébrile peut manquer. La température monte immédiatement, dès le début de la maladie.

La fièvre typhoïde peut présenter toutes les apparences d'un embarras gastrique. La similitude s'étend jusqu'aux effets thérapeutiques. Le vomitif donne lieu, en effet, à une guérison, dans le cas d'embarras gastrique, et à une simple accalmie, dans le cas de fièvre typhoïde. En réalité, il n'y a pas moyen d'éviter l'erreur. Il faut attendre la marche de la maladie avant de se prononcer. Le traitement a rapidement raison de l'embarras gastrique.

Le diagnostic est plus difficile quand la période préfébrile fait défaut. L'affection débute soudainement par une fièvre plus ou moins intense, par un mal de tête violent. La fièvre est continue : voilà une première modalité du début brusque. Il existe un autre début rapide : la céphalalgie s'établit d'emblée et la fièvre procède par accès intermittents. L'accès fébrile, qui dure quelques heures et se reproduit plusieurs jours de suite, présente les trois phases classiques de l'accès palustre : froid, chaleur, sueurs. Dans

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 289.

l'intervalle des accès, la fièvre disparaît, mais le bien-être ne revient pas. La courbature et le malaise subsistent. J'ajoute que l'heure de l'apparition de l'accès de fièvre n'a rien de régulier.

Dans la première modalité du début brusque (céphalalgie et fièvre continue), le diagnostic est forcément suspendu. Il faudra penser à toutes les phlegmasies viscérales, à début rapide. L'examen minutieux des viscères permettra d'être fixé au bout de quarante-huit heures au plus. Mais on ne pourra pas éliminer aussi vite la possibilité d'une fièvre éruptive. Il faudra dépasser les délais maxima qui représentent la première période des fièvres éruptives. Or, on sait que, dans la rougeole, cette première période est longue, de sorte que le diagnostic peut rester plusieurs jours en suspens. La présence des râles dans la poitrine ne fait qu'augmenter l'embarras du clinicien. Il faut savoir attendre quatre, cinq, six jours, à moins cependant que la marche de la température ne soit tellement typique que l'hypothèse d'une fièvre continue s'affirme.

Dans l'autre modalité du début brusque (céphalalgie, etc., fièvre intermittente), on ne peut se prononcer avant quelques jours. Il sera alors possible de repousser l'idée d'une fièvre intermittente, d'origine paludéenne.

Par malheur pour le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde, certains phénomènes, dits caractéristiques, ne sont pas constants. De telle sorte que leur absence ne suffit pas pour exclure la dothiénentérie. C'est ainsi que l'ascension graduelle, en échelons, considérée comme constante, ne s'observe guère que dans la moitié des cas. Le maximum thermique que l'on trouve le soir du cinquième ou du sixième jour, peut être atteint dès le deuxième ou le troisième jour. Ainsi est démontrée fausse une des lois formulées par Wunderlich. Quand le stade des oscillations ascendantes manque, on ne peut donc éliminer la fièvre typhoïde. La marche de la température des premiers jours est un élément de diagnostic qui perd de son importance, non pas à cause de son infidélité, mais à cause de son inconstance.

On a écrit que le diagnostic initial de la fièvre typhoïde pouvait être bien aidé par l'absence d'un symptôme. Quand il n'existe aucun vomissement, a-t-on dit, au milieu du cortège symptomatique qui ressemble à celui de tant de maladies fébriles, on est en droit de penser à la dothiénentérie. C'est un fait général qui est vrai; dans le premier septénaire, il n'y a pas de vomissements, en règle générale. Mais ces vomissements peuvent exister dès les premiers jours de la maladie. Quand l'ascension thermique est brusque, atteint immédiatement le maximum, les vomissements apparaissent.

Dans la fièvre typhoïde, à l'inverse de certaines affections fébriles, il n'y a pas de douleur dans le ventre, dans les premiers jours de la maladie. Cette assertion est vraie, mais en règle générale seulement. En effet, des douleurs abdominales apparaissent parfois dès le début de la fièvre typhoïde.

On a dit aussi que, dans la première semaine de la dothiénentérie, le facies n'est pas caractéristique. On ajoute que, dans les fièvres éruptives, et en particulier dans la première période de la rougeole, le visage est rouge, animé, vultueux. La torpidité de la face est, en effet, la règle dans la fièvre typhoïde classique, mais quand la température débute brusquement et s'élève très haut dès le deuxième jour, la figure est rouge et animée. Mon malade, atteint de fièvre typhoïde abortive, a eu l'aspect rubéolique pendant quarante-huit heures.

Telles sont les difficultés qui se présentent dans la pratique de la ville. Il faut bien les connaître, pour ne pas s'exposer à de graves erreurs.

SUR QUELQUES POINTS INTÉRESSANT

LA CIRRHOSE GRAISSEUSE

Par M. René Le Fort, interne des hôpitaux de Lille.

I

L'association de la dégénérescence graisseuse du foie et de la cirrhose, signalée depuis longtemps (1), n'a guère été étudiée que depuis une dizaine d'années. L'historique de la question a été fait par la plupart des auteurs qui se sont occupés de la maladie appelée aujourd'hui cirrhose graisseuse; nous ne nous y arrêterons pas, nous bornant à l'examen de quelques points plus intéressants, à notre avis.

Voyons d'abord les causes de dégénérescence graisseuse du foie et celles de cirrhose de cet organe.

M. Bouchard dit, d'une façon générale : « La désassimilation de la substance azotée fournit de la graisse... Quand la destruction de la matière azotée s'opère rapidement, la graisse se produit en abondance dans les éléments anatomiques. On l'y trouve accumulée en gouttelettes ou en granulations dans l'atrophie jaune aiguë du foie et dans l'empoisonnement par le phosphore. » Parmi les causes de dégénérescence, il faut citer en première ligne tout ce qui diminue les combustions respiratoires, tuberculose en tête. Andral disait en 1829 : « Presque tous les cas de dégénérescence graisseuse du foie se voient chez des phthisiques. » Selon MM. Hanot et Lauth, la tuberculose pourrait, de plus, déterminer cette dégénérescence par action directe de l'élément infectieux sur le parenchyme hépatique. Quoi qu'il en soit, son influence est si incontestable que Frerichs a pu évaluer à 79 p. 100 la quantité des tuberculeux dont le foie est graisseux.

L'alcoolisme a également une grande importance; M. Bouchard a mis en relief le rôle de l'alcool; il agirait en ralentissant la pénétration de l'oxygène dans les éléments anatomiques. L'alcoolisme agit encore comme cause de stéatose, par la cachexie qu'il entraîne.

M. Gauchas (2) a démontré combien la septicémie entrait souvent en ligne de compte. Pour lui, « la stéatose hépatique est, dans l'immense majorité des cas, une affection secondaire; elle est le résultat d'une altération du sang ou d'une modification de la nutrition générale ». L'anémie pernicieuse, les fièvres graves, les intoxications (phosphore, arsenic, plomb, éther, iodoforme, etc.), les cachexies, la cachexie cancéreuse en particulier, amènent la stéatose; trouver un foie très graisseux, chez un cancéreux, est un fait banal,

M. Bellangé (3) indique les tumeurs qui suppurent d'une façon chronique.

Citons encore la vie sédentaire et, par suite, l'influence du sexe, dont M. Lancereaux (4) a bien mis en lumière

---

(1) Lereboullet, 1851.
(2) Gauchas. Thèse de Paris, 1882.
(3) Bellangé. Thèse de Paris, 1884.
(4) Lancereaux. *Cliniques de la Pitié*, 1886.

l'importance; c'est ainsi que l'éminent professeur a trouvé plus de cirrhoses graisseuses chez la femme que chez l'homme, bien que la cirrhose vulgaire soit beaucoup plus fréquente chez ce dernier.

L'alimentation amylacée trouve aussi sa place dans ces causes. Qu'il suffise de rappeler le procédé d'engraissement des oies pour la fabrication des pâtés de foies gras.

Les causes de surcharge graisseuse physiologique ne nous intéressent pas, nous les laisserons de côté.

Quant aux causes de cirrhose, elles sont bien connues : alcoolisme, impaludisme, syphilis, diabète, affections cardiaques, rétention biliaire, et une autre, très fréquente, nettement établie par des travaux déjà nombreux, malgré la nouveauté du sujet, la tuberculose. Enfin, peut-être pourrait-on ajouter les émotions morales, comme sembleraient le prouver les faits de MM. Hérard et Jondeau (1) et de M. Paul Sniers, et même le traumatisme, comme le ferait croire un cas du docteur Stuart (de Boston).

Ces causes de cirrhose, en se combinant aux causes de stéatose du foie, peuvent donner naissance à l'affection appelée cirrhose graisseuse. Mais il n'y aura pas ici simple addition de lésions, la cirrhose et la stéatose ne se développant pas isolément chacune pour elle; les deux processus morbides réagiront l'un sur l'autre, les lésions du parenchyme hépatique modifiant l'état du tissu conjonctif, et les lésions du tissu conjonctif modifiant l'état du parenchyme. C'est pour cela que M. Bellangé avait créé, outre une classe de cirrhoses graisseuses dans laquelle les lésions conjonctives et les lésions parenchymateuses étaient contemporaines, une classe dans laquelle le tissu conjonctif, primitivement sain, réagissait en s'enflammant, et une autre dans laquelle le parenchyme réagissait en se stéatosant sous l'influence de la cirrhose.

La forme de cirrhose graisseuse la plus fréquente est une cirrhose tuberculeuse; elle est relativement si fréquente que nombre d'auteurs la considèrent comme l'unique cirrhose graisseuse. La raison de cette fréquence se trouve dans ce fait que la tuberculose, maladie essentiellement commune, est très souvent cause de stéatose du foie; il n'est donc pas étonnant que, parfois, les deux lésions se trouvent associées.

En outre, la tuberculose survient fréquemment chez des alcooliques, c'est-à-dire chez des individus éminemment prédisposés à la cirrhose et même à la stéatose du foie; aussi les faits de cirrhose graisseuse, chez les alcooliques tuberculeux, sont si nombreux que la cirrhose graisseuse a pu être regardée exclusivement comme une cirrhose d'alcooliques tuberculeux.

Dans bien des cas pourtant, la tuberculose n'existe pas, et l'on ne trouve, comme étiologie, que l'alcoolisme, par exemple. Suivant MM. Lancereaux, Gilson (2) et Le Gall (3), ce serait le fait le plus fréquent. Enfin, l'alcoolisme lui-même manque parfois, et les données étiologiques peuvent être alors des plus variables.

Quant au volume du foie dans la cirrhose graisseuse, on n'en tient plus actuellement grand compte depuis la thèse de M. Gilson, et les observations de petit foie cirrhosé et graisseux, rares alors, sont très communes aujourd'hui.

La forme anatomo-pathologique ne se résume pas en un seul type; on peut rencontrer toutes les formes possibles de cirrhose associées à la stéatose. Il y a d'abord la cirrhose tuberculeuse, bien étudiée par M. Lauth (1) principalement [et dont M. Hutinel (2) vient, cette année même, de décrire une nouvelle forme clinique chez les enfants]. Outre cette forme, M. Sabourin (3) a décrit, en 1884, une cirrhose annulaire mono ou multilobaire graisseuse, à prolifération conjonctive sus-hépatique, et une autre forme qui, avec cette même lésion, présente, en plus, de la cirrhose porte. Les lésions conjonctives peuvent être les mêmes que dans la cirrhose atrophique ordinaire; c'est la forme décrite par M. Hanot sous le nom de cirrhose atrophique à marche rapide.

Il y a également des cirrhoses biliaires graisseuses, dont on trouve des exemples dans la thèse de M. Bellangé.

Les cirrhoses mixtes graisseuses ne sont pas très rares; il y en a des observations dans la thèse de M. Guiter (4); M. Mathieu (5) en a aussi publié une.

Il n'est pas jusqu'à la cirrhose syphilitique qui ne puisse s'associer à la stéatose. A l'observation de M. Martineau (6), peut-être pourrait-on en ajouter une autre de M. Lancereaux (7), une de M. Dalché (8) et une de M. Léger (9).

Il y a pourtant un caractère anatomo-pathologique à peu près constant dans toutes ces cirrhoses graisseuses. Dans presque toutes, en effet, même dans celles qui paraissent le mieux systématisées en apparence, il y a une diffusion du processus conjonctif, allant souvent jusqu'à la péricellulite, et formant ainsi une véritable cirrhose monocellulaire. Ce tissu conjonctif est presque toujours jeune et paraît résulter de l'irritation produite par les lésions des cellules sur le tissu interstitiel.

(1) Hérard et Jondeau. *Gazette des hôpitaux*, 1884.
(2) Gilson. Thèse de Paris, 1884.
(3) Le Gall. Thèse de Paris, 1887.

(1) Lauth. Thèse de Paris, 1888.
(2) Hutinel. *Bulletin médical*, 1890.
(3) Sabourin. *Revue de médecine*, 1884.
(4) Guiter. Thèse de Paris, 1881.
(5) Mathieu. *Progrès médical*, 1881.
(6) Martineau, 1875.
(7) Lancereaux. Loc. cit., 1889.
(8) Dalché. *Gazette médicale de Paris*, 1884.
(9) Léger. *Bulletin de la Société anatomique*, 1876

DES TUMEURS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL

Par M. le docteur Chaumier (de Tours).

Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal sont fréquentes et on ne connaît guère leur histoire chez les enfants. Elles produisent des symptômes qui méritent d'être connus. Ces tumeurs ne sont pas congénitales. On les observe avec une fréquence égale à toutes les périodes de l'enfance. Vers l'âge de dix-huit à vingt ans, les végétations adénoïdes disparaissent spontanément. Quelle est l'étiologie de cette affection? Les microbes jouent-ils un rôle dans la production de ces néoplasmes? On l'ignore. La scrofule ne doit pas être incriminée. Ces tumeurs sont héréditaires, dans un certain nombre de cas, et souvent on les retrouve chez plusieurs enfants de la même famille.

Les tumeurs ont assez souvent un retentissement du côté de l'appareil auditif. Sur 232 malades ayant des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, M. Chaumier n'a constaté que 31 cas d'affection de l'oreille (31 sourds, 9 fois otorrhée chronique, etc.).

Les surdités de l'enfance sont dues, dans l'immense majorité des cas, à ces tumeurs du pharynx nasal. On peut dire de même des écoulements chroniques qui se font par l'oreille.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est de constater que les enfants tiennent presque toujours la bouche ouverte, jour et nuit. Cette

position de la bouche donne à l'enfant un air spécial. Les enfants peuvent devenir idiots, mais le fait est exceptionnel.

Le palais a une forme ogivale. La lèvre supérieure n'est que rarement augmentée de volume. Parfois les amygdales sont hypertrophiées et on est obligé de les exciser.

Assez souvent, il existe une gêne respiratoire qui est produite par la tumeur.

Ces tumeurs donnent lieu à quelques complications peu étudiées.

Les accès de suffocation, fréquents surtout la nuit, sont observés parfois chez les enfants. La crise ressemble à celle de l'asthme.

Les terreurs nocturnes ne sont pas rares chez les enfants qui ont une tumeur adénoïde du pharynx. Enfin, il faut signaler la fréquence des angines qui sont d'ordinaire légères.

Les tumeurs adénoïdes du pharynx méritent de fixer l'attention du médecin. Elles peuvent, en effet, être la cause d'une surdité définitive ; elles peuvent causer la mort par le fait de l'otite purulente due à l'inflammation dont le point de départ est la végétation adénoïde.

Le diagnostic n'est pas difficile. En introduisant un doigt derrière le voile du palais, le médecin constatera la présence de la tumeur. La rhinoscopie postérieure sera parfois nécessaire pour affirmer l'existence de la végétation adénoïde.

Pour enlever ces tumeurs, on se sert de pinces coupantes. Parfois il suffit de gratter les végétations, soit avec les doigts, soit avec une curette.

THÉRAPEUTIQUE

Le gaïacol.

Par M. le docteur L. Jumon.

La créosote est un des médicaments qui ont rendu le plus de services aux phthisiques. Cependant on a reproché à ce corps de n'avoir pas une composition bien définie et d'être sujet à des variations. La créosote est, en effet, un mélange en proportions variables de gaïacol ou méthyléther du brenzcatechin et de créosol ou homobrenzcatechin-monométhyléther. Le premier constitue les 60 à 90 centièmes de la créosote.

C'est Sahli (de Berne) qui a eu l'idée de substituer à la créosote son principal élément, le gaïacol. En France, ce médicament a été introduit dans la thérapeutique par M. le docteur Labadie-Lagrave, qui l'a prescrit avantageusement sous forme de perles ou de capsules.

Le gaïacol est un liquide incolore, d'une densité de 1117, peu soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool, l'éther, les huiles grasses ; la saveur et l'odeur en sont plus agréables que celles de la créosote. Comme la solution se trouble facilement à la lumière par la formation de corps résineux insolubles, il faut conserver ce médicament dans des verres colorés.

Les malades le supportent plus facilement que la créosote. Les tuberculeux affaiblis et alités seuls ont des vomissements et des diarrhées profuses. En général, on ne trouve pas de troubles accessoires comme des vertiges, des douleurs de tête, des nausées, que provoque la créosote. Cette tolérance beaucoup plus grande peut s'expliquer par ce fait que le gaïacol est un liquide de composition définie et, par conséquent, toujours semblable à lui-même, tandis que la créosote renferme des impuretés qui peuvent déterminer des vomissements.

Voici les principaux avantages qu'on a reconnus au gaïacol : En général, les malades voient leur appétit s'accroître souvent d'une manière très sensible ; les digestions sont plus faciles et se font sans développement de gaz, ce qui peut s'expliquer par les propriétés antiputrides et antifermentatives de cette substance produisant l'antisepsie intestinale. Les quintes de toux diminuent, surtout la nuit ; l'expectoration est plus facile et moins abondante, parfois elle change de caractère : de purulente, elle devient muqueuse ou muco-purulente et prend une odeur aromatique, celle du gaïacol, surtout après l'usage des hautes doses. L'haleine exhale aussi la même odeur aromatique, même longtemps après que le malade a pris son médicament : il est donc probable que le gaïacol s'élimine par les poumons et peut agir directement sur la muqueuse lésée ou sur les surfaces pour modifier ou tarir les sécrétions.

Le gaïacol ne possède pas de propriétés antithermiques ; cependant la fièvre hectique diminue ou cesse par un mécanisme indirect, par suite de la diminution des sécrétions et de l'amélioration des surfaces malades. Le pouls et la respiration diminuent d'ailleurs de fréquence. Les sueurs diminuent également dans une forte mesure, et il est rare de voir persister des transpirations profuses.

En général, on observe à la fois une amélioration de l'état local et des phénomènes subjectifs. Les bruits pulmonaires anomaux diminuent, le poids du corps augmente, mais ces résultats se constatent surtout dans les premières périodes de la maladie. L'examen des crachats et la recherche des bacilles confirment l'amélioration des symptômes ; ces micro-organismes diminuent souvent, et deviennent très rares s'ils ne disparaissent pas d'une façon durable. L'urine peut augmenter à la suite de l'amélioration générale ; elle prend l'odeur aromatique du gaïacol, mais ne renferme ni sucre, ni albumine, sauf quelquefois chez les sujets cachectiques.

Depuis trois ans, Bourget (de Genève) emploie un traitement intensif externe et interne par la créosote et le gaïacol. Il préfère cette dernière substance pour l'usage interne et la prescrit en solution dans le vin ou dans l'huile de foie de morue en hiver. Si le médicament n'est pas bien supporté, il le donne en lavement. On peut faire économiquement pour ce dernier usage une émulsion avec un jaune d'œuf, une cuillerée à soupe d'huile d'olive et 10 gouttes de gaïacol, auxquelles on ajoute, peu à peu, en agitant vivement, la quantité d'eau nécessaire pour un lavement de 250 grammes. Celui-ci est poussé aussi loin que possible, le malade étant couché sur le côté gauche. On peut avoir recours alternativement aux potions et aux lavements.

L'emploi externe consiste à frictionner la poitrine, le dos, les bras du malade, au moment de se coucher, avec un mélange d'huile, d'axonge, de lanoline et de créosote ; après quoi le malade doit se couvrir jusqu'au cou ; il se trouve ainsi baigné des vapeurs de créosote qui pénètrent par l'absorption cutanée et pulmonaire. (*France médicale.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mars 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté sur le traitement de l'angine et de la laryngite diphthéritiques, par M. le docteur Bourgois (de Tourcoing). (Accepté) ;

2° Un mémoire sur la grippe et la dengue, par M. le docteur de Brun (de Beyrouth) ;

3° Une relation de l'épidémie de grippe observée au 20e escadron du train des équipages, par M. le docteur A. Schmit, médecin-major.

LECTURE

De l'action de la caféine. — M. G. Sée lit, en son nom et au nom de M. Lapicque, un mémoire sur ce sujet, que l'on peut résumer ainsi :

La caféine, à petites doses répétées, environ 60 centigrammes par jour, qu'on peut prescrire avec avantage aux soldats en marche, facilite le travail musculaire, en augmentant l'activité, non pas directement du muscle lui-même, mais du système ner-

veux moteur, tant cérébral que médullaire. La conséquence de cette action double est de diminuer la sensation de l'effort et d'écarter la fatigue, qui constitue un phénomène nerveux et, en même temps, chimique. La caféine empêche l'essoufflement et les palpitations consécutives à l'effort.

Elle communique ainsi immédiatement, à l'homme qui se livre à un exercice violent et prolongé, l'entraînement qui lui manquait.

En produisant cette excitation du système moteur cérébro-spinal, d'où dépend l'augmentation de la tonicité musculaire, la caféine augmente les pertes de carbone de l'organisme et surtout des muscles, mais elle ne restreint pas les pertes azotées; elle n'est donc pas, dans le sens absolu du mot, un moyen d'épargne.

Une action d'épargne, en général, ne pourrait d'ailleurs s'exercer sur les animaux supérieurs, d'une manière totale, pour empêcher les effets fâcheux du jeûne, que dans une condition impossible à réaliser, à savoir : l'inaction, l'immobilité plus ou moins absolue, où il y a peu de dépense sans travail.

Avec la caféine, on observe juste l'inverse, c'est-à-dire un travail intense, que nous n'obtiendrons qu'au prix de l'usure de l'organisme. La machine animale ne fonctionnera qu'en consommant du combustible, et c'est précisément en activant cette combustion que la caféine permet le travail musculaire, même pendant le jeûne.

La caféine n'a pas, comme on le croyait, la propriété merveilleuse de remplacer les aliments; elle ne remplace que l'excitation tonique générale que produit l'ingestion des aliments. Si, en effet, on admet que c'est l'action directe, immédiate, instantanée des aliments qui stimule l'estomac et le système nerveux, et que leur valeur alimentaire n'y est primitivement pour rien, on pourra substituer un stimulant à un autre. Or la caféine, loin d'épargner les réserves, ne mettra l'homme inanitié à même de reprendre le travail qu'en attaquant ces réserves, dont elle hâte la destruction par l'excitation du système nerveux, et, par son intermédiaire, celle des muscles; dès lors, l'organisme épuisera bien vite son stock nutritif, et la caféine ne saurait l'empêcher, tout en étant d'une utilité incontestable, mais temporaire, pour les forces physiques.

Il reste à parler de l'action intime de la caféine sur le cœur et les vaisseaux, qui paraît, d'après des expériences en cours d'exécution, très différente de celle qui est admise généralement. Pour bien comprendre les effets de la caféine sur le système cardio-vasculaire, on doit étudier au préalable toute la série xanthique. On sait, depuis les belles recherches de notre collègue M. Gautier sur la xanthine, qu'il a le premier reconstituée par voie de synthèse, que la série xanthique comprend la paraxanthine, la théobromine et la caféine, celle-ci n'étant que la méthylthéobromine, ou la triméthylxanthine; il importe de mettre la caféine et la théobromine en parallèle, avant de se prononcer sur leur action cardiaque réciproque, ainsi que sur le mécanisme de l'action diurétique qui leur est commune.

COMMUNICATION

Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. — M. Chaumier (de Tours) fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 287.)

ÉLECTION D'UN ASSOCIÉ LIBRE

Le nombre des votants étant 83, majorité 42 :

M. Lereboullet est élu par 57 voix.

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret. M. Péan donne lecture d'un rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. — Sont proposés : en première ligne, M. Terrier; en deuxième ligne, M. Chauvel; en troisième ligne, M. Périer; en quatrième ligne, M. Berger; en cinquième ligne, M. Nicaise; en sixième ligne, M. Horteloup.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

L'École du service de santé de la marine.

[Rapport (1) fait à la Chambre des députés par M. le docteur Armand Després, député.]

I

Messieurs,

Les médecins qui naviguèrent sur les bâtiments de l'État et sur les bâtiments particuliers ont été d'abord des volontaires qui étaient engagés comme des matelots ou des maîtres d'équipage. Colbert, qui créa le port de Rochefort, son œuvre de prédilection, institua en 1675, dans cette ville, deux charges spéciales de médecin ou chirurgien-major de l'armée. Le brevet de ces deux officiers de santé leur conférait le droit d'examiner les médecins que les capitaines de vaisseau enrôlaient à leur bord, pour s'assurer de leurs capacités. En 1676, les mêmes charges ont été créées à Brest. A Toulon, elles existaient déjà en 1667, depuis une époque ignorée.

Peu après la création d'hôpitaux maritimes, le règlement du 13 avril 1689 transmit aux médecins et chirurgiens de ces hôpitaux, de concert avec les chirurgiens ou médecins-majors, le pouvoir d'examiner les médecins qui se présentaient pour embarquer, et ceux-ci étaient ou bien des docteurs médecins de la Faculté de Montpellier, ou bien des maîtres en chirurgie, voire même des barbiers.

A la fin du XVII[e] siècle, le nombre des médecins des ports fut doublé, et on les appela médecins et chirurgiens entretenus (c'est-à-dire payés par l'État), et il leur était adjoint un apothicaire, c'est-à-dire un pharmacien. Ce corps médical examinait et préparait les médecins qui venaient s'enrôler pour embarquer.

Des plaintes multipliées sur la médiocrité des praticiens embarquant, les représentations du médecin-major du port de Rochefort, Cochon Dupuy, décidèrent le Conseil de la marine du Roi à accorder, en 1716, la ration d'hôpital à quatre jeunes gens qui devaient être instruits pour servir en qualité d'aides sur les bâtiments du Roi, à raison de 15 livres par mois. A ce moment, l'on adjoignit aux médecins du port un chirurgien anatomiste qui était attaché à l'hôpital. C'est là le premier commencement de l'École de médecine navale de Rochefort.

L'École fut inaugurée en 1722. L'École de Toulon fut instituée ensuite en 1725, et celle de Brest fut définitivement installée en 1731.

Dès 1736, il y eut une augmentation nécessaire du personnel enseignant; dans chacun des trois grands ports, il y avait, en dehors du chirurgien-major, nommé par le Roi, quatre professeurs médecins ou chirurgiens en premier, et trois professeurs médecins ou chirurgiens en second : et annuellement, cinq élèves à la ration d'hôpital étaient admis à l'École pour y être instruits. Les conditions d'entrée à l'École étaient : quinze ans d'âge et savoir lire et écrire. La durée des études était de cinq ans au moins.

Au moment où débuta la guerre de Sept Ans, au moment de la guerre avec l'Angleterre, alliée de la Prusse, des chirurgiens auxiliaires, entretenus par l'État, furent attachés au port, soit pour embarquer, soit pour enseigner la médecine, la chirurgie, l'anatomie et la pharmacie. A cette époque, ainsi qu'on l'a vu plus tard, l'insuffisance numérique des médecins sortis de l'école avait déjà obligé l'État à prendre des médecins auxiliaires. Il en sera toujours ainsi : un service de santé superflu en temps de paix devient rapidement insuffisant en temps de guerre.

En 1763, Poissonnier, docteur régent de la Faculté de Paris, professeur au Collège de France, ancien inspecteur des hôpitaux

(1) Rapport fait au nom de la Commission suivante : MM. Raspail (Camille), président; David [Alpes-Maritimes], secrétaire; Bouge, Riotteau, Braud, Le Provost de Launay, Després (Armand) [Seine], Raynal, Bourgeois (Paul) [Vendée], Garnier [Charente-Inférieure], Granet.

militaires, fut nommé *inspecteur* des hôpitaux de la marine avec mission de diriger uniformément l'enseignement de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie, dans les écoles des principaux ports.

Poissonnier et son frère réglèrent les cours dans les trois écoles de Brest, Rochefort et Toulon. Chaque école eut des cours complets sur les matières de l'enseignement médical. Les professeurs, outre leurs cours, avaient la charge de former les jurys pour les concours. C'est, en effet, à cette époque que le concours fut établi pour le passage d'un grade au grade supérieur. Les épreuves étaient au nombre de six, et il y avait une épreuve d'argumentation des candidats entre eux. C'était la reproduction des examens que l'on passait alors à Paris pour être reçu docteur de la Faculté de médecine de Paris.

Quinze ans après, la force des choses ayant démontré que les médecins et chirurgiens instruits dans les trois ports étaient insuffisamment préparés, l'on songea à créer une école de médecine pratique ou école de perfectionnement pour apprendre aux médecins à traiter les maladies des marins et les maladies exotiques. L'École de Brest fut un moment désignée pour cet objet, mais aucune suite ne fut donnée au projet.

La Révolution française, qui devait tout briser pour refondre dans un nouveau moule les hommes et les choses, embarqua les professeurs, réquisitionna les médecins de tous côtés et les soumit seulement à un conseil de santé des armées de terre et de mer. Cette fusion était, pour l'époque, ce qu'il y avait de plus rationnel. Mais les écoles de médecine navale sombrèrent. Il ne restait plus que le concours pour l'avancement d'un grade à un autre et qui avait lieu dans les écoles.

En 1797 (19 pluviôse au VI), le Directoire, sous l'inspiration de Colomb, promulgua un règlement qui réorganisait les écoles de Brest, Rochefort et Toulon, avec onze professeurs par école, et instituait le concours pour l'admission des élèves à leur entrée à l'école. Mais comme le recrutement ne se faisait point, par raison d'économie, le nombre des professeurs fut diminué et réduit à neuf. Pendant les dernières guerres de l'Empire et surtout après le désastre de Trafalgar, la marine, ses médecins et ses écoles périclitèrent.

La loi du 4 août 1819 réduisit encore le personnel enseignant dans les écoles où les élèves étaient toujours rares. Il n'y eut plus que six professeurs. Les écoles recrutaient ceux qui se présentaient, élèves en médecine, officiers de santé ou docteurs qui, après deux années d'études, concouraient pour l'obtention du premier grade, *aide-médecin de marine* ou *médecin de troisième classe*. A défaut d'élèves, l'État engageait toujours, pour embarquer, des médecins auxiliaires pris un peu partout et comme ils se présentaient. Aussi, pour élever le niveau des aspirants aux écoles de médecine navale le baccalauréat ès lettres fut, en 1824, exigé des candidats.

La loi de 1835 (21 décembre) rendit à chacune des écoles le nombre réglementaire de professeurs. Neuf professeurs titulaires, dont deux de pharmacie et un professeur-adjoint chargé d'enseigner la chirurgie, les bandages et appareils. Il y avait là les éléments d'une bonne école ; aussi les élèves y revinrent. Toutefois, le concours pour l'avancement étant encore maintenu, le corps des médecins de marine ne tira pas un long profit de cette loi conçue cependant dans un bon esprit.

La révolution de 1848 provoqua, de la part des médecins de marine, des protestations exposées dans des pétitions adressées à l'Assemblée nationale, mais cela ne touchait point l'organisation des écoles, les médecins de la marine avaient surtout la préoccupation de l'égalité dans l'avancement aux grades supérieurs.

Une réforme, qui s'imposait, engagea le ministre de la Marine, en 1857, à perfectionner encore l'enseignement dans les écoles. En vue d'élever des médecins coloniaux, résidant aux colonies, et appelés à donner des soins à nos nationaux et à leur famille, le ministre créa, dans chaque école, un cours d'accouchement et de maladies de femmes et d'enfants.

Malgré toutes ces améliorations, cependant, le recrutement des élèves dans les écoles était si faible, que la marine ne trouvait guère de personnel que dans les médecins auxiliaires qui se présentaient et à qui l'on permettait de concourir pour obtenir le grade de médecin de deuxième classe. En 1856, on leur avait accordé la facilité de concourir jusqu'à vingt-huit ans, et cela n'avait pas suffi. En 1865, on dut reculer la limite d'âge jusqu'à trente-cinq ans.

Grâce à la persistance du ministre Chasseloup-Laubat, qui voulait relever le niveau des études des médecins de marine, sans nuire au recrutement, un décret du 15 juin 1865 et un règlement du 10 avril 1866 stipulèrent que le diplôme de docteur en médecine était exigible pour le concours de médecin et chirurgien de deuxième classe. Les écoles donnaient deux années d'enseignement préliminaire, après lesquelles l'élève devait passer ses examens de doctorat et sa thèse dans une Faculté de médecine de l'État. Les élèves qui se présentaient à Brest, Rochefort ou Toulon, admis après examen, devaient contracter un engagement de dix ans. A ce moment, chaque école avait 15 professeurs, 10 titulaires et 5 agrégés ou suppléants. Néanmoins, il y avait peu d'élèves dans ces écoles.

Alors un décret du 10 avril 1869 établit l'équivalence et la gratuité des inscriptions pour les deux années d'étude dans les écoles, la dispense de tout frais d'examen devant les Facultés de l'État. Enfin, en 1873, une circulaire ministérielle appliqua aux élèves des écoles de médecine navale les dispositions du ministre de la Guerre pour les élèves des écoles de médecine militaire. L'exemption du service militaire de cinq ans, la perspective de faire leurs études pour rien, firent affluer les élèves aux écoles de Brest, Rochefort et Toulon. Mais presque de suite le résultat laissa à désirer. Aussitôt le grade de docteur conquis, avec le titre de médecin de seconde classe, les médecins de marine démissionnaient et entraient dans la médecine civile. L'on dut encore recourir aux auxiliaires et, en 1885, l'arrêté du 7 août (art. 6) permit aux docteurs en médecine, qui se présentaient, de concourir directement pour le grade de médecin de deuxième classe, quoiqu'ils n'eussent point passé par les écoles de médecine navale. Cet état de choses ne pouvait plus durer.

C'est alors que l'amiral Aube, prenant une résolution hardie (décret du 24 juin 1886), introduisit, dans l'organisation de la médecine navale, une réforme fondamentale : la suppression du concours pour le passage d'un grade à un autre et l'assimilation des médecins sédentaires aux médecins navigants, leur attribuant, aux uns et aux autres, l'avancement au choix et à l'ancienneté et l'obligation de naviguer. En même temps, le décret diminua le nombre des professeurs dans chaque école et les nommait, pour cinq ans, avec facilité de les renouveler dans leurs fonctions. Les études devaient durer quatre ans, et, à partir de la troisième année, les élèves étaient appointés à 1 800 francs par an et prenaient leur brevet universitaire. Le concours pour le professorat seul était conservé.

Ce décret semblait, en réalité, vouloir calquer les études et la hiérarchie dans la médecine navale sur l'enseignement et la hiérarchie dans la médecine militaire, réglés par le décret du 27 avril 1864. La mesure fut bien accueillie.

Après deux tentatives nouvelles, l'une de l'amiral Krantz qui proposait la création d'une école de plein exercice dans un des trois grands ports de guerre, l'autre de l'honorable député G. Roche, qui proposait le retour aux règlements antérieurs de 1835 et 1866, tentatives qui n'eurent point de suite à cause de l'expiration des pouvoirs de la Chambre précédente, le projet de l'amiral Aube reçut un commencement d'exécution.

Mais M. le ministre de l'Instruction publique intervint et fit obstacle à la collation des grades et à l'équivalence des études dans des écoles qui n'avaient point le nombre réglementaire de professeurs, et c'est pour remédier à cette situation, qu'après une entente entre le ministre de l'Instruction publique et son collègue le ministre de la Marine, vous avez été, le 18 janvier 1890, saisis du projet de loi objet de ce rapport.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 6 mars 1890, ont été désignés pour procéder à l'inspection générale du service de santé de l'armée active en 1890 :

M. le médecin-inspecteur général Colin, pour le Ier arrondissement (gouvernement militaire de Paris, moins les divisions des 3e, 4e et 5e corps d'armée ; écoles du service de santé).

MM. les médecins-inspecteurs Baudouin, pour le IIe arrondissement (17e et 18e corps d'armée ; divisions des 3e, 4e et 5e corps d'armée, stationnées dans le gouvernement militaire de Paris) ; — Gaujot, pour le IIIe arrondissement (5e et 9e corps d'armée) ; — Weber, pour le IVe arrondissement (7e, 8e et 13e corps d'armée) ; — Dauvé, pour le Ve arrondissement (4e, 6e et 11e corps d'armée) ; — Arnould, pour le VIe arrondissement (1er, 2e, 3e et 10e corps d'armée) ; — Vallin, pour le VIIe arrondissement (12e et 14e corps d'armée) ; — Papillon, pour le VIIIe arrondissement (15e et 16e corps d'armée) ; — Aron, pour le IXe arrondissement (19e corps d'armée et brigade d'occupation de Tunisie).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Le Petit, ancien médecin en chef de la marine ; Vincenot (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des tumeurs de l'ombilic.

Par le docteur Fr. VILLAR,
Professeur agrégé, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Anatomiquement et physiologiquement, l'ombilic doit être considéré comme une région tout à fait distincte et qu'il faut se garder de confondre avec la région ombilicale. Situé au centre de la paroi abdominale antérieure et de la région dite ombilicale, il constitue un petit *état dans l'état*, un petit centre où se donnent rendez-vous des tumeurs de nature fort différente et qui présentent des particularités dignes d'intérêt, particularités qu'elles empruntent à la région où elles se développent.

Il est bien entendu que, restreignant le sens du mot tumeur, nous éliminons de notre cadre les hernies ombilicales et les autres tumeurs qui n'appartiennent pas en propre à la région, pour ne décrire ici, sous le nom de tumeurs de l'ombilic, que les véritables néoplasmes développés au niveau de la cicatrice ombilicale.

Notre sujet ainsi délimité est encore assez vaste, mais nous glisserons sur les tumeurs rares et peu intéressantes pour nous appesantir sur celles qu'on observe le plus fréquemment et dont la pathogénie mérite discussion.

I

CLASSIFICATION. — Les tumeurs de l'ombilic, dit M. Nicaise, ne peuvent être l'objet d'une description précise ; et, en effet, plusieurs divisions se présentent à nous.

On pourrait les classer d'après l'âge des malades, car certaines de ces tumeurs s'observent plus particulièrement chez l'enfant, d'autres chez l'adulte. Mais cette classification est discutable ; en effet, certaines de ces tumeurs ont été observées aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, témoin le kyste dermoïde.

Küster donne une classification basée sur la pathogénie et l'anatomie pathologique, et divise les tumeurs de l'ombilic en : 1° tumeurs développées aux dépens de la peau de l'ombilic ; 2° tumeurs développées dans la cicatrice ombilicale ; 3° néoplasmes du trajet ombilical.

Nous avions adopté, dans notre thèse inaugurale (1), la division en tumeurs bénignes et tumeurs malignes. Nous nous contenterons ici de décrire successivement chaque variété de tumeur, en commençant par les bénignes.

II

TUMEURS VASCULAIRES. — Qu'entend-on par tumeur vasculaire ombilicale ? Le fongus ombilical est-il une tumeur vasculaire ?

Il est indispensable d'être fixé sur le sens de ces mots, car on est tenté de confondre le fongus ombilical avec les véritables tumeurs vasculaires.

D'après Virchow, on doit distinguer deux sortes de fongus ombilical ; l'une, la plus commune, est une prolifération très vasculaire et saignant facilement : à cette variété appartiennent les tumeurs désignées sous le nom de masses polypeuses, verruqueuses, fongueuses.

Sans doute, ces tumeurs renferment des vaisseaux et même en grande quantité, mais l'élément principal est représenté par le tissu de granulation ; aussi O. Küstner les désigne-t-il, et avec raison, sous le nom de granulomes.

La seconde variété est bien différente. Ce qui prédomine, c'est l'élément vasculaire ; les tumeurs de cette variété méritent seules la dénomination de tumeurs vasculaires, d'angiomes. Nous excluons, de notre cadre, ces dilatations veineuses péri-ombilicales, que l'on observe dans certaines affections du foie et dont la pathogénie est bien connue depuis le remarquable mémoire de M. le professeur Sappey. Ce sont de simples dilatations veineuses et nullement de véritables tumeurs vasculaires.

A côté des tumeurs vasculaires sanguines prennent place les tumeurs vasculaires lymphatiques, dont la connaissance est due à Kœberlé.

En un mot, nous décrirons tout à l'heure, sous le nom de granulomes, la première variété du fongus ombilical de Virchow, et nous ne décrirons dans ce chapitre, sous le nom de tumeurs vasculaires, que les tumeurs formées uniquement par des vaisseaux.

(1) Francis VILLAR. *Tumeurs de l'ombilic*, Thèse de Paris, 1886 (bibliographie complète). — Les observations récentes sont signalées dans le présent travail.

Angiomes. — Ces tumeurs sont très rares à l'ombilic; P.-H. Bérard propose même de supprimer le mot varicomphale du cadre nosologique.

La première observation de tumeur vasculaire de l'ombilic est due au baron Philippe Boyer (1849); quelques années plus tard, Chassaignac présente à la Société de chirurgie un enfant de six mois porteur d'une tumeur érectile veineuse d'un assez grand volume et, en 1886, le docteur Braxton Hicks publie un nouveau cas de tumeur érectile ombilicale : dans tous ces cas, il s'agissait de tumeurs congénitales. Citons, à titre de document intéressant, l'observation récente de M. le docteur Colomba [de Lisieux (1)]. Une femme portait, au niveau de l'ombilic, une tumeur vasculaire qui avait donné lieu à plusieurs hémorrhagies graves; cette femme vint mourir de cirrhose du foie, deux ans plus tard, dans le service de Notta. A l'autopsie, on trouva, dans le ligament suspenseur du foie, deux veines qui partaient de l'ombilic pour aller se rendre dans le foie. L'une de ces veines, beaucoup plus grosse que l'autre, présentait, au niveau de la cicatrice ombilicale, trois ou quatre dilatations ampullaires, et venait se rendre directement dans la veine porte; la cicatrice ombilicale adhérait intimement à ces ampoules veineuses, dont la paroi à ce niveau était formée par une mince couche de tissu; c'est la rupture de cette paroi amincie qui avait donné naissance aux hémorrhagies constatées pendant la vie. Il s'agissait là, bien évidemment, d'une veine porte accessoire.

Lymphocèles. — La description de ces tumeurs peut se résumer en quelques mots. Parfois, chez les femmes atteintes de volumineux kystes de l'ovaire, on voit les vaisseaux lymphatiques de la région ombilicale prendre un développement excessif, et l'ombilic devenir le siège d'une tumeur constituée par des dilatations sacciformes des vaisseaux lymphatiques; ces tumeurs, dit Kœberlé, n'ont jamais été décrites et encore moins reconnues sur le vivant.

Granulome. Fongus ombilical des nouveau-nés. — Le granulome, première variété des tumeurs vasculaires de l'ombilic, d'après Virchow, est la plus fréquente des tumeurs ombilicales qu'on observe chez l'enfant. Dès 1834, Dugès, qui, le premier, fait mention du granulome, nous parle « d'une maladie *assez commune*, peu connue cependant, le granulome, qui a été quelquefois confondue avec l'exomphale épiploïque ».

Depuis, les observations et les travaux publiés sur cette question se sont multipliés; qu'il nous suffise de signaler les deux mémoires les plus importants, celui d'Otto Küstner publié, en 1877, dans les *Archives de Virchow* et celui, de notre ami M. Broussolle, paru en juillet 1886 dans le *Journal des maladies de l'enfance*.

Cette affection a été désignée sous les dénominations les plus variées, qui constituent un véritable chapitre de synonymie : excroissance polypeuse ou fongueuse de l'ombilic, bourgeonnement, tumeur verruqueuse de l'ombilic, fongus, fongus vasculaire ombilical, végétations, granulome de l'ombilic; de toutes ces dénominations les plus usitées sont celles de granulome et de fongus ombilical des nouveau-nés.

Le granulome n'est pas une tumeur congénitale et c'est là un caractère important; il se développe au moment de la chute du cordon, le plus souvent immédiatement après, dit Nélaton.

L'époque de l'apparition est variable : immédiatement après la chute du cordon (C. Forster); cinq à six jours après (Féré); chez les enfants de huit à dix jours (Depaul); chez les enfants de deux à cinq semaines (O. Küstner).

On peut dire, d'une façon générale, que le granulome se développe du quatrième au vingtième jour après la naissance.

Le mode de ligature du cordon exerce-t-il quelque influence sur l'apparition du fongus ombilical? On ne trouve nulle part aucune particularité mentionnée à ce sujet.

La fréquence du granulome, d'après nos relevés, est à peu près la même dans les deux sexes.

Au point de vue descriptif, la tumeur se présente le plus souvent sous l'aspect d'une petite excroissance rouge, luisante et humide, à surface ridée, sillonnée et comme mamelonnée. Elle rappelle, à s'y méprendre, l'aspect d'un bourgeon charnu. Dans quelques cas, la vascularité est très accentuée, d'où la facilité des hémorrhagies et la teinte rouge intense qu'offre la tumeur, lorsque l'enfant pousse des cris : ce sont ces cas qu'il faut se garder de confondre avec les nœvi de l'ombilic, qui sont congénitaux.

Pas plus gros quelquefois qu'une tête d'épingle, ils peuvent atteindre les dimensions d'un raisin de Corinthe; arrondis, conoïdes, cylindroïdes, tout cela dénote une certaine variabilité dans leur forme et leur volume; d'une façon générale, on peut dire que leur volume varie, depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'une noisette, et que leur forme et leur aspect les ont fait comparer à un grain de blé, à une petite fraise, à une framboise.

Au toucher, le granulome donne la sensation particulière aux tissus fongueux qui se laissent déprimer sans qu'il y ait réductibilité, caractère important, au point de vue du diagnostic.

Il nous faut, maintenant, étudier le mode d'implantation du fongus ombilical : celui-ci s'implante sur la cicatrice ombilicale, non point en son milieu, mais le plus souvent sur la moitié supérieure de la cicatrice, tantôt par une large base, tantôt, au contraire, par un véritable pédicule plus ou moins long; aussi, si, dans certains cas, la tumeur est facile à apercevoir, dans d'autres au contraire, elle reste cachée dans la fossette ombilicale et peut passer inaperçue. Il n'est pas étonnant, dès lors, de voir combien certains auteurs insistent sur la manière d'examiner le fond de la cicatrice; il faut, dit Fabrège, pour voir la tumeur, dès le début, y regarder de près en ayant soin d'écarter les espèces de lèvres formées par le rebord ombilical et qui, chez les très jeunes enfants, sont d'ordinaire fort rapprochées l'une de l'autre.

Il est enfin un signe important que l'on ne doit pas oublier dans la symptomatologie du granulome, c'est la production à la surface de ces tumeurs d'une sécrétion franchement purulente (blennorrhée de l'ombilic), d'abondance variable, qui tache le linge en jaune et fait comme une croûte qui le raidit, particularité qu'on ne retrouve pas dans les autres tumeurs de l'ombilic; ce liquide purulent finit par déterminer de la rougeur et une excoriation du bourrelet ombilical.

Comment expliquer la formation de ces granulomes? Deux opinions se trouvent en présence : 1° la théorie vasculaire; 2° la théorie du bourgeon charnu.

D'après les auteurs de la théorie vasculaire, le fongus

(1) Colomba. Société de chirurgie, 1889.

pourrait être constitué par un vaisseau qui ne se serait pas trouvé coupé au même niveau que le reste du cordon; ce serait la veine pour Denis (de Commercy), une artère pour Velpeau et Béraud. Contentons-nous de signaler cette opinion.

Pour les partisans de la théorie du bourgeon charnu, il se produirait, au moment de la chute du cordon, et au niveau du moignon ombilical, des fongosités, véritables bourgeons charnus qui, baignés dans le pus que le pli cutané retient autour d'eux, ne tarderaient pas à s'accroître et à former une tumeur.

Sans doute, cette théorie semble admettre que la chute du cordon est due à un travail d'ulcération, au niveau de laquelle se développeraient les bourgeons charnus, mécanisme qui n'est plus admis aujourd'hui, et, cependant, c'est à elle que se sont ralliés la plupart des auteurs qui ont écrit sur la question. Du reste, l'histologie vient confirmer cette opinion en nous montrant la richesse de ces tumeurs en tissu embryonnaire et en vaisseaux de nouvelle formation.

Adénomes. Entéro-tératomes. — Parmi les tumeurs qu'on observe à l'ombilic, les plus curieuses sont les adénomes ou entéro-tératomes. Sous ce nom, on désigne des tumeurs assez comparables comme apparence aux granulomes de cette région, mais d'une constitution anatomique tout à fait différente; leur tissu, en effet, est celui d'une paroi d'intestin présentant à la fois et des glandes tubuleuses et des fibres musculaires lisses.

Contrairement à ce qui a été dit par tous les auteurs, c'est à Kolaczek et non à O. Küstner qu'il faut rapporter l'honneur de la première description de cette variété de tumeurs. Citons encore le travail de Chandelux (1) et le très important mémoire de M. le professeur Lannelongue (de Paris) et de M. Frémont (de Vichy), paru, en 1884, dans les *Archives de médecine*.

Ces tumeurs ont reçu différentes dénominations : entéro-tératomes (Kolaczek); adénomes (Küstner); exomphale funiforme diverticulaire inversé (Chandelux); tumeurs adénoïdes diverticulaires (Lannelongue et Frémont). C'est dire que les auteurs ont été guidés tantôt par la structure, tantôt par l'origine et le mode de formation de la tumeur.

Nous avons proposé, dans notre thèse de doctorat, d'établir une division de ces tumeurs en deux variétés, d'après leur origine viscérale. En effet, à côté des adénomes ordinaires et qui sont développés aux dépens de la paroi intestinale, il existe une autre variété, dont nous ne connaissions qu'une observation, celle de H. Tillmanns, dans laquelle la tumeur était formée par les éléments de la paroi stomacale. Depuis, Roser, au dire de Siégenbeek van Heukelom, aurait publié un nouveau cas de ce genre. Il y aurait donc lieu d'établir la division suivante :

Adénomes { *a.* intestinal.
b. stomacal.

ou bien encore :

a. entéro-tératome.
b. gastro-tératome.

Mais, la symptomatologie étant à peu près la même pour les deux variétés, nous n'étudierons séparément que la structure et la pathogénie.

Les adénomes de l'ombilic ne sont pas très rares, étant donné que leur histoire est à peine vieille de quelques années, et qu'ils ont dû être souvent confondus avec les granulomes; nous avons pu réunir onze cas d'adénome intestinal et un cas seulement d'adénome stomacal; ajoutons le cas de Roser (adénome stomacal), et celui de Siegenbeek von Heukelom (adénome intestinal), enfin, un cas de Bazy, dont j'ai moi-même pratiqué l'examen histologique.

On les aurait observés plus souvent chez les garçons que chez les filles.

Ces tumeurs se montrent immédiatement après la chute du cordon; de nature congénitale elles semblent guetter la chute du cordon pour venir faire saillie au dehors; mais leur marche est bien plus lente que celle du granulome, ce qui explique pourquoi celui-ci est reconnu plus tôt et atteint plus rapidement un volume plus considérable.

Du volume d'un petit pois, ces tumeurs offrent une surface lisse, unie, brillante, d'un aspect rouge uniforme; on ne saurait mieux les comparer qu'à celle de la muqueuse intestinale dans le prolapsus du rectum. On constate quelquefois à leur surface la présence d'un léger enfoncement ou d'une dépression.

Comme la surface des granulomes, celle des adénomes donne lieu à un suintement, mais qui présente ici des caractères particuliers; c'est un liquide visqueux, filant entre les doigts, limpide; ce n'est pas du pus, et il ne tache pas le linge en jaune; ce liquide provient des glandes de la tumeur, des cellules caliciformes dont le rôle, on le sait, est de sécréter du mucus et du mucus épais.

Ce symptôme, écoulement muqueux, a été également signalé par Tillmanns dans son observation d'adénome stomacal; la surface de la tumeur, dit-il, sécrète une humeur acide (pepsine).

La consistance de l'adénome est élastique et diffère en cela de la mollesse des bourgeons charnus; quant à l'irréductibilité elle est absolue : non seulement on n'obtient pas de réduction vraie, mais encore le refoulement méthodique ne change même pas le volume de la tumeur.

Quoique pédiculés, les adénomes présentent, le plus ordinairement, un pédicule large implanté sur la cicatrice ombilicale.

Comme pour le granulome, pas de douleur spontanée, santé générale excellente, pas le moindre trouble du côté des voies digestives.

Nous avons déjà dit que la structure de ces tumeurs n'est autre que celle d'une paroi intestinale; en effet, l'examen histologique a révélé, dans ces tumeurs, la présence d'une couche épithéliale, d'une couche musculaire lisse, d'un grand nombre de glandes comparables aux glandes de Lieberkuhn, et d'une couche conjonctive intermédiaire aux couches épithéliale et musculaire. On est allé plus loin; dans quelques cas, on a signalé des follicules clos et une double couche musculaire, comprenant des fibres circulaires et des fibres longitudinales. Dans l'épaisseur de la paroi, on a trouvé des vaisseaux relativement volumineux; c'est bien là la structure de l'intestin ou, pour être plus précis, du gros intestin, mais avec cette différence qui est capitale que la muqueuse occupe la périphérie, tandis que la couche musculaire est au centre. En outre, les parois de la tumeur n'offrent pas tous les caractères normaux de l'intestin et chacun des plans a subi des modifications; ces modifications ont été bien étudiées par MM. Lannelongue et Frémont, et nous ne pouvons nous étendre ici sur tous les détails micrographiques que ces auteurs nous ont fait

(1) Chandelux. *Archives de physiologie*, 1881.

connaître, qu'il nous suffise d'indiquer les grandes lignes : 1° muqueuse : l'épithélium ne présente pas de plateaux comme il en existe à l'état normal; nombre de glandes sont remarquables par leur longueur et leur largeur; 2° rapports des tuniques entre elles : leur adhérence est plus grande qu'à l'état normal; un tissu conjonctif inflammatoire les unit étroitement.

En résumé, la structure des adénomes est celle d'une paroi d'intestin, mais d'une paroi d'intestin modifiée.

Comment expliquer la présence si inattendue, dans ces tumeurs, de ces éléments épithéliaux, musculaires et glandulaires? L'explication nous est fournie par l'étude du développement de l'intestin; ne pouvant aborder ici cette question d'embryologie, il nous suffira de rappeler qu'il n'est pas très rare d'observer la présence, au niveau de l'ombilic, d'un diverticule intestinal, vestige du conduit omphalo-mésentérique; c'est aux dépens de ce diverticule, qui renferme en lui-même des éléments intestinaux, que se développent les adénomes, et c'est en partant de ce point de vue embryologique que Kolaczek leur a donné le nom d'entéro-tératome.

Ne signalons que pour mémoire l'opinion de Küstner, qui voulait faire dériver ces tumeurs de l'allantoïde; du reste, Küstner n'a pas tardé à abandonner lui-même cette opinion.

Mais pourquoi la muqueuse occupe-t-elle la périphérie, tandis que la couche musculaire est rejetée au centre de la tumeur? D'après Chandelux, le diverticule fait hernie en se retournant en doigt de gant, de telle sorte que sa surface muqueuse devient superficielle : il y a invagination, d'où le nom d'exomphale diverticulaire inversé.

Pour M. le professeur Lannelongue, il en serait tout autrement; le diverticule, faisant partie du cordon, se trouve séparé comme les autres parties; par sa surface extérieure, il adhère à la paroi abdominale d'autant plus facilement que le revêtement péritonéal se trouve dans les meilleures conditions pour que la soudure s'y fasse. Quant à la muqueuse elle adhérera par ses bords, mais sa face interne revêtue d'un épithélium ordinaire n'aura aucune tendance à la soudure. Aussi, la muqueuse, derrière le point sectionné, fera-t-elle procidence entraînant à sa suite les plans musculaires qui lui sont annexés; dès que la chute du cordon a lieu, ce prolapsus se révèle par la présence d'un corps arrondi, rougeâtre; puis, sous l'influence des cris et des efforts de l'enfant, la petite tumeur augmente et finit par acquérir le volume moyen d'un pois, d'une noisette.

Un mot, en terminant, sur l'adénome stomacal : l'examen histologique du cas de Tillmanns a montré qu'on se trouvait en présence d'un prolapsus de la région pylorique avec inversion de la muqueuse au dehors.

Cette variété d'adénome proviendrait d'un diverticule stomacal qui se serait trouvé compris dans la ligature du cordon, et Roser, qui admet la théorie du diverticule stomacal, fait remarquer que, à une période de la vie intra-utérine, le pylore verticalement situé se trouve assez rapproché de l'ombilic, ce qui faciliterait la présence d'un diverticule stomacal à ce niveau.

Sur les planches annexées au travail de Tillmanns, on voit très nettement, et les glandes de l'estomac qui entrent dans la constitution de la tumeur, et la façon dont devait se trouver disposé le diverticule stomacal, point de départ du gastro-tératome.

Cependant, le docteur Siegenbeek van Heukelom, dans un travail publié, en 1888, dans les *Archives de Virchow*, nie l'existence de l'adénome stomacal et rejette la possibilité d'un diverticule ventriculaire. Il s'est livré à des recherches sur la structure comparée des diverticules intestinaux, de la paroi intestinale et de la région pylorique de l'estomac, et arrive à cette conclusion que : chez le fœtus, la muqueuse d'un diverticule intestinal, celle de l'intestin et du pylore présentent à peu près la même structure au point de vue épithélial et glandulaire; par suite, il refuse, à l'observation de Tillmanns, le titre de diverticule stomacal. Mais, dira-t-on, d'où vient alors le liquide acide que Tillmanns a reconnu à la surface de sa tumeur et qu'il croit être de la pepsine? Siegenbeek admet que si l'adénome (développé aux dépens d'un diverticule intestinal) s'est formé de bonne heure, on trouve dans sa structure des caractères qui rappellent la muqueuse pylorique et un liquide acide à sa surface, ce qu'il appelle le « pseudo-pylorus épithélium acide »; si, au contraire, il s'est formé plus tardivement, on trouve alors les véritables glandes de l'intestin, c'est-à-dire les glandes de Lieberkuhn.

Comme on le voit, Siegenbeek soulève là une discussion très intéressante, que nous ne faisons que signaler sans pouvoir la trancher.

Kystes. — On n'a rencontré à l'ombilic que des kystes sébacés ou dermoïdes, et encore le nombre en est-il fort restreint, car la plupart des tumeurs décrites comme telles n'étaient que des concrétions sébacées du fond de la cicatrice ombilicale. Il n'est pas rare, en effet, d'observer, surtout chez les sujets gras, de ces concrétions dont la pathogénie est facile à établir. Que la dépression ombilicale soit très accentuée, la matière sébacée mélangée à des débris d'épiderme et à des corps étrangers venus du dehors, peut en s'y accumulant produire de véritables tumeurs, point de départ d'abcès et de fistules de la région ombilicale; mais il faut bien séparer ces pseudo-tumeurs des véritables kystes sébacés.

Nous n'avons pu réunir que trois observations bien authentiques de kyste de l'ombilic, et deux autres de kyste ad-ombilical.

Les véritables kystes de l'ombilic constituent des tumeurs de consistance mollasse, irréductibles, pédiculées; ajoutons que, dans les trois observations, la tumeur datait de la naissance, c'est-à-dire qu'elle était d'origine congénitale.

Papillomes. Fibromes. Fibro-papillomes. — Le fibrome et le papillome doivent être décrits dans le même chapitre, parce que leurs signes objectifs sont à peu près identiques et parce que, au point de vue histologique, ils se confondent fréquemment en une variété mixte : les papillo-fibromes.

Ces tumeurs se rapprochent des granulomes, mais en diffèrent par leur structure plus complète et par l'époque à laquelle on les observe : ce sont des tumeurs de l'adulte.

Ces tumeurs sont rares. On en compte quatre cas, disions-nous en 1886 : un de ces cas, celui de M. Segond, présente le plus grand intérêt, tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique. Au point de vue clinique, la tumeur ombilicale coïncidait avec des tumeurs de l'utérus, ce qui aurait pu être la source d'une erreur de diagnostic. Au point de vue histologique elle contenait dans son intérieur des kystes renfermant un liquide jaunâtre.

Depuis, deux autres cas ont été publiés par MM. Bousquet et

Pic. Le cas de M. Bousquet, présenté à la Société de chirurgie, en 1887, est intéressant au point de vue clinique. Ici encore il y avait coïncidence de la tumeur ombilicale avec un fibrome utérin et, en outre, un écoulement sanguin à la surface de la tumeur au moment des règles; mais l'examen histologique n'a pas été pratiqué. Quant à l'observation de M. Pic (1), elle est extrêmement probante; il s'agit d'une tumeur aponévrotique développée au niveau même de l'ombilic.

Tantôt simples, tantôt composées d'un nombre plus ou moins grand de lobules juxtaposés, ordinairement fixées par un large pédicule, de grosseur variable (noisette, noix), ces tumeurs présentent une consistance dure et fibreuse.

A côté des fibromes appartenant en propre à l'ombilic, nous devons signaler ces quelques cas de fibromes de la paroi, dont l'insertion se fait à l'ombilic. D'après MM. Labbé et Rémy, les fibromes ne se seraient jamais développés sur l'ombilic; cette opinion est un peu trop exclusive, car nous connaissons des faits qui viennent la contredire; mais nous ne voulons pas insister, car ce ne sont plus de véritables tumeurs de l'ombilic.

Myxome. Sarcome. — Tumeurs peu intéressantes à cause de leur rareté et de l'absence de descriptions classiques; c'est ainsi que nous n'avons pu trouver qu'un seul cas de myxome observé chez l'adulte et un seul cas de sarcome ombilical vérifié par l'examen histologique; je ne parle pas, bien entendu, de ces cas de myxo-sarcome observés à la naissance et dont l'étude se rapproche de celle du granulome.

Cancer proprement dit. — Il y a trente ans à peine, les tumeurs cancéreuses de l'ombilic, dénomination générique attribuée à une certaine catégorie de tumeurs de cette région, étaient considérées comme fort rares; nous devons dire aujourd'hui que le cancer de l'ombilic est chose fréquente et que c'est même la plus *fréquente des tumeurs* que l'on rencontre chez l'*adulte*.

Pour expliquer cette prédominance du cancer à l'ombilic, Waldeyer invoque la prolifération ultérieure des cellules épithéliales englobées dans la cicatrice ombilicale. Blum donne une autre explication et s'appuie sur ce fait que les cicatrices sont souvent le siège de cancer, surtout lorsqu'elles sont soumises à des irritations répétées; c'est la théorie générale de l'influence du trauma sur la production du cancer, soutenue depuis longtemps par M. le professeur Verneuil; ajoutons à cela la propagation, assez fréquente, à l'ombilic, d'une tumeur cancéreuse intra-abdominale.

Le volume du cancer ombilical varie de celui d'une noisette à celui d'un poing d'adulte; plus ou moins largement pédiculée, la tumeur présente une coloration rouge-bleuâtre et un aspect lobulé, mamelonné, en forme de champignon, caractère qu'on observe souvent dans les tumeurs de l'ombilic.

Il y a, croyons-nous, intérêt à étudier le cancer ombilical dans deux chapitres différents, suivant que l'on a affaire au cancer primitif ou au cancer secondaire.

A. *Cancer primitif.* — Aux 13 cas que nous avions recueillis, en 1886, nous pouvons ajouter 2 autres plus récents : l'un, que j'ai eu l'occasion de voir en 1888, dans le service de M. Després (épithélioma); l'autre, que j'ai également examiné, en 1887, dans le service de M. Tillaux et qui a fait l'objet d'une très remarquable clinique de ce chirurgien (1). Cette dernière observation est des plus intéressantes; la note histologique, remise par M. le professeur Cornil, portait : « Épithélium cylindrique, analogue à ceux qui se développent sur les glandes de l'intestin. » Aussi, M. Tillaux, cherchant à établir le point de départ de cette tumeur, a-t-il été amené à la considérer comme développée aux dépens d'un diverticule intestinal, véritable adénome transformé en épithélioma.

Le cancer primitif de l'ombilic se présente, le plus souvent, sous la forme d'épithélioma et très rarement sous celle de carcinome.

A part le cas de Fabrice (jeune homme de vingt-cinq ans), nous voyons que le cancer a été observé entre quarante et soixante-quatorze ans; les femmes sont un peu plus souvent atteintes que les hommes.

Un point mérite d'être noté avec soin, c'est l'*absence d'engorgement ganglionnaire*; en effet, si nous exceptons le cas de M. Demarquay, nous n'avons trouvé signalé dans aucune observation l'engorgement des ganglions, soit inguinaux, soit axillaires. Nous ne savons comment expliquer ce fait : peut-être faudrait-il admettre, avec M. Codet, que l'attention des observateurs n'a pas été attirée, d'une façon suffisante, sur ce point particulier ! Peut-être les lymphatiques ombilicaux présentent-ils une disposition spéciale et nous savons que M. Poirier a fait, à ce sujet, des recherches dont nous ne connaissons pas les résultats.

Le cancer de l'ombilic présente une marche extensive très accentuée ; plus qu'en aucune autre région, dit Nélaton, le cancer a une grande tendance à se propager aux parties profondes ; il perfore l'anneau ombilical, envahit le tissu cellulaire sous-péritonéal et le péritoine ; le néoplasme présente alors la disposition dite en bouton de chemise, dont la partie étranglée correspondrait à l'anneau ombilical. Il serait intéressant de reconnaître jusqu'à quel point la dégénérescence a envahi la face interne de la paroi abdominale ; on peut arriver à établir ce diagnostic par la palpation, qui révèle un défaut de souplesse dans les téguments qui entourent l'ombilic ; sans doute, cette manœuvre ne donne pas toujours la mesure exacte des lésions, mais il faut toujours chercher à se rendre compte de l'état des parties qui environnent la tumeur, quand il s'agit de prendre une détermination opératoire.

B. *Cancer secondaire.* — L'étude du cancer secondaire de l'ombilic est intéressante, au double point de vue du diagnostic et de l'intervention chirurgicale. Et cependant, son histoire se résume en des observations éparses çà et là, dans les divers recueils périodiques ou dans des thèses qui n'ont pas de rapport direct avec la question qui nous occupe.

Catteau, en 1876, nous dit : « Dans les cas de péritonite cancéreuse, on peut voir survenir une induration de l'ombilic, avec ou sans ulcération ; et comme corollaire, toutes les fois qu'il existera une induration ou une ulcération ombilicale, il faudra songer à la péritonite cancéreuse. » Catteau n'avait fait qu'un pas en posant cette loi ; notre cher et regretté maître, le professeur Damaschino, a mieux montré les rapports qui existent entre le cancer de l'ombilic et le cancer des viscères intra-abdominaux, dans un mémoire inédit, qu'il a bien voulu nous confier lors de la publication de notre thèse inaugurale.

(1) A. Pic. *Lyon médical*, 1888.

(1) Tillaux. *Annales de gynécologie*, 1887.

Le cancer secondaire de l'ombilic s'observe bien plus souvent chez la femme que chez l'homme, et l'on a affaire, presque toujours, à un carcinome, contrairement à ce qui existe pour le cancer primitif, représenté par l'épithéliome.

Ce cancer secondaire peut être consécutif à un cancer de la paroi ou, le plus souvent, à un cancer du péritoine, de l'estomac, du foie, de l'intestin, de l'utérus ; dans quelques cas, le ligament suspenseur du foie dégénéré semble jouer le rôle de conducteur destiné à transmettre l'élément cancéreux à l'ombilic.

Au point de vue de la marche et de la symptomatologie, un point mérite toute notre attention : si le plus souvent la tumeur ombilicale n'apparaît qu'après la constatation des troubles fonctionnels de l'organe primitivement atteint, on a vu aussi la tumeur coïncider avec les premières manifestations viscérales ou bien constituer toute la maladie, alors que les troubles viscéraux sont à peine ébauchés, ce qui arrive dans les cas de cancer latent de l'estomac, par exemple. Dans ces cas, le diagnostic peut être embarrassant et le chirurgien être exposé à pratiquer une opération inutile et même dangereuse.

Qu'il nous soit permis de rappeler ici les conclusions du mémoire du professeur Damaschino : 1° le cancer secondaire de l'ombilic peut être la conséquence d'une tumeur cancéreuse de l'abdomen ; son degré de fréquence n'est pas encore bien établi ; 2° ce cancer secondaire débute toujours par la face péritonéale de l'ombilic ; il semble lié à la présence d'une péritonite cancéreuse et se développe peut-être quelquefois le long des vaisseaux du ligament suspenseur du foie ; 3° cette manifestation a une grande importance au point de vue du diagnostic et du pronostic ; elle permet de préjuger une mort prochaine ; 4° le chirurgien devra être très réservé dans le traitement local des tumeurs cancéreuses de l'ombilic et devra se souvenir qu'elles peuvent être consécutives à une affection cancéreuse d'un des viscères abdominaux et, dans cette éventualité, toute ablation est absolument contre-indiquée.

III

Diagnostic. — Nous devons ici prendre le mot tumeur dans sa plus large acception, pour nous conformer aux exigences de la clinique. C'est dire qu'en présence d'un malade chez lequel on constate l'existence d'une tuméfaction, d'une saillie ombilicale, il faut se demander tout d'abord si l'on a réellement affaire à un véritable néoplasme de l'ombilic; ceci étant établi, il faudra aborder ensuite la question de la nature et de la variété de la tumeur.

1° *Y a-t-il tumeur?* — Chez les enfants, l'ombilic est souvent le siège de certaines affections qu'il faut savoir différencier des véritables tumeurs. En première ligne, nous placerons l'omphalocèle urinaire et les petites tumeurs bourgeonnantes qui accompagnent les fistules urinaire consécutives à la perméabilité de l'ouraque.

L'omphalocèle urinaire, résultat de la perméabilité de l'ouraque et de la persistance d'une partie du canal allantoïdien dans le cordon ombilical, est une affection rare. Elle se reconnaîtra à la présence dans la base du cordon d'une tumeur fluctuante et transparente; de plus, on constatera ordinairement une rétention d'urine complète ou incomplète, et l'ouverture de la poche, indiquant la nature du contenu, établira en même temps la nature de la tumeur.

Quant aux végétations qui, presque toujours, limitent au dehors les fistules urinaires ombilicales, elles pourraient être confondues à première vue avec les granulomes et les adénomes, car elles constituent une tumeur d'un rouge foncé, de consistance fongueuse, semblable à une cerise. Malgré cette ressemblance, le diagnostic est toujours facile; la présence, au centre de la tumeur, d'un pertuis qui laisse couler de l'urine, l'odeur caractéristique des linges qui recouvrent la tumeur ne laissent plus de place au doute.

Des végétations se rencontrent également à l'orifice des fistules stercorales; la présence d'un pertuis, la nature des matières qui s'en écoulent confirment le diagnostic, car les tumeurs adénoïdes, avec lesquelles on pourrait les confondre, ne communiquent pas avec l'intestin.

La hernie ombilicale congénitale ou du nouveau-né sera, en général, facilement reconnue.

Rappelons simplement la dilatation de l'ombilic par une collection purulente consécutive à la péritonite idiopathique aiguë des enfants, sujet fort bien étudié par M. E. Gauderon dans sa thèse inaugurale (1).

Comme chez l'enfant, on observe aussi, chez l'adolescent et l'adulte, des pseudo-tumeurs ombilicales : hernies viscérales, graisseuses, épiploïques; hernie du cordon fibreux représentant la veine ombilicale, hernie séreuse due à la dilatation de l'ombilic par le liquide ascitique; collections purulentes qui soulèvent la dépression ombilicale, et provenant d'une péritonite aiguë, d'une péritonite tuberculeuse, d'un abcès du poumon (C. Warring); kystes hydatiques du poumon, de la rate, ouverts à l'ombilic; inflammations et phlegmons péri-ombilicaux; plaques muqueuses hypertrophiques; concrétions de la fossette ombilicale.

De ces pseudo-tumeurs ombilicales, les unes sont fort rares, les autres trop faciles à diagnostiquer pour que nous ayons à en établir les signes différentiels; peut-être même aurions-nous pu les passer sous silence. Un mot seulement sur le diagnostic des tumeurs malignes avec les hernies et les suppurations ombilicales et sur celui des concrétions de l'ombilic avec les kystes de cette région.

Dans un cas cité par M. Bérard, une malade, amenée à l'hôpital avec le diagnostic : « Hernie ombilicale », était atteinte d'une tumeur cancéreuse de l'ombilic. MM. Hue et Jaquin, M. Demarquay, en présence d'une tumeur maligne de l'ombilic à marche rapide, aiguë, pratiquèrent une incision croyant avoir affaire à une collection purulente.

Quant aux concrétions ombilicales (accumulation de matière sébacée), il n'est pas toujours facile de les différencier des kystes sébacés ou dermoïdes, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant les observations rapportées dans le mémoire de Blum; cependant, l'âge des malades et les antécédents (les kystes sont congénitaux), l'aspect et le mode d'implantation différents dans les deux variétés de tumeurs, la présence ou l'absence de membrane d'enveloppe, sont autant de signes qui permettent de se prononcer.

2° *Quelle en est la variété?* — Pour plus de simplicité examinons ce point de diagnostic chez l'enfant et chez l'adulte.

A. *Enfant.* — Aux enfants appartiennent les kystes, les angiomes, les granulomes, les adénomes.

Les kystes ne sauraient être confondus avec les autres tumeurs : leur aspect, leur forme pédiculée, leur consistance mollasse, leur évolution (congénialité) permettent de les diagnostiquer facilement.

(1) E. Gauderon. Thèse de Paris, 1876.

Les angiomes, granulomes, adénomes, que l'on a désignés sous la dénomination générique de fongus, d'où la division en fongus vasculaire, fongus végétant, fongus adénoïde, se reconnaîtront aussi facilement. Les premiers se distinguent des deux autres par leur forme, leur consistance qui est plus molle et par un certain degré de réductibilité.

Le granulome et l'adénome sont les deux tumeurs que l'on est le plus souvent tenté de confondre : elles présentent, en effet, plus d'un point de contact. Mais de nombreux caractères permettent de les distinguer dans la majorité des cas. Et, d'abord, la fréquence du granulome est beaucoup plus grande que celle des tumeurs adénoïdes : aussi, est-ce à lui que l'on doit penser tout d'abord. En outre, le granulome acquiert un développement plus considérable et ce développement se fait par des bourgeonnements multiples qui donnent à la surface de la tumeur un aspect lobulé, tandis que la surface des adénomes est d'apparence lisse et unie. La consistance n'est pas la même : le granulome est plus mou, moins élastique que l'adénome ; il est plus exposé que lui aux exhalations hémorrhagiques.

Un caractère important se tire de la nature du liquide que fournissent ces tumeurs. Le granulome produit une sécrétion franchement purulente qui tache le linge en jaune et forme une croûte qui le raidit et l'empèse. La tumeur adénoïde, au contraire, est recouverte d'un enduit visqueux, qui ne tache pas le linge à la manière d'une sécrétion purulente, mais plutôt comme un liquide muqueux.

Les adénomes présentent quelquefois à leur centre un petit canal, une petite dépression, ce qui ne s'observe jamais dans les granulomes, car la présence d'un canal n'appartient qu'aux végétations congénitales et nullement aux végétations acquises de l'ombilic.

D'après M. le professeur Lannelonge, le granulome disparaît, soit spontanément, soit par de légères cautérisations ; les cautérisations répétées sont inefficaces et inutiles dans les cas de tumeurs diverticulaires.

Enfin, en dernière ressource, l'examen histologique tranche tous les doutes.

C'est aussi grâce à l'examen histologique, que l'on pourra savoir si l'on a affaire à un adénome intestinal ou stomacal.

B. *Adulte*. — Lymphocèles, kystes, fibro-papillomes, sarcome, cancer, telles sont les tumeurs qu'il faut savoir différencier chez l'adulte.

S'agit-il d'une tumeur mollasse survenue accidentellement à propos d'un kyste de l'ovaire, on songera à ces dilatations lymphatiques signalées par Kœberlé.

Nous savons déjà comment on reconnaît les kystes ; les antécédents seront ici d'une grande importance.

Diagnostiquer un fibro-papillome est chose facile : la tumeur est dure, de consistance fibreuse, mamelonnée, il n'y a pas d'altération de l'état général.

Le sarcome est tellement rare à l'ombilic, que nous ne pouvons pas chercher à en établir le diagnostic.

Le cancer se reconnaît à son volume, à la coloration rouge-bleuâtre de la peau, à son évolution rapide, à son ulcération, à l'altération de l'état général ; l'absence d'engorgement ganglionnaire ne doit pas entrer en ligne de compte.

Le cancer de l'ombilic ayant une grande tendance à gagner les parties profondes, on devra chercher à reconnaître l'étendue des lésions : quand la tumeur est nettement pédiculée, elle est le plus habituellement extra-péritonéale, tandis que, lorsqu'elle a la forme d'un champignon, placé vers la partie supérieure de la cicatrice, il y a grandes chances pour qu'elle occupe le trajet ombilical et présente des connexions intimes avec le péritoine.

Le diagnostic du cancer secondaire est généralement facile. Il est néanmoins des cas dans lesquels, la tumeur ombilicale semblant constituer à elle seule toute la maladie, le chirurgien peut être induit en erreur.

Enfin, nous avons déjà dit que, à l'ombilic, l'épithélioma est presque toujours primitif, et le carcinome presque toujours secondaire.

Nous pouvons, en terminant, résumer toute cette discussion de la façon suivante : les tumeurs de l'ombilic comprennent deux grandes classes, tumeurs rares (tumeurs vasculaires, kystes, fibro-papillomes, myxomes, sarcomes) et tumeurs fréquentes (granulomes, adénomes, cancer). Chez l'enfant, on aura presque toujours affaire à un granulome ou à un adénome, le premier étant plus fréquent que le second ; chez l'adulte, on se trouvera le plus souvent en présence d'une tumeur cancéreuse, d'un épithélioma.

IV

Traitement. — Une division est ici nécessaire, suivant que l'on a affaire à des : 1° petites tumeurs bénignes pédiculées (granulome, adénome, kystes, papillomes) ; 2° tumeurs bénignes ayant une large base d'implantation ; 3° tumeurs malignes.

Pour les premières, la question semble jugée : les cautérisations n'ont pas toujours donné de bons résultats et l'on a assisté à la récidive de certains granulomes. Aussi, conclurons-nous en disant : pour les petites tumeurs bénignes et pédiculées, l'excision avec les ciseaux, suivie de la cautérisation, ou, au besoin, d'un ou deux points de suture, constitue le meilleur mode de traitement.

Lorsque la tumeur est fixée à l'ombilic par une large base d'implantation (ceci se rapporte plutôt à l'adulte) et qu'il est impossible de circonscrire son point de départ, force nous est de recourir à des procédés spéciaux. Je ne signale que pour mémoire l'appareil imaginé par Fabrice de Hilden, speculum umbilici, destiné à déprimer la paroi abdominale autour de l'ombilic et à faire saillir la tumeur, que l'on sectionnait au moyen d'un fil.

Voici quelle serait la conduite à suivre dans les cas de tumeur sessile réclamant l'intervention : on doit d'abord fendre la tumeur en deux parties, jusqu'à son point d'implantation ; si elle n'adhère pas au péritoine, on enlève isolément chacune de ses moitiés en suivant le procédé de Chassaignac, pour les tumeurs du sein. Si la tumeur adhère au péritoine, il faut faire une laparectomie ou mieux une omphalectomie, c'est-à-dire procéder à l'ablation de la cicatrice ombilicale ; on circonscrit l'ombilic par deux incisions curvilignes se rejoignant en haut et en bas, on dissèque les parties superficielles et, arrivé sur l'anneau ombilical, on le circonscrit à son tour pour l'exciser ; cette excision doit être faite de façon à avoir deux lèvres rectilignes, faciles à affronter ; après quoi on réunit par deux étages de suture, un étage profond et un étage superficiel. Je rappelle, à ce propos, une remarque de M. Tillaux : l'aiguille tubulée droite, dont on se sert après les laparotomies, est très difficile à manier lorsqu'on veut pratiquer la suture après l'omphalectomie ; la plaie étant de petite dimension, si de

plus la paroi est épaisse, la pointe de l'aiguille va transpercer la paroi opposée beaucoup trop loin, quelle que soit la force avec laquelle on soulève la pointe. Il faudrait, dans ces cas, se servir d'une aiguille coudée, analogue, par exemple, à celle de Deschamps. Ayant assisté à l'opération de M. Tillaux, nous avons été nous-même frappé de ces inconvénients. Avant de faire la suture, il est utile de chercher l'épiploon et de l'étaler en avant des intestins; ainsi interposé entre ceux-ci et la plaie, il adhère rapidement à la face postérieure de la paroi abdominale et prévient les adhérences de l'intestin.

L'excision de l'ombilic semble être une bonne méthode; sa conservation, en effet, a pour inconvénients de rendre difficile la suture du péritoine, de laisser un orifice qui pourra plus facilement donner passage aux hernies, de rendre plus douteuse la réunion par première intention. Au contraire, en pratiquant l'omphalectomie, on a une plaie nette, longitudinale, dont les bords se rapprochent plus facilement. Après la cicatrisation de la plaie, on devra faire porter au malade un bandage contentif, une ceinture abdominale, afin de soutenir ce point faible de la paroi.

Il serait superflu d'ajouter que ces opérations doivent être pratiquées sous l'égide de la méthode antiseptique et que l'on ne doit les entreprendre qu'en présence de tumeurs gênantes ou douloureuses.

Enfin, pour les tumeurs malignes, la conduite à tenir est facile à prévoir : il faut les enlever le plus tôt possible et aussi radicalement que possible ; c'est surtout dans ces cas que l'on aura recours à l'omphalectomie, car il faut dépasser largement les limites du mal et nous connaissons la tendance du cancer ombilical à gagner du côté de la cavité abdominale; le manuel opératoire, nous l'avons déjà indiqué.

Disons encore une fois, en terminant, que le chirurgien devra être très réservé dans le traitement local des tumeurs malignes de l'ombilic; qu'il doit, avant de prendre le bistouri, examiner avec soin tous les organes de la cavité abdominale, puisque ces tumeurs peuvent être consécutives à une affection cancéreuse d'un des viscères abdominaux, ce qui, avons-nous besoin de le dire, doit faire rejeter l'intervention.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mars 1890. — Présidence de M. Terrier.

RAPPORT

Opération de Mickulicz. — M. CHAUVEL fait un rapport sur l'opération de Mickulicz, pratiquée par M. Chaput.

M. Chauvel, tout en félicitant M. Chaput, fait des réserves sur l'opportunité de l'opération de Mickulicz qu'il faudrait réserver pour des cas exceptionnels, alors qu'il s'agit de remédier à des lésions graves et étendues. Peut-être M. Chaput aurait-il pu pratiquer avec avantage une opération plus parcimonieuse.

COMMUNICATIONS

Tumeur maligne du rein. Néphrectomie. — M. VILLENEUVE (de Marseille). Un homme de quarante-six ans se présente à la consultation de M. Villeneuve, en janvier 1890. Ce malade se plaignait, depuis dix-huit mois, de douleurs dans la région ombilicale, après les repas. Il y avait en même temps des vomissements bilieux. Une nuit, cet homme se lève et urine du sang pur. L'hématurie dure pendant 12 heures. Dans l'urine, on trouvait des caillots allongés, vermiformes. Le pissement de sang s'est reproduit une fois chaque mois, pendant trois ou quatre mois de suite. L'hématurie se produisait brusquement et n'était accompagnée d'aucune douleur dans la région lombaire ni dans la vessie. Le malade ne se plaignait que de douleurs à la région ombilicale.

L'état général était bon. On avait noté un peu d'athérome des radiales. Quand le malade fut soumis à l'examen de M. Villeneuve, il urinait trois ou quatre fois dans la journée et trois ou quatre fois pendant la nuit. L'urine était claire et ne présentait aucun dépôt, aucun élément anomal. La quantité d'urine, émise dans les vingt-quatre heures, variait de 2000 à 2750 grammes. Avant l'opération, le malade rendait 17gr32 d'urée.

Il n'existait pas de varicocèle. Le palper faisait reconnaître, dans la région rénale droite et empiétant sur les régions voisines, une tumeur du volume d'une grosse tête de fœtus à terme. La tumeur, douée de mobilité, ne présentait pas à sa partie antérieure une zone de sonorité. Le ballottement rénal était très bien perçu. Le diagnostic porté fut le suivant : tumeur maligne du rein droit.

Le 31 janvier 1890, M. Villeneuve pratique la néphrectomie. Il fait une incision lombaire avec un prolongement antérieur (incision en L). La tumeur est friable. Une hémorrhagie se produit au milieu d'une masse cancéreuse qui se déchire avec une extrême facilité. M. Villeneuve enlève une partie du néoplasme par morcellement et fait sortir le reste de la tumeur par la plaie cutanée. L'uretère est isolé et coupé. On parvient à faire un pédicule convenable. Gros drain. Gaze iodoformée dans une partie de la plaie. Celle-ci est suturée sur une certaine étendue.

La guérison est obtenue. Les douleurs épigastriques et les crampes stomacales ont disparu. La quantité d'urine, depuis l'opération, varie de 1 615 à 2 500 grammes dans les vingt-quatre heures. Le chiffre de l'urée est toujours le même.

L'observation est intéressante à quelques points de vue.

Cet homme ne souffrait que de la région épigastrique. Il avait des vomissements. Quoique atteint d'un cancer du rein, il n'avait pas de varicocèle. Avant et après l'opération, il existait de la polyurie, et le malade a toujours rendu 17 grammes d'urée par jour.

Pyélo-néphrite suppurée. Néphrectomie. — M. MONOD. Une femme de trente-six ans et demi souffrait, depuis trois ans environ, de douleurs vésicales, plus marquées pendant la miction. La cystite était rebelle. De temps en temps, la malade rendait une purée de pus, suivant son expression. La tumeur du rein, qui déversait son contenu dans la vessie, était saillante en avant et semblait devoir être abordée avec facilité par la paroi abdominale antérieure. L'incision fut faite à la partie antérieure de l'abdomen. M. Monod constata une collection purulente autour et dans l'intérieur du rein. Il pratiqua l'extirpation sous-capsulaire de la glande rénale. Il fit un gros pédicule qui était formé par le rein lui-même. Au centre existait le moignon rénal étreint par une ligature et tout autour la capsule fibreuse du rein épaissie. M. Monod fit une contre-ouverture dans la région lombaire.

Quoique cette femme fût dans un état cachectique avancé, elle résista merveilleusement à l'opération.

Plus tard, il se forma une collection purulente au niveau de la région lombaire. Une large ouverture mit fin à cette suppuration. La fistule se ferma quatre ans après la première intervention.

A partir du jour où l'on extirpa le rein, les urines ne furent plus purulentes. M. Monod se félicite d'avoir agi immédiatement sur le rein et non pas sur la vessie. La néphrectomie a permis à la cystite de disparaître spontanément.

M. LE DENTU. Quand la vessie et le rein sont malades, c'est une question délicate que de savoir par où il faut commencer le traitement chirurgical. Doit-on attaquer d'abord le rein ou la vessie?

Il faut chercher si c'est la glande rénale qui a été malade avant la vessie ou, au contraire, si l'affection a débuté par une cystite.

Cette constatation peut avoir quelque utilité, mais elle n'est pas indispensable. Par contre, il faut examiner attentivement l'état de la vessie et l'état du rein. C'est là que gît la clé du problème.

La cystalgie, la cystite purulente, l'urétéro-pyélite peuvent être guéries par une colpocystotomie, quand le rein n'est pas trop malade. M. Le Dentu a présent à la mémoire un cas remarquable de guérison dans ces conditions.

Si le rein est distendu, s'il y a une pyonéphrose, il faut s'adresser immédiatement au rein et négliger la cystite.

Mais si le rein n'est pas trop altéré, on commencera par pratiquer la colpocystotomie. En cas d'insuccès, on fera plus tard une opération sur le rein.

Ce qui prouve l'individualité de la cystite, quand elle coïncide avec une pyélo-néphrose, c'est que parfois on est obligé de traiter la vessie, après avoir enlevé le rein.

M. SCHWARTZ a eu l'occasion de pratiquer la taille vésico-vaginale pour mettre fin aux accidents provoqués par une cystite purulente. Les parois vésicales étaient très épaisses. A deux reprises différentes, M. Schwartz échoua dans les tentatives qu'il fit pour refermer la fistule. Une troisième tentative de restauration, pratiquée dix-huit mois après la première opération, fut un peu plus heureuse. Il persista toutefois une petite fistule. Plus tard, survinrent quelques troubles vésicaux. Ce fait prouve la difficulté de refermer la vessie.

Dans un autre cas, M. Schwartz obtint, par la cystotomie vaginale, une amélioration très notable du côté des reins. Six mois après l'opération, le rein avait subi une diminution notable.

M. TERRILLON. Une femme souffrait depuis plusieurs mois de troubles vésicaux. Elle urinait sans cesse. Des tentatives nombreuses avaient été faites sur sa vessie.

M. Terrillon constata une cystite purulente et une tumeur rénale. Il existait une énorme tumeur fluctuante qui commençait à droite de l'ombilic et s'étendait jusque derrière le poumon gauche. La tumeur avait 55 centimètres d'étendue. La laparotomie permit de retirer 4 litres de liquide purulent. La tumeur était formée de poches irrégulières. Les symptômes vésicaux disparurent dès le douzième jour après l'opération. Il s'agissait d'une hydronéphrose suppurée.

M. BRUN a fait la cystotomie (1) tout d'abord, et cela, de parti pris. La vessie était malade et primitivement malade. Les lésions du côté du rein étaient secondaires. La malade n'aurait pas pu supporter la néphrectomie, au moment où M. Brun lui a pratiqué la colpocystotomie. L'état de la malade était trop précaire pour tenter une opération aussi grave que l'extirpation du rein. Il croit avoir bien fait en commençant par ouvrir la vessie.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CURAGE DE L'UTÉRUS

M. POLAILLON serait mal venu de critiquer le curage, puisque celui-ci a trouvé tant de défenseurs à la Société de chirurgie. Mais il sera permis à l'orateur de défendre un procédé qu'il a mis en pratique, en 1883. Il s'agit de la cautérisation intra-utérine à l'aide de tiges faites avec du chlorure de zinc et de la farine de seigle (2).

Le spéculum étant placé, on cathétérise le conduit cervico-utérin pour connaître sa direction ; on introduit ensuite la tige caustique, de façon à ce que l'extrémité touche le fond de l'utérus et que l'autre extrémité affleure l'orifice externe. Si le canal cervico-utérin est trop étroit, il faut le dilater : ce qui est rarement nécessaire.

La flèche de chlorure de zinc doit avoir la longueur du conduit cervico-utérin. La largeur de la flèche dépend de l'intensité de la cautérisation que l'on veut produire. La flèche devra avoir, suivant les cas, de 2 millimètres 1/2 à 4 ou 5 millimètres au plus.

L'escharre s'élimine du quatrième au douzième jour. Parfois l'escharre représente le moule de la cavité utérine. Le curage le mieux fait ne peut donner de meilleurs résultats.

Les suites sont bénignes. Les douleurs nulles ou modérées, rarement vives. La guérison s'obtient en deux ou trois semaines. Les pansements antiseptiques (injections, gaze salolée) doivent être faits régulièrement après l'opération.

Si, vers le vingtième jour, l'utérus est douloureux, on pratique une nouvelle cautérisation.

M. Polaillon a appliqué son procédé à 57 malades : 5 opérées non guéries, 1 améliorée, 11 sorties prématurément, en bon état, mais leur état n'a pas été constaté par la suite ; 40 guérisons constatées après vingt-quatre jours.

La guérison n'a pas été permanente pour toutes les opérées. M. Polaillon a relevé trois récidives (deux mois, trois mois, seize mois après la cautérisation). Les récidives sont plus fréquentes encore, à ce qu'il croit.

La réinfection de l'utérus est fréquente. Les inflammations des trompes sont parfois la cause des récidives.

M. Polaillon a observé la guérison des inflammations des ovaires et des trompes, par la cautérisation au chlorure de zinc.

Le procédé de M. Polaillon n'exige ni antisepsie, ni dilatation préalable, ni abaissement forcé, ni chloroformisation. Il n'y a aucun danger. L'utérus conserve l'intégrité de ses fonctions.

M. POZZI. Le procédé de M. Polaillon n'est pas nouveau. La sténose du col en est la conséquence. On ne peut limiter l'action du caustique qui agit aveuglément.

Le tissu inodulaire, qui se forme après la chute de l'escharre, amène le sténose des embouchures utérines des trompes et le rétrécissement du col. La stérilité est donc à peu près fatale.

Le curage est bien supérieur, c'est un procédé moins aveugle, plus chirurgical et plus sûr. Depuis quatre ans, M. Pozzi a pratiqué plus de 500 curages. A son hôpital, ses internes pratiquent l'opération et on trouve 12, 15, 20 curages à faire chaque mois.

M. Pozzi ne fait pas ordinairement la dilatation préalable. Il l'emploie quand il existe une déviation accentuée de l'utérus et chez les nullipares. M. Pozzi fait la dilatation extemporanée avec un dilatateur à deux ou trois branches ou avec les bougies de Hégar. La dilatation est inutile. Elle a des inconvénients, car elle est pénible, douloureuse. Elle met la femme dans un état semi-fébrile défavorable à la facile réussite de l'opération. Elle amène des accidents péri-utérins.

En somme, la dilatation préalable est inutile et plutôt nuisible.

La curette tranchante n'est pas bonne, elle attaque le tissu musculaire. La curette mousse permet de sentir ce qu'on enlève. Elle attaque la muqueuse malade et rien que la muqueuse. La curette tranchante doit être réservée pour gratter le cancer. M. Pozzi se sert d'une curette semblable à celle de Roux.

L'écouvillon est inutile ; on le remplace par une injection intra-utérine.

M. Pozzi injecte dans l'utérus du perchlorure de fer.

Quant au tamponnement intra-utérin, il est inutile, quand le curage a été fait pour guérir une endométrite. Il faut réserver les tampons pour les cas où il faut bourrer l'utérus, après une énucléation de fibrome, etc.

Après l'opération, on met un tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Le curage est l'opération de choix dans certaines endométrites. Si le col est sérieusement atteint, s'il est ulcéré, déchiré, sclérosé, le curage est insuffisant, il faut pratiquer l'opération d'Emmet ou de Schrœder.

Le curage n'est pas indiqué dans la métrite parenchymateuse. Il faut enlever le col, pratiquer l'opération biconique. Cette opération donne des résultats inespérés ; elle amène l'involution du corps. Braun, en 1864, avait déjà insisté sur ce fait.

Le curage est-il indiqué dans la salpingite ? Il y a salpingite et salpingite. La salpingite catarrhale récente, qui accompagne souvent la métrite, est heureusement influencée par le curage. Contre la pyosalpingite, la curette ne peut rien.

M. TRÉLAT croit que la curette mousse ne peut suffire à enlever la muqueuse profondément altérée.

Quant à la méthode préconisée par M. Polaillon, M. Trélat n'en

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 282.
(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 605 et 1101.

est pas partisan. Il a soigné trois femmes qui avaient de l'atrésie, à la suite des cautérisations au chlorure de zinc. Les flèches caustiques amènent des sténoses, des irrégularités dans le canal cervico-utérin. Les cautérisations ne donnent que des résultats infidèles.

LECTURE

Ablation de la moitié gauche de la symphyse du pubis. — M. MOTY lit une observation sur ce sujet. (Sera publié.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Calcul de la vésicule biliaire. — M. LE DENTU présente un calcul qu'il a enlevé de la vésicule biliaire d'une femme. Le diagnostic du médecin qui envoyait la malade à M. Le Dentu était « rein mobile ». En effet, il existait de l'ectropie rénale, mais M. Le Dentu trouva que la vésicule était dilatée et douloureuse. Il pensa que les douleurs étaient dues, non pas au rein mobile, mais au calcul de la vésicule biliaire. Il fit la laparotomie et trouva le calcul encastré dans l'orifice du canal cystique. Il fixa la vésicule à la paroi abdominale. Guérison.

Corne de la région pariétale. — M. LE DENTU présente ensuite une corne de la région pariétale. Cette production a été enlevée de la tête d'un homme.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le massage de l'utérus (1), par le docteur G. NORSTRÖM.

M. le docteur Norström a le mérite d'avoir préconisé, l'un des premiers en France, l'application du massage au traitement des affections chroniques de l'utérus. Le travail que cet auteur a publié date de 1876. Dans le cours de cette même année, M. Célestin Fourcade écrivait, sous l'inspiration de M. le docteur Norström, sa thèse inaugurale (2), qui devait avoir un sort fâcheux. Le jury était ainsi composé : Président, le professeur Bouchardat ; juges, le professeur Broca, MM. Gariel et Lecorché. Comment ce travail fut-il accueilli ? Il faut laisser la parole à M. Norström :

« L'acte était à peine commencé, que l'examinateur le plus compétent sur les questions de gynécologie — un savant décédé depuis plusieurs années — se chargea d'épargner au récipiendaire les difficultés d'une longue soutenance. Voici à peu près le langage qu'il lui tint : « Monsieur, vous avez dérangé un jury pour apprécier un travail dont je ne veux même pas lire le titre à haute voix; vous avez pris un sujet qu'un élève sérieux n'avait pas le droit de prendre. On détruira les exemplaires existants et vous reviendrez dans trois mois avec une thèse nouvelle. Estimez-vous heureux d'en être quitte à si bon marché. »

Ceux qui auront la curiosité de lire ce travail de M. Fourcade seront étonnés que des juges éclairés aient pu prendre une mesure aussi rigoureuse que celle dont était victime le candidat. Le travail en question est conçu dans un bon esprit. L'exposé n'est pas entaché d'une teinte, même légère, de charlatanisme. Les conclusions sont modestes : « Pourquoi, dit M. Fourcade, le massage de l'utérus n'entrerait-il pas dans la pratique, quand il s'agit de combattre des affections si rebelles aux traitements nombreux institués jusqu'ici et qui, lorsqu'elles guérissent, récidivent avec la plus grande facilité? »

La condamnation, prononcée par les membres de la Faculté, n'était pas sans appel. A l'heure actuelle, on voit apparaître de tous les côtés des travaux sur le massage appliqué aux affections de l'utérus et de ses annexes.

M. Norström a donc eu le mérite incontestable d'entrer dans une voie où il a été suivi, longtemps après, par un grand nombre d'imitateurs. C'est une justice à lui rendre qu'il est l'initiateur de la méthode de massage de l'utérus en France. Ce titre suffit à nos yeux pour recommander la lecture du volume qu'il a fait paraître et pour nous dispenser de faire la critique de quelques pratiques et de quelques théories fort discutables, du moins à notre avis.

(1) Un vol. in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

(2) *Traitement des affections chroniques de l'utérus par le massage*, Thèse de Paris, 1876.

La femme pendant la période menstruelle (1), par M. le docteur S. ICARD.

Les partisans de l'égalité absolue des deux sexes négligent un facteur important qu'il ne dépend pas d'eux de supprimer : l'état psychique et physique de la femme pendant la période menstruelle, source de troubles considérables qui l'empêchent d'être à tout instant prête à remplir les devoirs de la vie publique.

Sous le titre : « La femme pendant la période menstruelle », étude de psychologie morbide et de médecine légale, M. le docteur Icard examine les troubles qui accompagnent l'accomplissement de cette fonction. Il étudie l'influence de la menstruation sur l'état mental de la femme, son état précaire, avec exacerbation des troubles psychiques, chez les névrosées et les aliénées, et ses différents modes d'action pendant la puberté, l'âge mûr et la ménopause.

Il montre ensuite comment ces perversions de l'intelligence peuvent faire sentir leur influence dans la sphère de la volonté et dans celle du sentiment.

De nombreuses observations médicales montrent dans les troubles de la volonté, le délire des actes (kleptomanie, pyromanie, dipsomanie), celui des instincts (nymphomanie, monomanie-suicide), la manie aiguë, les délires innomés, les impulsions diverses telles qu'actes de violence, de destruction, de fureur aveugle et subite, etc.

Après les troubles de la volonté, M. Icard étudie ceux des sentiments et des affections, et, en dernier lieu, les conceptions délirantes, idées de désespoir, de ruine, de maladie, le délire religieux, les hallucinations, etc.

L'auteur termine son travail par des considérations sur le rôle de la femme dans la famille et la société; on doit tenir compte de l'état mental que produit la fonction menstruelle, lequel peut varier du simple malaise, de la simple inquiétude de l'âme jusqu'à l'aliénation, à la perte complète de la raison, en modifiant la moralité des actes depuis la simple atténuation jusqu'à l'irresponsabilité absolue.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale, le lundi 17 mars 1890, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Objet du cours : Le criminel. Blessures. Empoisonnements. Asphyxies.

— M. Villejean, agrégé, commencera les conférences de chimie organique médicale, le lundi 17 mars, à une heure de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. Letulle, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique, le mardi 18 mars 1890, à deux heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu le samedi 15 mars, à huit heures et demie très précises du soir, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, et, 14, rue des Poitevins. « Les falsifications des substances alimentaires », par M. le docteur Gabriel Pouchet. — Projections par M. Molteni.

(1) 1 vol. in-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. D. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. MOTY.

Ablation de la moitié gauche de la symphyse du pubis ; guérison.

Le nommé P... (Pierre), âgé de vingt-trois ans, soldat au 153e d'infanterie, classe 1887, entre le 1er novembre à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, évacué de l'hôpital de Vincennes où il était en traitement depuis le 24 août. Il n'a pas d'antécédents héréditaires, ses frères et sœurs sont bien portants ; il est blond, a des taches de rousseur, et offre les apparences d'un tempérament lymphatique. Il ne tousse pas, n'a jamais eu de sueurs nocturnes, et ne présente aucune tare diathésique. Depuis le mois de juin 1889, il éprouve, dans l'aine et dans la cuisse gauche, des douleurs sourdes qui ne l'empêchent pas de faire son service, mais que la fatigue exaspère et qui irradient sous son influence dans la portion gauche du bassin ; bientôt une tumeur profonde se forme dans les adducteurs et le malade entre à l'infirmerie, puis à l'hôpital.

Examen. — La tumeur forme, à la face interne et au tiers supérieur de la cuisse, une saillie mal limitée ; à la palpation, on reconnaît qu'elle est lisse, dure, élastique, fluctuante, irréductible, non pulsatile, et qu'elle offre à peu près le volume d'un gros œuf de dinde : en faisant contracter les adducteurs, on constate qu'elle est complètement sous-aponévrotique et qu'elle fait corps avec les muscles : le malade déclare qu'elle a été ponctionnée sans qu'on y ait trouvé de liquide. En mettant les muscles dans le relâchement, on reconnaît que la tumeur adhère, par une sorte de pédicule, à l'arcade du pubis ; l'examen du squelette du bassin et de la colonne vertébrale ne révèle aucun point douloureux, la tumeur est, elle-même, indolore à la pression. La peau n'offre ni rougeur, ni chaleur, elle est partout mobile, on y remarque cependant, à la partie antérieure du membre, une dilatation veineuse assez marquée.

On pose le diagnostic d'abcès tuberculeux, avec quelques réserves, en ce qui concerne le sarcome ; le siège de l'affection se trouvant nettement séparé du triangle de Scarpa, par une assez grande épaisseur de muscles, l'intervention nous paraissant indiquée en tout état de cause et le malade la réclamant, il y est procédé le 22 novembre.

Le pubis ayant été rasé à l'avance et le champ opératoire désinfecté pendant deux heures avec des compresses imbibées de solution de bichlorure de mercure au millième, on chloroforme le malade. Je pratique alors une incision de 15 centimètres, partant du pli inguinal et descendant un peu obliquement sur la face interne de la cuisse : cette incision, qui passe par le milieu de la tumeur, est reportée un peu en dedans pour éviter la veine saphène. L'aponévrose est ensuite incisée et la face antérieure de la tumeur apparaît complètement recouverte par une mince couche de fibres musculaires du moyen adducteur : celles-ci écartées, j'aperçois une poche translucide, gris-perle, distendue par du liquide ; je l'isole le plus possible, mais elle se déchire bientôt, laissant échapper un liquide louche renfermant des parcelles caséeuses ; saisissant les deux lèvres de la déchirure, je continue la dissection de la poche qui fait corps avec les fibres de l'adducteur. Je reconnais, chemin faisant, qu'elle renferme, outre la matière phymatoïde, des petits fragments d'os lisses, irréguliers, ressemblant à des ostéophytes devenus libres ; je reconnais enfin qu'elle se prolonge en arrière jusqu'à la cloison intermusculaire interne, à laquelle elle adhère, et qui est incrustée de trois ou quatre noyaux caséeux durs ; toute la partie inférieure de la poche est cependant disséquée ou curée sans difficulté ; en poursuivant son pédicule supérieur, je constate qu'il accompagne les adducteurs et va comme eux s'insérer au pubis, je l'excise et, en examinant son point d'insertion, je reconnais une portion d'os dénudé que j'essaye d'évider avec la gouge à main de Legouest : l'os se laisse facilement attaquer, mais je perçois bientôt une mobilité anomale dans la portion que j'évide et je reconnais qu'elle forme un séquestre volumineux comprenant une importante portion du pubis et dont l'extraction ne pourrait se faire par la voie inférieure, sans intéresser gravement les insertions des adducteurs ; je fais alors relever le cordon à travers la peau, par le doigt d'un aide, ce qui n'offre aucune difficulté en raison de sa mobilité, je prolonge mon incision en haut, jusqu'à la rencontre d'une ligne horizontale passant par les épines du pubis ; l'aide lâche le cordon qui se présente dans l'incision et que l'on attire en bas ; une deuxième incision, en F renversé, est conduite alors de l'extrémité supérieure de la première à l'épine du pubis du côté droit ; elle ouvre la loge du séquestre et permet d'en extraire quelques fragments d'abord, puis enfin la masse principale constituée par la presque totalité de la symphyse chondro-pubienne gauche ; en nettoyant la cavité du séquestre, on constate que les parties osseuses avoisinantes sont saines en dehors et que le trou ovale n'a pas été atteint ; en arrière, vers la cavité de Retzius, il reste une lame osseuse assez solide ; en dedans, on trouve le cartilage symphysaire à nu, on détache les parcelles osseuses qui lui adhèrent encore ; l'urèthre est protégé par une lamelle osseuse qui, d'après l'examen de l'os enlevé, doit être de nouvelle formation ; en avant et en bas, les insertions musculaires se font sur le périoste épaissi, mais on ne trouve pas d'os nouveau. Je pratique au périnée de la peau, vers la profondeur, une contre-ouverture allant du pli cutané vers la branche ascendante de l'ischion, et, l'opération terminée ainsi, je procède au lavage et au dessèchement de la cavité anfractueuse du pubis et de la vaste plaie fémorale.

Pansement. — Le thermocautère est appliqué sur la surface cartilagineuse, mise à nu, ainsi que sur les os évidés, en évitant cependant la partie postéro-inférieure de la symphyse, afin de ne pas léser l'urèthre ; je saupoudre ensuite d'une petite quantité d'iodoforme les profondeurs de la surface cruentée, je place un gros drain iodoformé dans la loge du séquestre, en le faisant entrer au-dessus du cordon et sortir au-dessous du pli génito-crural, par la contre-ouverture périnéale. Je suture ensuite l'aponévrose fémorale, au catgut, par un simple surjet, dans le but d'éviter les hernies musculaires consécutives et, enfin, je suture la peau avec des points de suture séparés en crin de cheval ; pansement à la gaze iodoformée et à la tourbe, compression aussi exacte que possible du champ opératoire. Les artères ont été, cela va sans dire, saisies avec des pinces au cours de l'opération et tordues ensuite avant la réunion. Les honteuses externes étaient rudimentaires ; seules, les branches de l'obturatrice avaient un calibre assez volumineux pour nécessiter le pincement.

Suites (26 novembre). — La plaie a saigné pendant les premières heures, on renouvelle le pansement qui a été traversé par le sang. Tout est en bon état, on retire le drain après l'avoir muni d'un fil métallique destiné à le ramener en place et on chauffe au thermocautère la loge du séquestre ; le drain est nettoyé, iodoformé et remis en place sans difficulté.

On procède à des chauffages semblables tous les quatre jours, jusqu'au 16 décembre ; les sutures ont été enlevées le 1er décembre et la réunion a été obtenue partout, sauf sur le trajet du drain.

Le 16 décembre, on remplace le tube en caoutchouc par un faisceau de crin ; le suintement séreux fourni par la plaie est insignifiant.

26 décembre. — Ablation des crins, introduction d'un crayon iodoformé dans la plaie qui est à peu près comblée, le suintement paraît tari, le malade commence à se lever.

Quelques jours après, la cicatrisation est complète et le malade marche sans éprouver aucune douleur : sa guérison locale est terminée.

Cette observation donne lieu aux remarques suivantes :

1° Il est possible d'enlever une partie et même la totalité de la symphyse du pubis sans léser l'urèthre ; dans le cas que je rapporte, cette ablation a été considérablement facilitée par la nécrose préalable de la portion d'os malade et le décollement spontané du périoste ; aussi le malade a-t-il uriné sans aucune douleur trois heures après l'opération.

2° La mobilité du cordon permet de le déplacer successivement en bas et en haut, et de donner ainsi à l'incision cutanée toute l'étendue nécessaire. Nous n'avons observé aucune réaction consécutive du côté de l'épididyme.

3° Je considère comme importante la contre-ouverture périnéale, qui évite la stagnation des liquides dans une cavité qui ne peut être aseptisée d'une manière absolument rigoureuse, et qu'il est facile de pratiquer en se portant directement vers la branche descendante du pubis ou plutôt un peu en dehors afin d'éviter plus sûrement les corps caverneux qui, en ce point, sont déjà assez éloignés, il est vrai, de leurs attaches osseuses.

4° L'origine de cette tuberculose locale acquise est d'une interprétation bien difficile ; aucun traumatisme ne peut être invoqué, d'autre part, pour expliquer sa localisation au pubis ; enfin, les testicules et l'urèthre sont parfaitement sains.

5° Bien que, dans ces conditions, la lésion soit à envisager plutôt comme la localisation d'une infection générale que comme une maladie locale, l'intervention n'en a pas moins donné de bons résultats, puisqu'elle a fait disparaître un grand foyer tuberculeux qui aurait nécessairement fini par suppurer et qu'elle a fait cesser les douleurs et la gêne qui existaient avant elle. Je dois ajouter que le malade avait été soumis préalablement à un traitement général par la poudre de viande et les pilules d'iodoforme, et qu'il avait gagné 1 kilogramme et demi pendant le mois précédent. Ce traitement a, d'ailleurs, été repris après l'opération.

6° Si le malade est guéri de son opération et de la lésion qui l'a motivée, on n'en peut dire autant de sa tuberculose ; nous ne possédons, en effet, aucun moyen sûr de reconnaître la tuberculose « en puissance » et la manière insidieuse avec laquelle évolue le tubercule, dans les os spongieux, oblige à n'accepter le fait de la guérison qu'avec certaines réserves. Actuellement, deux mois et demi après l'opération, le malade déclare ressentir des douleurs vagues de l'autre côté de la symphyse. Le toucher rectal ni l'exploration de pubis n'indiquent la réalité d'une nouvelle lésion ; on constate même du côté gauche opéré une paroi osseuse solide, non douloureuse à la pression ; tout en reconnaissant que l'opération a rendu au malade un incontestable service, on doit donc néanmoins le maintenir en observation pendant quelques années, lui prescrire l'usage de l'huile de foie de morue et se tenir prêt à une nouvelle intervention qu'il réclamerait lui-même si elle était indiquée.

SUR QUELQUES POINTS INTÉRESSANT
LA CIRRHOSE GRAISSEUSE (1)

Par M. René Le Fort, interne des hôpitaux de Lille.

I

Au point de vue clinique, le plus souvent la maladie donnera, dans les grandes lignes, le même tableau, les variétés étant infinies dans le détail. En thèse générale, la scène se terminera par des accidents d'insuffisance hépatique, par un ictère grave secondaire, dû au non-fonctionnement des cellules hépatiques, le diagnostic étant lié, comme le dit M. Hanot (2), à la topographie de la lésion conjonctive, et le pronostic à l'état de la cellule hépatique.

Ces accidents sont précédés d'une période plus ou moins latente, qui peut passer inaperçue si la cirrhose est peu avancée, comme elle peut s'accuser nettement si la cirrhose est confirmée. On admet pendant cette première période une tolérance de l'organe et de l'organisme, comparable à celle qui existe au cours de la néphrite chronique, et dont la pathologie nous offre de nombreux exemples.

Il n'est pas toujours indispensable d'admettre cette tolérance pour expliquer les faits ; la stéatose se produit souvent d'une façon aiguë dans un foie cirrhosé peu atteint par la stéatose ou ne l'étant que très peu. C'est, qu'en effet, dans les causes de stéatose citées plus haut, certaines ne produisent pas toujours la dégénérescence graisseuse d'une façon chronique, l'alcoolisme, la septicémie, par exemple, pouvant la déterminer d'une manière aiguë. Le microscope, qui donne des notions sur l'âge de la cirrhose, n'en donne pas sur celui de la stéatose.

Quand les accidents d'insuffisance se produisent, c'est fréquemment sous l'influence de causes, parfois minimes, mais quelquefois des plus nettes.

On a souvent mentionné les excès alcooliques récents, le traumatisme [spécialement étudié par M. Gauchas, qui en

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 286.
(2) Hanot. *Archives de médecine*, 1882.

donne de nombreuses observations; M. Lancereaux (1) en a également cité une, dans laquelle les accidents sont survenus à la suite d'une fracture comminutive et compliquée de la jambe gauche]. Citons encore la septicémie. Dans un cas de Gilson, ç'aurait été une néphrite suppurée; dans un cas de M. Lancereaux une pneumonie; ailleurs l'absorption d'une dose exagérée de chloroforme (Gauchas); ailleurs une maladie aiguë, souvent la tuberculose miliaire; ou une émotion morale vive ou même le surmenage (Gilson), ou le refroidissement (2). . . . .

La cirrhose en elle-même intervient peu comme cause de ces accidents; sans doute, elle facilite d'abord la stéatose du parenchyme, mais elle n'est pas nécessaire, au point qu'on peut voir ces accidents éclater sans même qu'elle existe dans des foies qui n'ont que de la dégénérescence graisseuse; c'est un fait de ce genre qu'a observé M. D. Polguère (3). Il s'agit d'un homme qui, après une période de maladie de huit mois, meurt en deux jours, après avoir présenté délire, puis torpeur et coma, et chez lequel on ne trouve à l'autopsie que de la dégénérescence graisseuse des cellules, et simplement quelques minces traces de tissu conjonctif de nouvelle formation autour des espaces portes et des veines sus-hépatiques.

Il ne faudrait pourtant pas mettre complètement de côté l'élément cirrhotique pour le pronostic; le tissu conjonctif peut, par son développement rapide, s'opposer complètement au fonctionnement des cellules qu'il étouffe, et causer l'ictère grave, absolument comme si les cellules elles-mêmes étaient détruites. C'est ainsi, selon nous, qu'il faudrait interpréter certaines observations telles que celle de Blachez publiée dans les *Bulletins de la société anatomique* de 1861 et reproduite par M. Dupont, en 1878, dans sa thèse sur l'hépatite diffuse interstitielle aiguë. Dans cette observation, il y a à peine quelques altérations cellulaires, tandis que, du côté du tissu conjonctif, il y a une véritable cirrhose monocellulaire; les accidents ont évolué comme dans la cirrhose graisseuse. Le moment où la tolérance cesse est très variable, le foie peut être à peine graisseux, comme il peut l'être déjà extrêmement; le plus souvent, il est difficile de dire à quel point en étaient les lésions cellulaires au moment des accidents terminaux, car il se fait alors une dégénérescence aiguë, au point que certains auteurs considèrent la stéatose comme une complication ultime. M. Gauchas aurait mieux donné l'expression de la réalité en disant: « Stéatose hépatique antérieure, traumatisme accidentel ou intervention chirurgicale, dégénérescence aiguë du foie, et mort au milieu de symptômes analogues à ceux de l'ictère grave. »

Il faut, en outre, distinguer entre l'adipose et la stéatose du foie, car le plus ou moins de graisse que renferme un foie importe peu pour le pronostic; le point capital est la quantité de cellules détruites ou dont le fonctionnement est entravé.

Néanmoins, cette distinction a moins d'importance qu'on pourrait le croire, les deux lésions étant le plus souvent associées. La maladie peut n'avoir pas le temps d'évoluer complètement, le malade étant emporté par une affection étrangère quelconque, il est alors donné d'observer des phases plus ou moins avancées de la maladie; c'est ainsi que nous avons, dans le travail de Lauth, des observations dans lesquelles la cirrhose graisseuse est restée inaperçue pendant la vie, le malade ayant été enlevé par une affection intercurrente. Gilson pensait même que, si toutes les cirrhoses avaient le temps d'évoluer, elles finiraient toutes par devenir graisseuses, opinion tout à fait opposée à celle de Sabourin (1), qui voulait faire de la cirrhose graisseuse une maladie spéciale d'emblée.

On peut évidemment rencontrer tous les degrés de stéatose du foie alliée à la cirrhose; dans presque toutes les cirrhoses, en effet, il y a une légère dégénérescence graisseuse; c'est ainsi que M. Surre (2), dans sa thèse sur les diverses formes de sclérose hépatique, dit: Dans la sclérose hypertrophique avec ictère chronique, « les cellules sont en partie en dégénérescence graisseuse et renferment du pigment biliaire »; dans la sclérose hypertrophique sans ictère « les cellules sont graisseuses et nullement atrophiées »; dans le foie cardiaque « les cellules hépatiques sont comprimées et remplies de gouttelettes graisseuses »; dans le foie syphilitique « les cellules hépatiques sont plus ou moins déformées par les travées conjonctives et ont subi la dégénérescence graisseuse ». M. Lancereaux, dans ses cliniques, fait les mêmes remarques pour le foie cardiaque et le foie syphilitique. Aussi, faut-il qu'il y ait un degré assez avancé de stéatose, pour qu'on puisse donner à une cirrhose le nom de cirrhose graisseuse. Néanmoins, la limite ne paraît pas bien tranchée, et, tandis qu'on peut rencontrer une cirrhose graisseuse, typique au point de vue anatomo-pathologique, et n'ayant pas présenté les signes cliniques de cette affection, on peut trouver des cirrhoses sans trace de stéatose et ayant reproduit le tableau symptomatique le plus parfait de la cirrhose graisseuse.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

I.

Septicémie puerpérale expérimentale. — MM. J. Straus et D. Sanchez Toledo constatent que, chez les lapines, les femelles de cobayes, de souris et de rats, la cavité utérine et les sécrétions qui y sont contenues ne renferment pas de micro-organismes après la parturition. Les microbes si nombreux qui existent dans les premières voies génitales ne pénètrent donc pas à l'intérieur de l'utérus, ou si quelques-uns y pénètrent, ils y sont rapidement détruits ou éliminés.

Ces résultats doivent être rapprochés de ceux publiés par Winter. D'après cet expérimentateur, le canal génital de la femme, à l'état physiologique, contient des microbes dans le vagin et la cavité cervicale, tandis que l'utérus et les trompes n'en contiennent pas. Les micro-organismes ne dépassent pas l'orifice interne du col.

MM. J. Straus et D. Sanchez Toledo arrivent aux conclusions suivantes: On peut impunément introduire, dans la cavité utérine des rongeurs qui viennent de mettre bas, des quantités énormes de microbes éminemment pathogènes pour ces animaux (bacillus anthracis, vibrion septique, bactérie du charbon symptomatique, staphylococcus aureus), sans provoquer aucune infection. Un seul microbe a fait exception à cette règle, c'est celui du choléra des poules; mais on sait combien le lapin est sensible à son action, et avec quelle facilité il s'infecte par toutes les voies naturelles.

Quelle est la raison de cette différence entre la vulnérabilité si

(1) Lancereaux et Lackerbauer. *Atlas d'anatomie pathologique*, 1869.
(2) Bouygues. Thèse de Paris, 1889.
(3) D. Polguère. *Gazette médicale de Paris*, 1887.

(1) Sabourin. *Archives de physiologie*, 1881.
(2) Surre. Thèse de Paris, 1879.

grande de la plaie utérine, chez la femme en couches, et la résistance si extraordinaire de la muqueuse de l'utérus chez les rongeurs?

Au moment de la parturition, la cavité des cornes utérines des rongeurs est, dans la presque totalité de son étendue, revêtue de son épithélium normal. On conçoit que les microbes ne puissent pénétrer à travers un épithélium intact. Chez la femme, la chute de la caduque entraîne l'exfoliation épithéliale de la muqueuse utérine. Il y a plaies et, par suite, des portes ouvertes à l'introduction des germes.

Les lapins ne se prêtent donc pas à l'étude des infections d'origine utérine.

Tels sont les résultats des expériences entreprises par MM. J. Straus et D. Sanchez Toledo. Il est utile de signaler les travaux de pathologie expérimentale, même quand ils ne donnent pas des solutions satisfaisantes et démonstratives.

Les deux auteurs ont expliqué la cause de l'immunité de la muqueuse utérine des rongeurs après la parturition, quand on dépose des micro-organismes pathogènes dans la cavité des cornes utérines.

Des recherches de cet ordre ne sont évidemment que le prélude d'autres investigations microscopiques et bactériologiques qui seront, il faut l'espérer, extrêmement intéressantes. (*Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie.*)

Du régime alimentaire des brightiques. — I. Régime classique. — Les *prescriptions climatériques* consistent à éviter l'humidité et les brusques changements de température.

Comme *prescriptions diététiques*, éviter les mets épicés ou irritants, supprimer les œufs, suivre le régime lacté intégral ou mixte, proscrire le vin, l'eau-de-vie, les liqueurs et même la bière.

II. Régime de Sénator. — Il consiste à autoriser les viandes blanches et la viande de porc; à défendre les viandes rouges et à conseiller les aliments féculents et herbacés, les fruits, les graisses et le lait. Sénator permet pour boisson l'usage du vin coupé d'eau.

III. Régime de Semmola. — Il consiste dans l'observation des prescriptions précédentes et dans l'usage, comme boisson, à ingérer dans les vingt-quatre heures, de la solution ainsi formulée :

P. Iodure de potassium. . . . . 1 gramme.
Phosphate de soude . . . . . 2 grammes.
Chlorure de sodium . . . . . 5 à 6 —
Eau . . . . 1 000 —

F. s. a.

IV. Régime de Bamberger. — Il consiste à compléter l'alimentation lactée par l'usage des toniques et des ferrugineux. Il recommande les préparations suivantes :

1° *Pilules de perchlorure de fer.* — Ces pilules sont administrées à la dose de trois à six par jour en deux ou trois prises. Elles contiennent chacune :

P. Perchlorure de fer . . . . . 2 centigrammes.
Menyanthe pulvérisée. . . . 5 —
Extrait de taxacum. . . . . q. s.

2° *Pilules de sulfate de fer.* — M. Bamberger les formule ainsi d'après Wiethe :

P. Sulfate de fer. . . . . . . } *ââ* 5 grammes.
Bicarbonate de soude. . . . }
Extrait de pissenlit . . . . q. s.

F. s. a. soixante pilules. Six par jour, trois le matin et trois le soir.

3° *Potion à l'écorce de quinquina.* — Il prescrit aussi une infusion de quinquina obtenue avec :

Écorce de quinquina gris concassé 20 grammes.

que l'on fait infuser pendant une demi-heure dans :

Eau bouillante. . . . . 200 grammes.

et que l'on édulcore avec :

Sirop d'écorces d'oranges amères. 20 grammes.

D'après Wiethe, cette potion s'administre à raison d'une cuillerée à bouche de deux en deux heures. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*)

II

Traitement de l'herpès génital. — 1° *L'herpès est sec.* — M. Besnier conseille, dans ce cas, les onctions quotidiennes avec la vaseline. On peut aussi employer les onctions avec l'onguent suivant :

Emplâtre plombagine simple } *ââ* 25 grammes.
Lanoline. . . . . }
Axonge . . . . 5 —

On prescrit encore le cérat lanoliné de Stern :

Lanoline. . . . . } *ââ* 20 grammes.
Cérat jaune . . . . }
Huile d'olives. . . . . 10 —

2° *L'herpès est humide.* — On pratique des lotions avec une solution phéniquée ou boriquée très étendue et on les fait suivre d'un pansement avec des poudres astringentes. Parmi ces dernières, voici celle que M. Besnier recommande :

Amidon finement pulvérisé . . 100 grammes.
Nitrate de bismuth . . . . . . 1 —
Tanin . . . . 5 —

(*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*)

Traitement du bubon. — M. Cordier, chirurgien en chef de l'Antiquaille, publie, dans le *Lyon médical*, sa méthode de traitement du bubon. Que ce soit un bubon simplement inflammatoire ou un bubon chancrelleux, M. Cordier se comporte de la même façon.

Il ponctionne le plus tôt possible, au risque de ne pas trouver de pus. Sans exercer de pression, il injecte 1 centimètre cube de la solution au 1/50e de nitrate d'argent. On fait un pansement à l'iodoforme et on applique un spica.

Si le pus est déjà collecté en assez grande abondance, on fait écouler la première injection et on en abandonne une seconde dans la cavité. La suppuration continue pendant trois ou quatre jours et l'orifice se ferme. On est assuré d'obtenir ainsi une guérison très rapide qui n'est jamais suivie de lésion cicatricielle.

VARIÉTÉS

L'École du service de santé de la marine (1).

(Rapport fait à la Chambre des députés par M. le docteur Armand Desprès, député.)

II

Voici quel était, avant 1886, le cours des études du jeune homme qui se destinait à la médecine navale. Muni du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences restreint, du baccalauréat ès sciences complet s'il se destinait à la pharmacie, il se présentait à l'École de Brest, Rochefort ou Toulon. Il suivait les cours pendant deux ans, et, au bout de ce temps, il concourait pour le grade d'aide-médecin (un galon) et était payé 2800 francs par an. Il était alors embarqué pendant six mois, puis il rentrait à l'École et suivait encore, pendant deux ans, les cours dans les hôpitaux. L'École lui accordait alors un congé (six mois pour les médecins, quatre mois pour les pharmaciens), pendant lesquels il passait ses examens et sa thèse. Les inscriptions que prennent les médecins civils étaient remplacées par des certificats de séjour aux écoles de médecine navale et des certificats d'examens. C'est ce que les Facultés appellent des équivalences.

Le projet nouveau transformerait ce mode d'enseignement, de manière à le calquer à peu près exactement sur le mode d'ensei-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 289.

gnement de la médecine militaire à la nouvelle École de santé militaire de Lyon, créée par la loi du 14 décembre 1888.

Les élèves pourvus des diplômes de baccalauréat exigés pour l'obtention du grade de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe, admis au concours dans une des trois écoles de Brest, Rochefort ou Toulon, y feraient la première année de leurs études médicales et y passeraient le premier examen de doctorat, celui qui porte sur les sciences physiques naturelles et sur l'histologie. A la fin de la première année, ils iraient à l'École supérieure de médecine navale proposée, et qui serait placée près d'une Faculté de l'État. Ils suivraient là, pendant trois ans, les cours complets de cette Faculté, en passant, aux termes indiqués, les examens de la Faculté, et auraient, comme les élèves de l'École militaire de Lyon, la permission de passer leur thèse entre la quinzième et la seizième inscription.

Après ces trois années, les élèves en possession de leur diplôme seraient astreints à passer dans les écoles de Brest, Toulon et Rochefort, devenues alors écoles d'application, une année entière employée à suivre des cours spéciaux de clinique médicale et chirurgicale spéciale, à se familiariser avec la médecine navale, les maladies des marins et les maladies exotiques, et enfin à reprendre l'habitude de la mer.

La création d'une école de médecine navale près d'une Faculté de l'État, à l'instar de l'École de médecine militaire de Lyon, est donc, de l'avis de votre Commission, une réforme utile et pratique, tant au point de vue du relèvement du niveau des connaissances des médecins de la marine, qu'au point de vue de l'unité de règle pour l'enseignement des médecins des armées de terre et pour celui des médecins de notre flotte et de nos colonies.

Les médecins de la marine feront leurs études comme les médecins civils, à cela près que, pendant trois ans, ils seront internés dans une école spéciale qui surveillera leurs études auprès des professeurs des Facultés de l'État.

Au cours et à la suite de leurs études, ils passeront leurs examens et reviendront ensuite dans les écoles de nos ports et dans leurs hôpitaux suivre des cours de perfectionnement professés par des hommes du métier qui ont une longue expérience de la mer, des maladies des marins et des maladies exotiques.

L'école que le Gouvernement a le dessein de fonder, si vous approuvez le projet, n'est point une école de plein exercice ni une école secondaire; c'est une école analogue aux écoles du Gouvernement, telles que l'École normale, l'École forestière, l'École d'artillerie de Fontainebleau, à cela près que les professeurs ne sont point à l'École, mais bien à la Faculté de médecine près de laquelle est placée l'École.

Il suffit, en effet, de s'en rapporter aux dispositions que M. le ministre de la Marine nous a verbalement exposées, et qui seront ultérieurement libellées dans un arrêté ministériel. L'École ne renfermera que quatre répétiteurs; tout le reste du personnel appartiendra au corps de la marine. Voici, du reste, la liste du personnel :

1 directeur, 1 sous-directeur, 4 répétiteurs, 1 trésorier, 1 agent comptable, 4 surveillants, 1 quartier-maître, 2 tambours, 2 infirmiers, 8 servants.

Le sort des écoles de Brest, Rochefort et Toulon a vivement préoccupé la Commission, et elle a été unanime à demander qu'elles pussent conserver, au moins en partie, le rôle séculaire qu'elles ont joué dans l'éducation des médecins de la marine française. Les assurances de M. le ministre de la Marine devant la Commission ont pleinement satisfait les plus inquiets d'entre nous.

Il est absolument sûr que ces écoles continueront à fonctionner : 1° pour assurer et entretenir le recrutement des élèves des régions voisines parmi les familles de marins; 2° pour fournir aux docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, sortis de l'école spéciale placée près d'une Faculté de médecine, une école de perfectionnement et d'application. De sorte que les élèves médecins ou pharmaciens de la marine passeront encore deux années, comme jadis, dans les écoles de Brest, Rochefort et Toulon : un an au début de leurs études et un an après l'obtention de leurs grades universitaires.

C'est enfin dans les anciennes écoles de Brest, Toulon et Rochefort qu'auront lieu les concours pour le professorat, qui sont encore aujourd'hui justement maintenus et qui, organisés sur un meilleur plan désormais, peuvent assurer un excellent recrutement du personnel enseignant qui, malgré de brillantes et nombreuses exceptions, à plusieurs époques laissait parfois à désirer.

Les trois écoles de Brest, Toulon et Rochefort seraient donc appelées à fournir aux élèves deux sortes d'enseignement : l'enseignement préparatoire de la médecine et l'enseignement de perfectionnement ou enseignement professionnel. Les cours devraient être ainsi répartis :

Enseignement préparatoire.

3 professeurs titulaires pris parmi les pharmaciens principaux:
- 1 professeur de physique et de chimie;
- 1 professeur d'histoire naturelle et botanique;
- 1 professeur de pharmacie et toxicologie;

2 professeurs suppléants médecins de première classe:
- 1 professeur de pathologie médicale;
- 1 professeur de pathologie chirurgicale.

Enseignement de perfectionnement.

3 professeurs titulaires, médecins principaux ou médecins de première classe:
- 1 professeur d'épidémiologie et maladies exotiques;
- 1 professeur de médecine légale et d'hygiène navale;
- 1 professeur de médecine opératoire, bandages et appareils.

Les docteurs à l'École de perfectionnement devraient en outre servir dans les hôpitaux maritimes à titre d'aide, et prendre part aux pansements.

Pour les pharmaciens de la marine, ces écoles doivent avoir aussi leur utilité. Il serait bon que les élèves pharmaciens fissent, à l'école préparatoire, leur stage obligatoire, et ils devraient être employés comme élèves en pharmacie dans les hôpitaux de la marine pendant un an. A cet égard, nous avons obtenu une modification du projet de loi à l'article 2.

A l'École de perfectionnement, le pharmacien, reçu pharmacien de première classe, devra être employé, pendant un an, dans les services de la pharmacie des hôpitaux des ports, principalement pour y étudier, à fond, la faune et la flore des colonies dans les jardins botaniques très riches de nos écoles.

Le ministre de la Marine, interrogé à la Commission sur les conséquences budgétaires de la création de la nouvelle école, nous a communiqué le tableau annexé à ce rapport. Ce qui sera économisé sur les écoles de Brest, Rochefort et Toulon, compensera largement le loyer d'une école nouvelle et le coût du personnel enseignant et administratif de l'École. De ce côté, la Commission est en mesure de calmer tout scrupule chez ceux de nos collègues qui sont d'avis d'équilibrer le budget de 1891 avec des économies.

Pour ce qui est de l'entretien des élèves dans l'École, il est bon de rappeler que, dès la troisième année, dans l'ancien système, les élèves étaient appointés 2800 francs par an, et aujourd'hui, dès la deuxième année, 1800 francs par an. Il n'y aurait donc rien de changé. Mais, dans la pensée de M. le ministre et dans la nôtre, il est certain que les élèves, fils de parents aisés, seront assujettis à des rétributions scolaires, et il n'est pas douteux que l'État et les villes ne s'empressent de donner des bourses aux élèves, fils de parents sans fortune, ce qui soulagera d'autant le budget de l'École.

Quant au siège de l'École de médecine navale nouvelle, la Commission a reçu l'assurance de MM. les ministres que rien n'était et ne devait être décidé avant que le projet d'école fût voté. Et la Commission espère que, tout en sauvegardant le principe d'un bon enseignement, le gouvernement, avant de faire le choix

d'une grande ville, prendra en considération les justes observations des villes et des départements intéressés et les sacrifices qu'ils seraient disposés à s'imposer en faveur de la nouvelle école.

Avant de terminer ce rapport, il reste à parler du projet de l'amiral Krantz et des vœux du Conseil municipal de Brest qui nous ont été transmis.

L'idée de créer à Brest une école supérieure, c'est-à-dire une école de plein exercice, n'est pas nouvelle. En 1783, une tentative de ce genre échoua à cause de la rivalité des autres ports. La même objection se dresserait aujourd'hui devant le projet de l'amiral Krantz. L'École de Brest, devenue une école de plein exercice, loin de toute Faculté de médecine de l'État, délivrerait le grade de docteur, cela est vrai ; mais il est douteux qu'elle pût recruter des élèves ailleurs que dans le voisinage. Inévitablement, Rochefort et Toulon, probablement Cherbourg et Lorient, finiraient par obtenir le même avantage que Brest, ce qui constituerait une bien lourde charge pour le budget. Les études à Brest seraient certainement ce qu'elles étaient en 1835 dans les trois écoles, c'est-à-dire au-dessous des études dans les Facultés de l'État, et le niveau scientifique de la médecine navale ne serait point élevé. La Commission a donc pensé qu'il fallait laisser les trois écoles de Brest, Rochefort et Toulon sur le même pied, sans en élever une au-dessus des deux autres, et sans en diminuer aucune, puisqu'il n'y aurait pas de profit sérieux.

La Commission conclut : que le projet de création d'une école spéciale de médecine navale près d'une Faculté de l'État constitue un véritable progrès, sans détruire les anciennes écoles, qui restent annexes de l'école nouvelle; que les études médicales devenues plus fortes, et surtout le mode d'avancement aux plus hauts grades de la médecine navale à l'ancienneté et au choix, attireront mieux que par le passé les élèves capables dans nos écoles, et retiendront plus efficacement les médecins de marine dans notre armée de mer et dans nos colonies.

En conséquence, la Commission propose à la Chambre de voter le projet de loi suivant :

PROJET DE LOI

Article premier. — Il est créé, près d'une Faculté de l'État, une École du service de santé de la marine dont le siège sera désigné ultérieurement par décret.

Dans cette École, les élèves accompliront les trois dernières années de leurs études médicales et l'intégralité des études pharmaceutiques, moins le stage.

Art. 2. — Cette École a pour annexes trois succursales situées dans les ports militaires, pourvus déjà d'une école, et où les jeunes gens qui se destinent à la médecine navale suivent les cours de première année du doctorat en médecine, et où les étudiants en pharmacie sont admis à faire leur stage.

Art. 3. — L'École principale fonctionnera à partir du 1er novembre 1890.

Art. 4. — Les mesures relatives à l'admission des élèves, au fonctionnement des écoles de médecine navale et à l'organisation générale du service, seront réglées par décret présidentiel et par décision du ministre de la Marine.

Art. 5. — Il sera pourvu aux dépenses nécessitées par cette institution au moyen des ressources générales du budget ordinaire de la Marine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 mars 1890, une des chaires de pathologie externe de la Faculté de médecine de Paris est transformée en chaire de clinique des maladies des voies urinaires.

M. Guyon, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à ladite Faculté.

— Par décret, en date du 14 mars 1890, M. Debove, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris.

— *Prix de la Faculté de médecine de Paris.* — Prix Barbier. — 1° Une somme de 750 francs est attribuée à M. le docteur Marage; 2° la somme de 1250 francs, reliquat du prix, est attribuée à la bibliothèque de la Faculté.

Prix Chateauvillard. — 1° Une récompense de 1500 francs à MM. Le Gendre, Barette et Lepage, auteurs d'un « Traité pratique d'antisepsie » ; 2° 250 francs à M. Legrain, auteur du volume intitulé « Hérédité et alcoolisme », et à M. Varnier, auteur d'un travail original sur le « Détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical ».

Prix Corvisart. — Une médaille d'or et 400 francs, décernés à M. F. Bordas, externe des hôpitaux.

Prix Montyon. — M. F. Bordas, auteur du mémoire « Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde ».

Prix Jeunesse (hygiène). — M. le docteur Widal, pour son ouvrage intitulé : « Étude sur l'infection puerpérale de la phlegmatia alba dolens. »

Prix Jeunesse (histologie). — MM. Thoinot et Masselin, auteurs de l'ouvrage : « Précis de microbie médicale et vétérinaire. »

La Faculté décerne, en outre, 16 médailles d'argent pour travaux de thèses; 29 médailles de bronze et 31 mentions honorables.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les étudiants qui ont changé de résidence depuis le dernier acte accompli à la Faculté (inscription ou examen), sont invités à en faire immédiatement la déclaration écrite au doyen ou au secrétaire de la Faculté.

— Les démonstrations pratiques de physiologie ont commencé aujourd'hui lundi 17 mars 1890, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux de physiologie. — Elles ont lieu dans la salle des démonstrations de l'École pratique, les lundis et vendredis, à quatre heures.

Les élèves de deuxième et troisième années (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations : les élèves de deuxième année, du 17 mars au 17 mai; les élèves de troisième année, du 19 mai au 5 juillet. — Ils recevront une lettre de convocation spéciale.

— M. le professeur Regnauld commencera le cours de pharmacologie le mardi 18 mars 1890, à midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. Weiss, agrégé, commencera les conférences de physiologie le mardi 18 mars 1890, à deux heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène le mardi 18 mars 1890, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. Jalaguier, agrégé, commencera les conférences de pathologie externe le mardi 18 mars 1890, à quatre heures de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Ch. Richet commencera le cours de physiologie le mardi 18 mars 1890, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. Ribemont-Dessaignes, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements le mardi 18 mars 1890, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : « Pathologie de la grossesse; Dystocie; Opérations. »

— M. le professeur Baillon commencera le cours d'histoire naturelle médicale le mercredi 19 mars 1890, à onze heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 34. — JEUDI 20 MARS 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 20 MARS 1890. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Hier, l'Académie a complété la décision qu'elle avait prise au commencement de cette année, lorsqu'elle donna aux sages-femmes l'autorisation de se servir d'une solution de sublimé corrosif, dans le traitement des nouvelles accouchées. Dans la dernière séance, M. Budin a proposé d'ajouter au liquide antiseptique une petite quantité de carmin d'indigo, afin de colorer en bleu la solution toxique. On éviterait ainsi, autant que faire se peut, des méprises dont les conséquences pourraient être graves.

M. Hervieux lit un rapport tendant à imposer la pratique des vaccinations aux habitants de l'Ile de la Réunion.

M. Chauvel est élu, au deuxième tour de scrutin, membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Le criminel.

I

J'ai pensé qu'il serait utile de consacrer, cette année, les premières leçons de ce cours à l'étude du criminel, et deux raisons m'ont déterminé à choisir ce sujet. La première, c'est qu'on connaît très mal le criminel, en général, et qu'on est fort surpris lorsqu'on se trouve en présence des accusés. La surprise vient de ce qu'on s'attend à rencontrer des individus fermes, violents, ardents. On est un peu étonné en s'apercevant que c'est justement l'inverse qui existe, à savoir des hommes faibles d'intelligence, craintifs, amoindris, et qui se défendent, selon la comparaison de Lasègue, comme un écolier qu'on accuse d'avoir copié le thème de son voisin. Loin d'avoir quelque chose de plus que les autres, ils ont quelque chose de moins.

La seconde raison qui m'a guidé, c'est qu'en ce moment il se produit un mouvement pour transformer les modes de répression en vigueur, mouvement né sous l'influence des idées médicales. Nous avons pensé qu'il y aurait imprudence de notre part à ne pas vous faire connaître en cette matière les idées qui ressortent de ce que nous avons vu nous-même. C'est vous dire que je ne veux pas aborder toute la question de la responsabilité des criminels, mais que je me placerai seulement au point de vue médico-légal. Je vais donc prendre l'état actuel de la législation et vous indiquer le sens des réformes que nous demandons.

Cet état actuel résulte du code rédigé au commencement de ce siècle, monument qui vit depuis tantôt cent ans, et qui a été accepté sans protestation par un grand nombre de peuples. Il y a là une épreuve qui doit nous rendre très modéré dans nos critiques. La théorie actuelle de la responsabilité peut se résumer en deux propositions : 1° chaque citoyen est responsable de ses actes; 2° la répression doit être proportionnée au délit ou au crime. Cette conception, très juste quand elle s'applique à un individu sain, devient défectueuse quand elle s'applique à un malade. Il ne faut pas croire pourtant que les hommes qui l'ont rédigée n'aient tenu aucun compte des circonstances qui entourent le criminel. Aussi, ont-ils apporté diverses atténuations à la loi. La première résulte de l'article 64 du Code pénal, qui est ainsi conçu :

> Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.

Une seconde atténuation est apportée par l'article 66 :

> Lorsque l'accusé aura moins de seize ans, s'il est décidé qu'il a agi *sans discernement*, il sera acquitté; ...

Enfin, lorsqu'on a fait l'échelle des peines, on a laissé aux juges le soin d'apprécier la valeur des circonstances dans lesquelles le crime a été commis, et la faculté de voir, à côté du fait, l'individu qui en est l'auteur.

Mais il y a une quatrième atténuation que le législateur n'a pas prévue. Le jury ne peut se prononcer que sur la question de culpabilité ou de non-culpabilité. Il en résulte que, maintes fois, lorsque le fait brut est patent, lorsque l'accusé avoue sans restriction, s'il est jugé irresponsable, le jury, pour l'acquitter, est obligé de dire : « Le crime n'a pas été commis. » Vous voyez donc que, dans la législation actuelle, il y a encore une place à faire à l'individu à côté de l'accusé.

Je vous disais, d'autre part, que la répression est proportionnée au crime. C'est là le point le plus faible de la théorie. Quel but espérait-on obtenir par la répression? Corriger le coupable, d'abord, et améliorer ensuite les masses en faisant un exemple. Ce but a-t-il été atteint? Si vous avez assisté quelquefois à une audience de police cor-

rectionnelle, vous avez vu, certainement, la plupart des prévenus se présenter avec huit, dix, quinze, trente condamnations antérieures. On peut se demander jusqu'à quel point la prison a diminué les aptitudes de ces gens-là au crime. Partout on se plaint du nombre croissant des récidivistes. Il y a des pays où l'on compte soixante-dix récidivistes contre trente prévenus qui n'avaient pas encore passé devant la justice. Si bien qu'on a pu supposer que les conditions dans lesquelles se trouvaient les condamnés en prison étaient peut-être pour quelque chose dans cette tendance à la récidive. Pour ma part, je ne le crois pas; cependant, il y aurait certaines réformes à faire, notamment en ce qui concerne les jeunes détenus de quinze à dix-huit ans. Mais c'est là une question à côté, que nous ne pouvons aborder aujourd'hui.

Passons donc au second but que se propose la répression : améliorer les témoins de la condamnation. Là encore, le but a été manqué, à ce point qu'aujourd'hui c'est à peine si la justice ose montrer au public ses exécutions capitales. Dans tous les pays, on a constaté que les condamnés à mort étaient, avant leur emprisonnement, des habitués fidèles de ce genre de spectacle. Ceux qui y ont assisté vous diront assez quel monde ils ont rencontré là, et à quelles orgies ces nuits d'exécutions servent de prétexte.

Autrefois, les choses se passaient plus franchement. Les juges assistaient, en grande pompe et en robe, aux exécutions, et le condamné arrivait suivi d'un cortège de pénitents. Aujourd'hui, on ne donne plus à ces cérémonies qu'une demi-publicité, et bientôt on exécutera les condamnés dans la prison, pour éviter le scandale dont ils sont l'occasion.

Vous voyez que la théorie de la responsabilité prête déjà à certaines critiques. Nous arrivons à un deuxième point, qui a été mis en lumière lorsque, pour la première fois, on s'est trouvé aux prises avec le mot démence. C'était vers 1824; un nommé Papavoine, errant dans le bois de Vincennes, avait suivi une mère qui promenait ses deux enfants; il s'était jeté sur les enfants et les avait poignardés tous les deux. On a cherché avec soin quel mobile avait pu l'animer: il ne connaissait pas cette femme et avait toujours eu, d'ailleurs, une conduite irréprochable. Cependant, lorsqu'il est venu en cour d'assises et que son avocat a plaidé l'irresponsabilité, en alléguant qu'il avait eu un instant de folie, la thèse a paru trop jeune et Papavoine a été exécuté. Mais maintenant que nous connaissons mieux les actes de cette nature, nous sommes certains que cet homme avait obéi à une impulsion épileptique.

Malgré les progrès de la pathologie mentale, il faut que vous sachiez que, même aujourd'hui, vous vous heurterez à cette conception de l'aliéné qui est encore, pour quelques magistrats, ce qu'elle est au théâtre français : un individu déraisonnant absolument sur tout. Certains en sont encore à la définition de l'aliéné, telle que l'avait donnée Maine de Biran, à savoir : un homme qui ne peut exercer aucune des facultés de son cerveau, et qui a complètement perdu l'intelligence, la volonté et la mémoire. Malheureusement cette conception de l'aliéné, qui perd sa raison comme on perd son porte-monnaie, c'est-à-dire toute à la fois, est encore trop souvent admise. Pourtant ce n'est jamais ainsi que les choses se passent, et, comme l'a écrit un de mes prédécesseurs dans cette chaire, Royer-Collard, il est des cas où la volonté cesse d'être libre sans cesser d'être active.

Nous nous trouvons donc en présence de deux doctrines opposées : la première est la responsabilité absolue, telle que l'énonce le Code et telle que la professent, avec beaucoup de talent et de distinction, des hommes comme M. Guillot, juge d'instruction, qui n'a pas craint de dire : « Un aliéniste peut gémir sur la condamnation de Papavoine, pour moi elle me laisse absolument froid. »

L'autre doctrine est celle que nous défendons : il y a des aliénés parmi les criminels, mais il faut protéger la société; nous demandons seulement, si un accusé est reconnu privé de sa volonté, qu'il soit traité comme un malade et soigné comme tel dans un asile.

Or, les conséquences de la doctrine actuellement admise sont tout autres. On vous demandera d'examiner l'état mental de M. X... et de déclarer s'il est responsable. Ou bien vous le jugerez sain d'esprit et responsable et il sera condamné, ou bien vous le déclarerez aliéné et il sera mis dans un asile, ou bien vous conclurez à une impulsion épileptique de sa part, ou, enfin, vous constaterez que ce n'est pas un aliéné, mais qu'il existe dans ses antécédents un certain nombre de faits qui témoignent d'une faiblesse intellectuelle, d'une demi-responsabilité. Dans ce cas, presque toujours le jury prononcera l'acquittement.

Que va devenir l'accusé ? Juste le contraire de ce qu'il deviendrait s'il appartenait aux médecins. Il va recouvrer sa liberté et il ne cessera pas pour cela d'être malade et, par conséquent, dangereux. On ne manquera pas de rendre le médecin légiste responsable des nouveaux méfaits qu'il pourra commettre. Quelquefois, il est vrai, on le met dans un asile, mais, au bout de trois mois, il est redevenu calme, il n'est plus entouré d'aucune sorte d'excitation, et l'autorité administrative ordonne sa mise en liberté.

Or, on n'est pas fou constamment. C'est une vérité connue dans le monde, où l'on a coutume de dire : Le voilà repris de son accès de folie. Qui dit accès dit période de rémission pendant laquelle le sujet est à peu près normal.

Ceux-là mêmes qui défendent l'opinion opposée à la nôtre, se rendent parfaitement compte de cette situation. Un événement qui s'est passé, il y a quelques mois, sur le boulevard des Italiens, les a assez vivement frappés. Un individu sortant d'une maison de santé, où il avait été mis parce qu'en état d'alcoolisme il avait tué quelqu'un, n'avait eu rien de plus pressé que d'aller au restaurant boire quelques verres de champagne. Après son déjeuner, il aperçoit sur le boulevard un certain nombre de personnes qui attendaient l'omnibus de Clichy-Odéon, et il tire quelques coups de pistolet dans le tas. On l'a remis dans un asile. Vous croyez qu'il y est resté ? Pas le moins du monde, il en est sorti trois mois après. La première fois qu'il sera sur le boulevard, et en puissance d'une bouteille de champagne, si vous le reconnaissez, je vous engage à ne pas rester à sa portée.

Pour les gens qu'on acquitte dans ces conditions, il est indispensable de créer un asile de fous criminels. Cet établissement existe en Angleterre, depuis qu'un fou a tiré un jour sur le souverain de cette nation. Rien ne serait plus simple que d'obtenir une semblable réforme. Elle a été votée, il y a plusieurs années, par le Sénat, et j'espère qu'on la reprendra avant longtemps, attendu que, dans ce moment-ci, il y a, de par le monde, un certain nombre d'aliénés qui circulent et qui sont particulièrement dangereux.

Pour compléter l'exposé des réformes que nous demandons, permettez-moi de vous dire un mot de la responsabilité, telle qu'elle est conçue par Lombroso et l'école italienne. Les philosophes qui ont parlé sur ce sujet sont des gens qui travaillent dans le silence du cabinet. Ce qu'ils

ont de plus fort, c'est leur Γνῶθι σεαυτον; ils distinguent très nettement le bien et le mal, et la conscience est pour eux le fondement de la responsabilité. Lorsqu'on fait de la médecine légale, on est étonné de se trouver en présence du fait suivant : un individu d'une quarantaine d'années, appartenant au meilleur monde, d'un passé immaculé, se fait arrêter dans une pissotière, avec un petit voyou; une femme, généralement très riche, est arrêtée au Bon Marché, volant un objet sans valeur. Que devient ici la conscience des philosophes, comment expliquer de pareils faits? Est-ce que nous ne connaissons pas tous des gens, irréprochables au point de vue des rapports extérieurs, mais qui ont dans leur vie privée une morale fort douteuse; et d'autres, au contraire, qui, sans aucun scrupule dans les affaires avec leurs concitoyens, ont une vie de famille absolument correcte?

Il peut donc y avoir une dissociation entre les phénomènes de la vie morale et les phénomènes de la vie extérieure. Cette distinction est faite au collège par le pédagogue, qui donne une note pour l'attention et une note pour la conduite.

On va toujours chercher l'enfant en matière de psychologie; eh bien! suivons chez lui, si vous le voulez, cette dissociation dont je viens de vous parler. Cet âge est sans pitié, dit-on. Eh! oui, les enfants mordent le sein de leurs nourrices, ils sont cruels envers le chien qu'ils n'ont jamais caressé, mais y a-t-il rien de plus exquis que leur affection pour un animal préféré qui devient le compagnon de leurs jeux?

Il y a une chose qui se développe très vite chez l'enfant : c'est le sentiment du juste et de l'injuste. Et pourtant est-ce général? Non, il est des enfants chez lesquels ce sentiment se développe plus ou moins bien, comme il y a des facultés qui, chez le même enfant, deviennent très puissantes et d'autres qui sont comme atrophiées. Chez un enfant qui avait tué sa tante à coups de rouleau de pâtisserie pour lui voler sa montre, on trouva une intelligence très développée, mais aucune notion du bien et du mal, et pour faire comprendre aux juges cette inégalité des facultés, Lasègue leur proposa de suivre dans un salon quelques collégiens de quinze ans. Vous verrez, leur disait-il, que ce sera les premiers de leur classe qui auront l'air gauche et qui s'esquiveront pour aller jouer aux billes avec les enfants de huit ans, tandis que les cancres se présenteront bien et seront aimables avec les jeunes filles.

Il faut donc étudier un individu dans toute sa personnalité, puisqu'il y a une dissociation possible entre sa valeur intellectuelle et sa valeur morale, et surtout il faut bien se garder de conclure de l'une à l'autre.

HOPITAL TROUSSEAU. — M. Variot.

Cyanose avec malformation congénitale du cœur, sans signes d'auscultation.

(Observation anatomique et clinique, communiquée à la Société médicale des hôpitaux par MM. G. Variot, médecin des hôpitaux, et G. Gampert, interne des hôpitaux.)

Les lésions congénitales du cœur, avec cyanose, s'accompagnent ordinairement de bruits morbides d'une grande intensité; mais il arrive parfois qu'elles sont complètement latentes à l'auscultation.

Sur ce dernier point, les observateurs les plus compétents sont tous d'accord.

Hénoch s'exprime ainsi : « Il ne manque pas d'exemples dans lesquels les bruits du cœur sont tout à fait purs et ne s'accompagnent d'aucun souffle. »

Peacock, dans sa belle *Monographie des lésions congénitales du cœur*, a rapporté des observations dans lesquelles les signes physiques faisaient défaut.

Suivant Goodhart (1), « il peut n'exister aucun bruit, même si la cyanose est intense, et, quand un bruit existe, il est souvent si fort, si étendu dans toute la région précordiale, que la localisation du souffle est très difficile à préciser ».

Notre maître, M. Cadet de Gassicourt, dit, dans son récent ouvrage, qu'une cyanose congénitale bien caractérisée peut exister sans que l'oreille la plus exercée perçoive un souffle.

Mais quelles sont les conditions anatomiques et physiologiques en rapport avec cette absence de bruits morbides? Pourquoi, en d'autres termes, les souffles si intenses, d'une localisation si difficile, dans les lésions congénitales du cœur; pourquoi ces souffles font-ils parfois entièrement défaut, alors que cependant les lésions, les perforations du cœur existent?

Nous croyons qu'il est encore bien difficile de répondre catégoriquement à la question que nous posons aujourd'hui.

Nous avons l'honneur de présenter, à la Société médicale des hôpitaux, un exemple de ce genre, dont l'examen clinique et anatomique a été fait aussi soigneusement qu'il nous a été possible.

Peut-être, en rapprochant un certain nombre de faits semblables, arrivera-t-on dans l'avenir à préciser les conditions dans lesquelles les signes d'auscultation restent latents; il nous paraîtrait prématuré de vouloir tirer des conclusions générales d'une observation isolée.

La nommée Hélène S..., âgée de cinq ans et demi, entre le 9 septembre 1889, salle Blache, n° 9, dans le service de M. le docteur Cadet de Gassicourt, suppléé par M. le docteur Variot.

Les renseignements sont les suivants :

L'enfant est malade depuis quinze jours. Elle s'est plainte d'une céphalalgie intense, a eu plusieurs vomissements et des convulsions.

Nous constatons le décubitus en chien de fusil, de l'inégalité pupillaire, une irrégularité très marquée du pouls, le phénomène de la raie méningitique. Plusieurs vomissements se sont produits depuis l'entrée.

Le moindre mouvement arrache des cris plaintifs à la petite malade.

Signalons comme particularité une diarrhée persistante.

Dès notre premier examen, nous fûmes frappés de la teinte cyanique des téguments et des muqueuses, de la spatulation des doigts et des orteils. Au dire de la mère de l'enfant, cette cyanose et cette déformation des extrémités dataient de la naissance et s'accompagnaient parfois de crises de suffocation.

L'enfant est peu développée pour son âge, ses membres sont grêles. Le crâne est asymétrique, les bosses pariétales sont extrêmement développées, la bosse pariétale droite est plus saillante que la gauche. — Aspect natiforme en arrière.

A l'inverse de la région pariétale du crâne, le côté droit de la face est moins développé que le gauche.

La dentition est normale.

Au repos, la cyanose est très marquée aux pieds et aux mains, plus intense aux doigts, renflés en massue avec incurvation des ongles. — A la face, la teinte cyanique est spécialement apparente aux lèvres, aux conjonctives, aux pavillons des oreilles.

Lorsque la petite malade fait un effort, pousse des cris, la

(1) Goodhart. *Traité des maladies de l'enfance.*

cyanose s'accentue et s'étend, les téguments prennent une teinte livide, presque noire.

La palpation de la région précordiale fait constater une impulsion forte de la pointe contre la paroi thoracique, mais sans aucun frémissement.

La percussion indique une légère augmentation de la matité dans la zone du cœur.

A l'auscultation, les bruits du cœur, examinés attentivement aux divers foyers, sont tout à fait nets, bien frappés; les claquements ont un timbre un peu éclatant.

Plusieurs internes de l'hôpital Trousseau ont également constaté l'absence complète de souffle.

Dans les poumons, pas de phénomènes stéthoscopiques dignes d'être notés.

Durant cinq jours que cette enfant a été soumise à notre observation, les bruits du cœur n'ont pas changé de caractère.

La température a oscillé, pendant ce temps, entre 37 degrés et 37°5, et, malgré le traitement ordinaire en pareil cas, la petite malade a succombé le cinquième jour de son entrée, dans une crise de cyanose extrême.

Autopsie. — Nous mentionnerons, sans nous y arrêter, des lésions évidentes de méningite tuberculeuse; un épaississement énorme de la boîte cranienne qui mesure 1 centimètre environ dans les régions occipito-pariétales.

Le diploë a un aspect spongieux très anomal et, après décalcification et examen microscopique, on y voit des canaux de Havers d'une dimension inusitée, remplis partiellement par de la moelle embryonnaire.

Cependant les poumons, splénisés aux bases, ne semblent pas contenir de tubercules.

La teinte cyanique des téguments a persisté sur le cadavre. Les doigts sont presque noirs. Des coupes microscopiques de la peau de la pulpe d'un doigt montrent que le réseau veineux profond du derme est ectasié fortement, ainsi que les anses capillaires qui montent dans les papilles.

Tous ces vaisseaux veineux et capillaires sont gorgés de globules sanguins qui forment une véritable injection naturelle.

A part ces ectasies vasculaires permanentes, la peau est saine.

Le cœur occupe sa position normale dans le thorax. Le péricarde est sain.

Le ventricule droit n'est pas affaissé comme à l'ordinaire, il a sensiblement le même aspect extérieur que le ventricule gauche. Les oreillettes ne présentent extérieurement rien d'anomal.

Le volume total du cœur semble un peu plus grand qu'il n'est en général à cet âge.

De l'origine de l'aorte à la pointe du cœur, la face antérieure des ventricules mesure 65 millimètres; la face postérieure des ventricules, du sillon auriculo-ventriculaire à la pointe, est de 5 centimètres environ.

L'aorte se dégage derrière l'infundibulum du ventricule droit et, dès son origine, elle se dilate en une sorte de sinus prolongé jusqu'au tronc brachio-céphalique.

Immédiatement après l'origine de l'artère sous-clavière gauche, la circonférence de l'aorte, qui était de 6 centimètres au niveau du sinus, se réduit à 35 millimètres.

Les grands troncs artériels qui partent de la crosse sont dilatés comme dans la portion ascendante de l'aorte elle-même, et leur dilatation est telle qu'ils se rapprochent, comme calibre, des mêmes artères chez un adulte.

Par contre, l'artère pulmonaire se détache, comme un petit cordon flasque, de l'extrémité de l'infundibulum. Sa circonférence, immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes, n'est que de 15 millimètres. Elle n'excède guère le calibre d'une artère radiale d'adulte. Les deux branches de bifurcation sont réduites de dimension, proportionnellement au tronc. La paroi de l'artère pulmonaire et de ses branches est d'une remarquable minceur.

Nous n'avons pas retrouvé de vestige du canal artériel.

Lorsqu'on incise les parois des ventricules droit et gauche, on reconnaît que le myocarde, sain au premier examen, offre une épaisseur à peu près égale dans les deux ventricules, soit un peu moins de 1 centimètre.

Les valves mitrale et tricuspide sont bien conformées, ainsi que les orifices auriculo-ventriculaires.

La *cloison* interventriculaire présente une grande perte de substance immédiatement au-dessous de l'orifice de l'aorte.

L'orifice qui en résulte est limité en bas par une sorte d'éperon mousse, en haut et sur les côtés par l'aorte elle-même, immédiatement au-dessous des valvules sigmoïdes.

Cet orifice, qui établit une large communication entre le ventricule droit et le ventricule gauche, est disposé de telle manière, que l'aorte semble implantée simultanément sur la base des ventricules droit et gauche.

Si la pièce n'est pas tiraillée, ce trou a une forme triangulaire, à base tournée du côté des ventricules et à sommet tourné du côté de l'aorte. On y introduit facilement l'index.

Les valvules sigmoïdes aortiques, au nombre de trois, sont normales et suffisantes.

L'origine des artères coronaires et bronchiques se fait comme à l'ordinaire.

L'endartère et l'endocarde sont sains.

L'*orifice pulmonaire* est tout à fait mal formé. Ses proportions et son aspect, relativement à l'infundibulum du ventricule droit, ne sont pas sans analogie avec l'orifice d'abouchement d'une trompe de Fallope dans la corne utérine.

L'orifice n'a que 8 millimètres de circonférence.

Nous avons dit plus haut que le tronc de l'artère pulmonaire, immédiatement au-dessus de l'orifice, mesurait 15 millimètres.

Les valvules sigmoïdes pulmonaires sont bien au nombre de trois, mais très minces et très transparentes.

Leur bord libre est à 5 millimètres au-dessus de l'orifice. L'une de ces valvules est placée sur un plan supérieur aux autres et présente une petite perte de substance à son bord libre.

Bien que la cloison interauriculaire semble normale au premier abord, il est facile de faire pénétrer, dans le trou de Botal, une grosse sonde annelée.

Néanmoins les valves qui ferment le trou de Botal ont une disposition telle qu'elles devaient être fortement accolées pendant la vie par la pression du sang, et que, vraisemblablement, il n'y avait pas communication des oreillettes à l'état physiologique.

L'orifice et le calibre de la veine coronaire sont très dilatés.

Après cet exposé, nous serons sobres de réflexions.

M. le professeur Potain, auquel nous avons présenté la pièce que nous venons de décrire, s'est contenté de dire: « Ce sont des faits de ce genre qui avaient fait désespérer Laënnec de la valeur des souffles pour la détermination des maladies de cœur. »

En résumé, les lésions congénitales, dans notre cas, consistent dans une très large perforation interventriculaire, avec un rétrécissement considérable de l'orifice et simultanément de l'artère pulmonaire.

Peut-être pourrait-on expliquer l'absence du souffle si bien décrit par Roger dans les perforations de la cloison, par l'étendue même de la perte de substance. Les deux ventricules communiquaient si largement que la tension du sang devait y être toujours sensiblement égale.

La même épaisseur du myocarde, dans les ventricules droit et gauche, prouve qu'il devait en être ainsi.

Quant à l'absence de souffle au foyer de l'artère pulmonaire, elle a peut-être sa cause dans l'uniformité du rétrécissement qui porte, non seulement sur l'orifice, mais aussi sur le tronc pulmonaire.

Nous le répétons en terminant, ces interprétations sont problématiques et seront confirmées ou infirmées par le rapprochement de faits analogues.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 mars 1890. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des mémoires de MM. les docteurs Ch. Amat et Piedpremier, médecins militaires; Crié (de Rennes), Farge (d'Angers), Niepce (de Nice) et Gondouin (d'Argentan).

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 73, majorité 37, M. Terrier obtient 36 voix, M. Chauvel 35, M. Périer 1 et 1 bulletin nul.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des suffrages, il est procédé à un deuxième tour de scrutin. — Le nombre des votants étant 75, majorité 38, M. Chauvel est élu par 41 voix contre 33 données à M. Terrier et 1 bulletin blanc.

RAPPORTS

De l'emploi du sublimé par les sages-femmes.— M. BUDIN. L'Académie a décidé (1), le 11 février de cette année, que les sages-femmes devaient être autorisées à se servir du sublimé corrosif dans le traitement des nouvelles accouchées; mais elle avait pensé qu'il fallait colorer la solution hydrargyrique afin d'éviter toutes les chances possibles d'empoisonnement.

La Commission estime que la coloration bleue est celle qui est susceptible de prêter le moins à l'erreur. En effet, les liquides bleus ne ressemblent à aucune boisson. Le carmin d'indigo remplit les conditions nécessaires pour être utilement employé dans la coloration des liquides chargés de substances médicamenteuses. Il suffit d'une petite quantité de carmin d'indigo pour colorer plusieurs litres d'eau.

La meilleure solution est une solution alcoolique de carmin d'indigo à 5 p. 100.

La formule serait la suivante :

Sublimé corrosif	25 centigrammes.
Acide tartrique.	1 gramme.
Solution alcoolique de carmin d'indigo à 5 p. 100..	1 goutte.

Ce mélange doit être séché et mis en paquet. Il servira pour un litre de liquide antiseptique.

Vaccine obligatoire à la Réunion. — M. HERVIEUX lit un rapport sur un projet de décret concernant la vaccine obligatoire à la Réunion.

Dans une lettre adressée à M. le secrétaire perpétuel de l'Académie, M. le sous-secrétaire d'État aux Colonies demandait à l'Académie de formuler son avis sur un projet de décret concernant la vaccine obligatoire à l'Ile de la Réunion.

M. Hervieux regrette que le conseil d'État ait ajourné l'exécution de ce décret, qui aurait pu préserver l'Ile de la Réunion des ravages causés par la variole.

Le rapporteur propose à l'Académie d'adopter les conclusions suivantes :

1° Encourager et au besoin prescrire la création d'un office vaccinogène, qui serait d'un puissant secours pour la propagation de la vaccine et l'atténuation des épidémies varioliques;

2° Autoriser l'exécution du décret projeté, toutes réserves étant faites sur certaines dispositions dudit décret;

3° Si l'ajournement du projet était définitif, rappeler à l'administration locale que, aux termes de la loi d'organisation municipale, du 5 avril 1884, les corps municipaux et les maires ont, entre autres fonctions, celle d'assurer la salubrité, de prévenir et d'arrêter les épidémies et les maladies contagieuses, et, par conséquent, d'organiser, comme on l'a fait maintes fois, en Kabylie et au Tonkin, les vaccinations et les revaccinations obligatoires;

4° Dans le cas où les pouvoirs municipaux négligeraient, en présence d'une menace d'épidémie ou d'une épidémie confirmée, d'appliquer les lois existantes, le pouvoir central, représenté dans la colonie par le gouverneur, devrait imposer la pratique des vaccinations et des revaccinations.

M. ROCHARD fait savoir que, de 1876 à 1886, la vaccine avait été rendue obligatoire en Cochinchine. Cette mesure a donné des résultats remarquables.

Le vaccin dont on se servait était du vaccin entretenu sur les bras des enfants. Les médecins allaient deux fois par an dans les villages de la Cochinchine et pratiquaient des vaccinations. Au début, il y a eu de l'opposition de la part des habitants. Mais bientôt la pratique de la vaccination fut favorablement accueillie.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions du rapport de M. Hervieux.

Le premier article est adopté avec une légère modification proposée par M. Brouardel. A la place d'*office vaccinogène*, il faut mettre *office de vaccination animale*. (Adopté.)

Les autres conclusions sont adoptées sans discussion.

La séance est levée.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 178 et 198.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire (1), nouvelles leçons sur les maladies vénériennes, par le docteur Ch. MAURIAC.

Après avoir, il y a quelques années, approfondi la syphilis primitive et la syphilis secondaire (2), M. Mauriac, dans une nouvelle série de leçons conçues sur le même plan que les premières, vient de publier une remarquable étude sur la *syphilis tertiaire* et la *syphilis héréditaire*.

Son livre débute par un intéressant exposé de la pathologie générale de la syphilis tertiaire. Les mots d'*accidents secondaires*, *accidents tertiaires*, ne doivent plus avoir une signification chronologique pure, mais servir à distinguer des produits de la période « virulente » ou de la période constitutionnelle (Mauriac), les syphilomes résolutifs et les syphilomes non résolutifs (Leloir). C'est ainsi qu'il y a des syphilis secondaires tardives (3), comme il y a des syphilis tertiaires précoces (4). L'auteur montre la spontanéité des accidents tertiaires, et combien, vis-à-vis d'eux, se trouve épuisée la tendance à la curabilité spontanée qu'opposait l'organisme à la vérole débutante.

Aussi le traitement sera-t-il obligatoire en face du tertiarisme, dont la gravité est attestée tant par l'anatomie pathologique que par ses localisations viscérales scléreuses et ses récidives cutanées mutilantes. Mais l'action préventive des deux spécifiques est « incomplète » et « très courte », et M. Mauriac ne se range pas parmi ceux qui conseillent d'avoir recours à eux, systématiquement, contre la diathèse, même en dehors de ses manifestations. « Quand elle est absolument à l'état de latence, c'est le moment qu'il faut choisir pour ne pas troubler l'organisme par une médication qui s'émousse et qui attaque vainement une chose invisible et insaisissable. » L'auteur se place ici, on le voit, entre « l'opportunisme » et le traitement méthodique, entre M. Diday et M. le professeur Fournier.

Après avoir examiné les probabilités en faveur de la nature parasitaire de la syphilis, le médecin du Midi étudie successivement le tertiarisme dans les divers appareils, et chacun de ses

(1) Un vol. in-8°. Prix : 20 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

(2) Ch. MAURIAC. Paris, 1883.

(3) Voyez aussi, à ce sujet, une Revue publiée ici, dans le numéro du 13 octobre 1888, « Formes graves de la syphilis »; et encore *Syphilis graves précoces*, par G. Baudouin (Paris, 1889).

(4) Voir, sur cette question, « De l'échéance des accidents contagieux dans l'évolution de la syphilis », in *Union médicale*, 18 décembre 1888.

chapitres peut être considéré comme une monographie richement étayée au moyen des observations qui fourmillent dans la science et des résultats de sa pratique personnelle. Cette étude est, du reste, partiellement connue du public médical (1), et nous n'y suivrons pas l'auteur, désireux d'aborder avec lui, au chapitre des syphiloses nerveuses, les grandes questions plus que jamais d'actualité, à savoir les rapports du tabes et de la paralysie générale avec la vérole.

Après avoir fait un historique aussi consciencieux que complet de la question du tabes syphilitique, M. Mauriac, tout en attribuant un grand rôle à la vérole dans l'étiologie de l'ataxie constate que « l'étiologie à peu près exclusivement syphilitique du tabes, très en vogue il y a quelques années, semble l'être un peu moins aujourd'hui ». Il reste toujours cette impression, dit-il, qu' « il est étrange de voir la syphilis, qui frappe d'une empreinte si forte et si pathognomonique tout ce qu'elle produit, comme lésions et comme symptômes, abdiquer complètement sa spécificité, quand il s'agit du tabes, et s'incarner en lui de la façon la plus complète ». Toutefois, si le rôle de la vérole n'est pas là aussi nettement déterminé qu'on pourrait le souhaiter, il faut, dit M. Mauriac, en tenir grand compte et accorder une place considérable au tabes dans les myélo-syphiloses.

Cette place, en revanche, il la refuse résolument à la paralysie générale. Depuis son *Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système nerveux* (1878), sa conviction n'a fait que s'accentuer ; il maintient que les syndromes plus ou moins analogues à cette maladie, que l'action syphilitique a fait naître par des désordres méningo-encéphaliques n'émanant que d'elle, sont trompeurs ; qu'ils ne nous en donnent qu'une fausse image, et que l'autonomie de la vraie paralysie générale n'a été ni détruite, ni même entamée par la maladie constitutionnelle. Par cette déclaration catégorique, M. Mauriac dénie donc tout rapport étiologique possible entre la vérole et la péri-encéphalite diffuse classique. Peut-être se montre-t-il là, qu'il nous permette de le lui dire, plus royaliste que le roi, et si nombre d'aliénistes, tels que MM. Magnan, Mesnet, Christian sont, là-dessus, de son avis, il en est d'autres chez qui la conviction est loin d'être faite, et tels, comme MM. Motet, Blanche, J. Falret, Luys, Régis, etc. hésiteraient à se prononcer sans retour et à considérer comme « des rêveurs trop fervents, emportés par leur zèle au delà de la clinique positive et de l'interprétation raisonnable », ceux qui, en présence des statistiques récentes et de l'envahissement croissant de la pathologie par les conséquences éloignées des infections, estiment que la question des rapports étiologiques de la syphilis et de la paralysie générale ne saurait plus être aujourd'hui enterrée dédaigneusement par la question préalable (2).

Le problème mérite d'autant plus les honneurs de la discussion qu'au Congrès dermato-syphiligraphique de 1889, à la même séance où M. le professeur Leloir (3) venait faire une communication tendant à établir que le rôle de la vérole, dans la genèse du tabes vrai, était nul, un autre auteur donnait lecture de conclusions aux termes desquelles la vérole figurerait dans les antécédents de la paralysie générale *vraie* avec une fréquence assez considérable pour qu'on fût autorisé à conclure de là à une relation de causalité entre les deux maladies. Cette relation serait encore démontrée par les faits suivants :

« 1° La proportion de syphilitiques chez les sujets atteints d'autres formes d'aliénation est beaucoup moindre ; les statistiques établissent la rareté de la démence paralytique dans les milieux où la syphilis est exceptionnelle ;

2° La fréquence des antécédents syphilitiques relevés chez les paralytiques généraux augmente en raison des facilités de l'anamnèse ;

3° Dans les cas où on ne trouve qu'un seul facteur à invoquer pour l'étiologie de la paralysie générale, c'est la vérole qu'on trouve le plus souvent ;

4° ..... Cette puissance de la vérole paraît encore prouvée par les rares exemples des cas où la paralysie générale suit, en apparence, la syphilis communiquée par un sujet à plusieurs autres (W.-B. Goldsmith, Morel-Lavallée et Bélières). »

Ces auteurs citent encore, dans le même ordre d'idées, une observation où, sur plusieurs descendants dégénérés d'une même souche nerveuse, atteints de diverses formes d'aliénation, un seul, *qui a pris la syphilis*, est devenu paralytique général (1).

Ces divergences d'opinion, cette intransigeance peut-être trop absolue de M. Mauriac, en ce qui touche la possibilité, pour la vérole, d'être un facteur éventuel de la genèse de la paralysie générale et du tabes, n'enlève rien au talent de discussion de l'auteur, ni au mérite descriptif dont il a fait preuve dans le parallèle des cérébro-syphiloses et de la péri-encéphalite classique.

La dernière partie du livre est consacrée à l'étude de l'hérédo-syphilis. Les plus récentes acquisitions de la science, les dernières statistiques publiées sont là utilisées et mises à la disposition du lecteur, pour prouver la fréquence et le danger terrible que présente la syphilis héréditaire ; les lésions du squelette, la triade d'Hutchinson trouvent leur place dans ce lumineux tableau au même titre que les éruptions cutanées, d'un diagnostic parfois si difficile. Enfin, l'auteur termine, par un aperçu de la syphilis post-conceptionnelle, son laborieux travail, dont la lecture est aussi intéressante pour le syphiligraphe qu'utile au praticien.

(1) Syphilis tertiaire du larynx, *Archives de médecine*, février-juin 1888, et Artériopathies syphilitiques, *Idem*, mai-juin 1889, par Ch. Mauriac.

(2) Voyez *Syphilis et paralysie générale*, par Morel-Lavallée et L. Bélières (Paris, 1889).

(3) Cité par M. Mauriac, p. 1037.

(1) Voir le texte de cette communication in *Comptes rendus du Congrès de dermatologie*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 mars 1890, M. Léon Bourgeois, député, est nommé ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en remplacement de M. Fallières, dont la démission est acceptée.

— *Prix des thèses de la Faculté de médecine de Paris.* — La Faculté de médecine a décerné les prix pour les thèses les plus remarquables, soutenues devant elle, pendant l'année 1888-1889 : *Médailles d'argent.* — MM. Albarran : Reins des urinaires ; — Baudouin : Contribution à l'étude des syphilis graves précoces ; — Bottard : Les poissons venimeux ; — Delbet : Pronostic et traitement des anévrysmes artério-veineux externes ; — Mme Déjerine-Klumpke : Contribution à l'étude des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier ; — MM. Dubarry : Contribution à l'étude de la vie des microbes pathogènes dans l'eau ; — Larrieu : Guy Patin, sa vie, son œuvre, sa thérapeutique ; — Leudet : Essai sur le rétrécissement tricuspidien ; — Marchal : Contribution à l'étude de la désassimilation de l'azote ; — Martha : Étude clinique sur la paralysie agitante ; — Ménard : Étude sur le mécanisme des fractures indirectes de la colonne vertébrale (région dorsale et région dorso-lombaire) ; — Pichevin : Des abus de la castration chez la femme ; — Potherat : Contribution au diagnostic et au traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie ; — Récamier : Rapports du rein et son exploration chirurgicale ; — Widal : Étude sur les accidents infectieux d'origine puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle ; — Wurtz : Leucomaïnes du sang normal.

— M. le docteur Desnos, ancien interne des hôpitaux, a commencé son cours, à l'École pratique, aujourd'hui mercredi 19 mars, à cinq heures, et le continuera les samedis et mercredis suivants.— L'objet du cours sera la « Thérapeutique des maladies de l'urèthre et de la vessie ».

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

75

AVIS A MM. LES MÉDECINS

ÉLIXIR ET PILULES GREZ

CHLORHYDRO-PEPSIQUES

(*Amers et ferments digestifs*)

Traitement physiologique des dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse, troubles gastro-intestinaux des enfants. Doses : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert.

ALBUMINATE DE FER soluble

LIQUEUR DE LAPRADE

Le plus assimilable des ferrugineux : 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.
Envoi d'échantillons par colis postal.

18

PERLES DE PEPSINE PURE DIALYSÉE

de **CHAPOTEAUT**

Cette pepsine est cinq fois plus active que la pepsine du *Codex*. Elle digère 150 fois son poids de viande et ne contient ni amidon, ni sucre de lait, ni gélatine. Chaque perle contient 20 centigrammes. — Dose : **2** à **4** perles après les repas.
Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

87

SIROP DE PROTOXIDE DE FER

du Dr DUSOURD (*Approuvé par l'Académie de médecine*).

Le rapport fait à l'Académie par MM. Guéneau de Mussy et Henry constate « que ce sirop est d'un usage très avantageux dans la pratique médicale; le fer, qui s'y présente à l'état de protoxide, est plus apte à être assimilé à l'économie animale. » — 2 à 4 cuillerées par jour. Pharmacie, 1, rue Bourdaloue.

79

CAPSULES DE VIAL

A L'HUILE DE GENÉVRIER.

Recommandées dans le traitement des *coliques néphrétiques* et *hépatiques*, des *calculs urinaires* et *biliaires*, de la *gravelle*, des *catarrhes vésicaux*, de la *goutte* et de l'*eczéma*.

DOSE : 4 à 6 capsules par jour, au milieu des repas, soit 1 gramme d'huile environ. — Dans les grandes crises, 6 à 10 capsules.
Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue, à Paris.

241

LIQUEUR MARIANI A LA TERPINE ET A LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine pr cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca**.

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

45

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après les repas.
MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

109

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre.
REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.

25

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES

Phthisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

55

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'ACONITINE et au QUINIUM calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles, ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales*, *douloureuses* et *inflammatoires*.

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient :
Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée.
Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

31

L'HUILE DE FOIE DE MORUE

DE BERTHÉ

est la seule qui soit préparée par des procédés approuvés par l'Académie de médecine de Paris.

« Dans différents mémoires présentés à l'Académie, M. Berthé a fourni la démonstration que, pour obtenir une huile d'une composition constante et aussi riche que possible en principes actifs, il était impossible que sa couleur ne fût pas foncée.

L'huile de foie de morue, préparée par les procédés de M. Berthé, contient une proportion considérable d'iode, de phosphore, de principes biliaires et de phosphate de chaux, quantité au moins double de celle qui se rencontre dans les huiles préparées autrement. » (Conclusions adoptées par une Commission de l'Académie de médecine de Paris après visite à la fabrique et examen des procédés.)

« C'est l'huile brune que l'on doit employer en médecine à l'exclusion des deux autres. » (*Traité de thérapeutique* de Trousseau et Pidoux.)

Les enfants acceptent facilement l'**Huile de Berthé** et ne tardent pas à la demander, car elle n'est pas « repoussante ». (Bouchardat.)

L'**Huile de Berthé** est l'huile de morue naturelle préparée avec des foies frais, directement importés par les soins de la maison H. FOURNIER et Cie, 19, rue Jacob, Paris. Elle ne se vend qu'en flacons du prix de 2 fr. 50.

HUILE DE BERTHÉ CRÉOSOTÉE

(5 centigr. de créosote pure par grande cuillerée)
2 fr. 50 le flacon.

CAPSULES DE BERTHÉ CRÉOSOTÉES

(2 centigr. 1/2 de créosote pure par capsule)
2 fr. 50 le flacon de 60 capsules.

37

MÉDICATION ANALGÉSIQUE

PRODUIT FRANÇAIS

EXALGINE BRIGONNET

*s'emploie, à la dose de 40 à 80 centigr. dans les 24 heures, contre l'***élément douleur,** *dans toutes les formes de névralgie.*

FABRIQUÉE PAR BRIGONNET ET NAVILLE
La Plaine St-Denis (Seine).

51

DÉBILITÉ, ANÉMIE
MALADIES DE L'ENFANCE

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, agréable au goût, possède les mêmes propriétés que l'**Huile de foie de Morue.**

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS, et Phies.

69

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

Exiger la source du **Pavillon.**

77

BROMURE DE CAMPHRE DU Dr CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique* et un « *hypnotique* des plus efficaces. »
(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expériences faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*)

Chaque Capsule du Dr Clin renfme 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renfme 0,10 } Camphre pur

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

59

LE QUINIUM ROY GRANULÉ

formé de l'extrait aqueux et du quinium (extrait alcoolique à la chaux), représente poids pour poids la **POUDRE DE QUINQUINA CALISAYA**. Il est soluble dans l'eau et le vin.

A. Roy, pharmacien de 1re classe, PARIS-AUTEUIL, et pharmacies.
Exiger la signature. A. Roy

63

GOUTTE

LIQUEUR DU Dr LAVILLE

Spécifique éprouvé de la **goutte.**

ACTION PROMPTE ET INFAILLIBLE

A TOUTES LES PÉRIODES DE L'ACCÈS.

1 à 3 cuillerées à café par 24 heures.

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM D'AUVERGNE

Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

RHUMES. BRONCHITES. GRIPPE

DÉPÔT : Paris, F. COMAR et Cie, 28, r. St-Claude.

20

VIANDE ET QUINA

VIN AROUD AU QUINQUINA

ET A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Aliment-médicament d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant, pour 30 grammes : 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.

DOSES : 2 cuillerées à bouche avant chaque repas.
Prix : **5** *francs.*

Se vend chez FERRÉ, pharmacien à Paris, 102, rue de Richelieu, successeur de AROUD, et dans toutes les pharmacies de France et de l'Etranger.

33

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

49

VACCIN DE GÉNISSE

pour 4 pers., **75** cent.; pour 20 pers., **1** fr. **50.**
Echantillon gratuit. — Dr CHAUMIER, Tours.

N° 35. — SAMEDI 22 MARS 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 22 MARS 1890. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Diagnostic des affections qui ont été rapprochées cliniquement du tabes (pseudo-tabes, nervo-tabes..., etc.).

Par M. le docteur Paul BLOCQ,
Chef des travaux anatomo-pathologiques à la Salpêtrière,
Lauréat de l'Institut.

La mémorable description, dans laquelle Duchenne (de Boulogne) établissait l'existence nosographique de l'*ataxie locomotrice progressive*, avait déjà été publiée depuis un certain temps, sans que la dénomination adoptée par cet éminent observateur parût justifier les critiques que lui avait adressées M. le professeur Jaccoud, ou mieux sans qu'on connût en pathologie de troubles analogues à l'incoordination motrice, qui caractérisait cette maladie.

Mais, dans ces dernières années, on a décrit successivement un certain nombre d'affections dans la symptomatologie desquelles figure, en première ligne, de l'ataxie des mouvements : le *tabes héréditaire*, le *tabes combiné*, l'*abasie*, etc. Puis, on a cru pouvoir fonder sur des similitudes symptomatiques, dont nous aurons à apprécier la valeur, un groupe nosographique complexe, les *pseudo-tabes alcoolique*, *arsenical*, *saturnin*, *neurasthénique*. On a, de plus, tenté de déposséder la sclérose postérieure de la moelle du caractère exclusif de son signe, au profit des nerfs, en distinguant le *nervo-tabes périphérique*. Ce n'est pas tout, des neuropathies nouvelles ont vu le jour clinique, qui, par quelques-uns de leurs caractères, se rapprochaient plus ou moins de l'*ataxie* : *paramyoclonus*, *maladie de Thomsen*...

Il est résulté de l'éclosion rapide de ces divers travaux, et, peut-être, du choix des dénominations employées dans la nosographie, un certain désarroi. Aussi, ne semblera-t-il pas inutile que nous essayons ici de tracer une sorte de parallèle clinique entre ces diverses manifestations, en nous plaçant surtout au point de vue des désordres de la motilité qui se retrouvent variablement modifiés dans chacune d'elles.

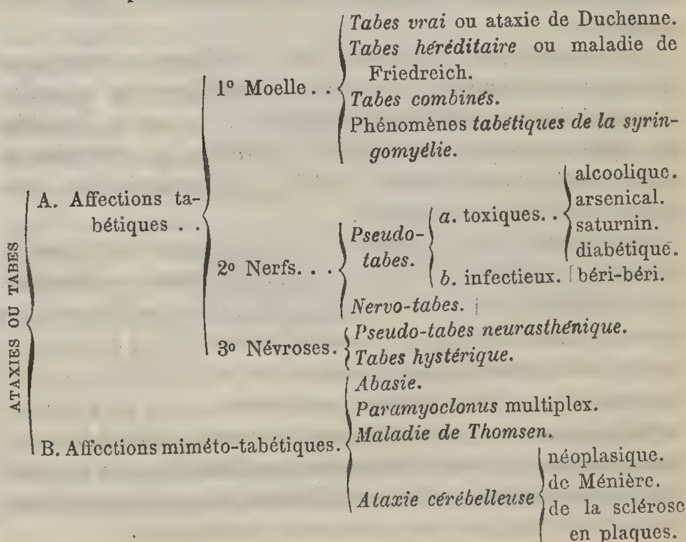
Nous n'hésitons pas, toutefois, à avouer que ce travail est encore prématuré à l'heure actuelle, car l'ère des discussions est loin d'être close, du moins pour un groupe important de cette catégorie : il nous convenait d'en faire la réserve préalable.

I

Le type morbide qui nous servira de point de départ, comme de guide dans cette Revue, est l'*ataxie locomotrice de Duchenne*, dont le substratum anatomique reste la sclérose des cordons postérieurs de la moelle épinière. C'est donc par la description des grands traits symptomatiques de cette maladie, que nous commencerons l'étude comparative des états *tabétiformes* pour lesquels nous proposons, dans le but d'éclairer un peu notre exposé, cette classification préliminaire :

Ataxie dans les :
- 1° affections spinales ;
- 2° affections des nerfs périphériques ;
- 3° névroses.

Cet ordre, basé, comme on voit, sur la notion anatomique, n'est pas exclusivement théorique, ce qui ne saurait convenir au but essentiellement clinique que nous poursuivons. Il est, en même temps, relativement pratique, et l'on ne tardera pas à se rendre compte qu'il existe des ressemblances décroissantes entre le type *tabétique*, les formes *pseudo* et *nervo-tabétiques* et, enfin, les *névroses*. Ajoutons que là ne doit pas se borner notre tâche, et qu'il nous faudra exposer en dernier lieu, le diagnostic différentiel entre ces affections et les états pathologiques les plus voisins que nous appellerons, si l'on veut, *miméto-tabétiques*. *La division suivante n'a d'autres prétentions que d'indiquer l'ordre que nous suivrons :*



II

A. — 1° Tabes vrai ou ataxie de Duchenne. — Il serait superflu, à coup sûr, de retracer, une fois de plus, le tableau classique si connu du tabes; il nous suffira de mettre, ici, en relief, les caractères véritablement génériques de cette affection, ou mieux ceux qui peuvent servir à la différenciation.

A cet égard, nous devons rappeler que le tabes débute tardivement, en général; on sait, toutefois, qu'il en existe des cas précoces, c'est-à-dire ayant commencé entre dix-huit et vingt-cinq ans, mais c'est là l'exception.

Il ne faut pas oublier, non plus, que, dans la majorité des observations, l'ataxie locomotrice est une maladie de très longue durée, presque fatalement progressive, et que, parmi ses symptômes, il en est qui disparaissent spontanément parfois, donnant ainsi naissance à des sortes de rémissions, et d'autres qui persistent indéfiniment.

Les cas qu'il serait permis d'appeler *complets*, c'est-à-dire présentant tous les signes de la *série tabétique* — selon l'expression de M. Charcot — ne sont pas les plus communs. Aussi, dans la sélection symptomatique que nous nous imposons ici, devrons-nous mettre surtout en valeur, sinon ceux de ces phénomènes qui appartiennent en propre à l'ataxie, du moins ceux qui se retrouvent plus ou moins médiocrement imités dans les maladies que nous décrirons.

L'*amaurose tabétique*, par exemple, est à elle seule pathognomonique, mais fait souvent défaut : le *signe d'Arghill Robertson* ne se retrouve guère, lui non plus, que dans la paralysie générale progressive, qui prête rarement à confusion. Quant aux autres troubles oculaires, on les aurait observés dans des cas de névrite.

Les *crises viscérales* de l'ataxie ont, elles aussi, un cachet spécial, et qui suffit au clinicien pour stigmatiser le tabes dans la plupart des cas. Quelles que soient les variétés des crises gastriques, elles n'en possèdent pas moins certains signes communs qu'il est relativement aisé de reconnaître. Mais, pas plus que les crises viscérales, laryngées, entéralgiques, rectales, etc., elles ne sont constantes. On en dirait autant des troubles vésicaux.

Quoi qu'il en soit, les symptômes que nous venons d'évoquer rapidement ne *figurent pour ainsi dire jamais* dans les neuropathies pseudo-tabétiques, en employant cette expression dans son sens le plus général, de sorte que, lorsqu'ils auront été constatés, la confusion ne sera plus permise.

Il n'en est pas de même pour les signes suivants, car c'est leur présence au cours de ces affections qui a motivé l'emploi des nouvelles dénominations. Ce sont : l'*abolition des réflexes rotuliens*, les *douleurs fulgurantes*, les *altérations de la sensibilité*, l'*incoordination motrice*, les *paralysies*, les *atrophies* et les *troubles trophiques*.

La *perte des réflexes* rotuliens se retrouve, en effet, dans la maladie de Friedreich, dans certaines scléroses combinées, dans plusieurs faits de syringomyélie, dans la plupart des pseudo-tabes, dans le nervo-tabes. Des douleurs à caractère presque fulgurant et des troubles de la sensibilité ont été constatés dans les scléroses combinées, dans la syringomyélie, dans les pseudo-tabes et le nervo-tabes. L'incoordination motrice enfin, ou mieux des désordres de la motilité plus ou moins analogues à l'ataxie, s'observeraient dans toutes les affections que nous avons énumérées.

Pour ce qui est du *signe du tendon*, il ne donne en aucun cas, par lui-même, de certitude diagnostique et, comme il n'est pas susceptible, en raison de son caractère simple et objectif, d'erreur d'interprétation, il ne prête à nulle digression au point de vue que nous considérons.

Les *douleurs fulgurantes*, dans le tabes, ont le plus souvent des caractères nettement tranchés, mais il est juste de reconnaître qu'il existe, chez les différents malades, des variations considérables. C'est ainsi que, chez l'un, ces phénomènes dominent au point qu'il n'accusera aucun autre symptôme, et que, chez l'autre, ils ont assez peu d'intensité pour pouvoir passer inaperçus et demander à être cherchés. Leur siège de prédilection est la moitié inférieure du corps, et, en particulier, les membres : pieds, jambes et cuisses ; elles existent aussi aux membres supérieurs, mais beaucoup plus rarement. Elles procèdent d'habitude par accès, qui coïncident avec des changements de température. Ces accès durent quelques heures ou quelques jours, et se reproduisent soit toutes les semaines, soit tous les mois, soit une ou deux fois par an. Il est relativement rare de voir persister les crises douloureuses, pendant toute la durée de la maladie; très souvent elles s'atténuent lentement et finissent par disparaître. Leur caractère spécifique, celui qui leur a valu le nom expressif de *fulgurantes*, est le plus important, et, en dépit des comparaisons si nombreuses que font les malades, elles restent toutes plus ou moins stigmatisées par leur acuité et leur instantanéité. Il arrive quelquefois que la peau, au niveau du point qui vient d'être le siège d'une de ces douleurs, acquière une hyperesthésie tellement développée que le moindre frôlement, celui des vêtements, par exemple, est péniblement ressenti. Mais la profondeur des tissus, les masses musculaires, en particulier, ne sont pas sensibles à la pression.

Il existe, dans le tabes, d'autres phénomènes douloureux, qui lui sont propres; telle la douleur en ceinture, sensation de constriction persistante siégeant au niveau du rebord des fausses côtes, et persistant parfois avec une ténacité désespérante. Ce sont aussi les fourmillements, les engourdissements qui occupent aux membres supérieurs la zone d'innervation du cubital.

Les troubles objectifs de la sensibilité sont fréquents dans le tabes, mais n'acquièrent que très rarement une grande intensité, si l'on en excepte la perte du sens musculaire. On trouve, il est vrai, des plaques paresthésiées, disséminées irrégulièrement; mais, dans les limites de ces régions, il s'agit le plus ordinairement d'hypoesthésie, plutôt que d'anesthésie véritable. Seul, le retard dans les perceptions est assez commun dans tous les cas.

On sait les caractères de l'ataxie locomotrice elle-même, en tant que désordre du mouvement; ils doivent être considérés dans trois conditions statiques : lors des mouvements volontaires exécutés durant le repos; quand le malade est dans la station debout; enfin pendant la marche. A l'état de repos, tous les mouvements commandés sont possibles, mais manquent plus ou moins de précision. La station debout, les pieds rapprochés, est impossible les yeux fermés (signe de Romberg), pour peu que la maladie soit avancée. Mais, même au début, il existe une certaine incertitude de la station dans ces conditions; celle-ci s'accuse par des oscillations du tronc, et le sujet ne peut y obvier par le déplacement continuel de ses membres inférieurs comme nous verrons que cela s'observe dans certains

pseudo-tabes. Il y a là un caractère différentiel à noter et ce signe (impossibilité de la station debout) devra toujours être commenté dans les observations, puisque, au terme strict, il peut dépendre aussi bien de la paralysie que de l'ataxie. Il importe donc de ne pas se contenter d'énoncer le signe de Romberg, mais d'ajouter les détails qui servent à distinguer ces modalités.

La *marche* de l'ataxique est extrêmement variable chez les divers malades, tout en se conformant à des règles assez uniformes. Dans les cas typiques, l'ataxique lance ses jambes de côté et d'autre, projetant, plus particulièrement, en avant son membre inférieur étendu, en fléchissant à peine le genou; le pied retombe alors, le talon frappant le sol et produisant de cette façon un bruit unique. Il existe dans cette démarche des variations de degré, mais, de plus, on rencontre des cas où elle diffère de ce type. Certains marchent à petits pas comme en titubant; d'autres produisent des sortes de mouvements de circumduction, quelques-uns, enfin, fléchissent à chaque pas sur leurs jambes.

Bien que, en règle générale, la puissance musculaire contraste avec l'incoordination des mouvements, du moins au début, il n'en existe pas moins, dans le tabes, certains phénomènes paralytiques importants à connaître, et entre autres l'effondrement des jambes, « giving way of the legs » des auteurs anglais. Ce signe est caractérisé par un fléchissement brusque des jambes au niveau des jarrets, qui survient sans douleurs à intervalles plus ou moins rapprochés, menaçant le malade d'une chute, et allant même parfois jusqu'à provoquer une démarche spéciale. Cette sorte de dérobement des jambes est assez particulière, car elle ne se retrouverait guère que dans quelques cas de maladie de Basedow (Charcot).

On observe aussi de véritables paraplégies ; je ne fais pas allusion ici à ces paralysies tardives, terminales, communes, et qui ne peuvent donner lieu à une erreur de diagnostic, car elles ont été précédées de la longue période des troubles pré-ataxiques et ataxiques. Mais il existe des paraplégies de début, survenant après une période de plusieurs mois de douleurs fulgurantes, et dont la différenciation est des plus difficiles.

On a constaté, enfin, des paraplégies plus ou moins transitoires, survenant au cours du tabes et ne durant que quelques mois. Ces cas demandent à être connus, parce qu'alors la perte de la puissance musculaire ne suffit pas à contredire le diagnostic.

Les troubles trophiques, et, en particulier, les atrophies musculaires ne surviennent guère dans l'ataxie locomotrice que vers la fin de la maladie. Aussi ce signe présente-t-il une certaine valeur quant à la distinction de plusieurs pseudo-tabes, où il apparaît, au contraire, dès le début. Il en est de même en ce qui concerne les perversions des réactions électriques des muscles, qu'on n'a guère occasion de noter dans le tabes qu'aux dernières périodes de l'évolution morbide.

Les fractures spontanées et les arthropathies sont, au contraire, au point de vue que nous considérons, presque propres à l'ataxie de Duchenne, et l'on sait qu'il n'est pas rare qu'elles apparaissent alors que la maladie n'est pas encore très avancée. Ce n'est guère que dans la syringomyélie qu'on pourra rencontrer des troubles articulaires analogues, et, à cette occasion, nous ferons ressortir les signes qui permettent d'éviter la confusion.

III

Tabes héréditaire ou maladie de Friedreich. — Cette affection a dû au nom (*tabes héréditaire*) que Friedreich lui a tout d'abord improprement appliqué, d'être longtemps assez mal connue, ce que nous justifierons en affirmant : 1° qu'elle n'a rien à faire avec la maladie de Duchenne ; 2° que, très souvent, elle ne procède pas par hérédité similaire. La maladie de Friedreich n'est donc pas une ataxie héréditaire, mais constitue, à proprement parler, une espèce nosologique tout à fait distincte, non seulement au point de vue anatomique, mais encore au point de vue clinique, le seul que nous ayons à considérer.

Débutant ordinairement dans l'enfance, entre sept et quatorze ans, par des troubles de la motilité, elle poursuit, ensuite, lentement son cours et est alors caractérisée par les signes suivants, dont la valeur diagnostique permettra rarement de la confondre avec des états analogues.

L'un de ses signes capitaux est une incoordination motrice particulière que nous envisagerons, comme précédemment, sous ces trois aspects : au repos; lors des mouvements commandés ; pendant la démarche. Au repos, on constate déjà quelques désordres, ce qui n'existe dans aucune autre des affections du groupe que nous étudions.

La tête oscille, comme celle d'une personne assise en train de s'endormir, les membres font parfois quelques mouvements, qui ne sont pas sans analogie avec ceux de la chorée, c'est ce qu'on a appelé *ataxie statique*.

Les mouvements commandés sont incoordonnés, et la force dynamométrique des muscles est conservée ; c'est là, du reste, presque le seul signe que la maladie de Friedreich ait de commun avec la maladie de Duchenne.

Mais, la démarche, ici, est tout à fait différente. M. Charcot l'a nommée, avec raison, *tabéto-cérébelleuse*. Elle résulte, en effet, d'une sorte de combinaison d'ataxie et de titubation (analogue au vertige cérébelleux). Non seulement le malade jette ses jambes de côté et d'autre, mais, de plus, il titube comme un homme ivre. Si l'on ajoute que l'on observe en même temps les mouvements ataxiques de la tête, on voit que ce genre de démarche est tout à fait caractéristique ; de fait, elle permet, presque à elle seule, de porter le diagnostic. Les réflexes rotuliens sont abolis.

La sensibilité subjective et objective est constamment respectée ; c'est là un signe négatif de la plus haute importance, en la circonstance. Il n'y a non plus aucun trouble viscéral ni sphinctérien.

Il existe enfin des signes positifs qui complètent le tableau bien spécial de cette maladie. Les yeux sont affectés de nystagmus bilatéral, alors que la vision reste intacte. On constate aussi de l'embarras de la parole, qui consiste en une scansion tout à fait analogue à celle de la sclérose en plaques. En dernier lieu, on trouve presque toujours des déformations persistantes ; la colonne vertébrale, d'une part, est atteinte de scoliose, et les membres inférieurs, d'autre part, se terminent par des pieds-bots équins. Ces déviations, qui apparaissent d'assez bonne heure, peuvent servir à confirmer le diagnostic.

IV

Tabes combinés. — Westphal a décrit, sous ce nom, une maladie caractérisée *anatomiquement* par une sclérose des cordons postérieurs, associée à celle des cordons latéraux,

et, *cliniquement*, par des symptômes de tabes accompagnés de paraplégie. Depuis, des formes variées de la même affection ont été étudiées, notamment par MM. Déjerine, Babinski, Grasset et Ballet. Les malades, qui en sont atteints, présentent d'ordinaire, au début, le tableau classique de l'ataxie de Duchenne : douleurs fulgurantes, troubles oculo-pupillaires, crises viscérales, signe de Romberg, incoordination motrice ; puis, des modifications de la contractilité musculaire surviennent. Celles-ci, en se surajoutant au tableau clinique, le changent plus ou moins, selon qu'elles dominent, ou non, l'incoordination des mouvements.

La paraplégie, qui se développe dans ces circonstances, est, en effet, molle ou spasmodique, avec abolition ou, au contraire, exagération des réflexes tendineux ; de sorte que la démarche revêt des caractères extrêmement variables. La paralysie, dans certains cas, s'étend aux membres supérieurs. En réalité, la combinaison constante de phénomènes parétiques, avec des troubles tabétiques, est le signe capital de cette affection. C'est la marche lente, chronique, parallèle de la paraplégie qui la différencierait surtout du tabes vrai, ou mieux des accidents paralytiques du tabes, dont nous avons parlé. La maladie de Friedreich s'en sépare nettement par les mêmes caractères qui la distinguent du tabes. Nous verrons ultérieurement que la présence de troubles oculaires, l'absence de troubles électriques, l'évolution longue permettent de ne pas confondre le tabes combiné avec le pseudo-tabes alcoolique.

V

Phénomènes tabétiques dans la syringomyélie. — Il n'est pas très rare que le gliome de la moelle retentisse sur les cordons postérieurs, et se traduise cliniquement par des signes d'ataxie locomotrice. On peut observer alors des douleurs fulgurantes, de la perte des réflexes, de l'incoordination motrice, et même des troubles oculo-pupillaires. De plus, certains troubles de la sensibilité, et quelques altérations trophiques (arthropathies) se voient dans l'une et l'autre maladie. Il importe d'être prévenu de cette forme tabétique de la gliomatose médullaire.

On reconnaîtra qu'il s'agit de syringomyélie, si l'on peut constater les symptômes propres à cette maladie, et, en particulier, la dissociation si caractéristique de la sensibilité (conservation de la sensibilité au tact, et abolition de la sensibilité à la douleur et à la température). De plus, les troubles trophiques les plus communs, dans la gliose, sont l'atrophie musculaire progressive, empruntant l'aspect du type Aran-Duchenne, et les lésions de la peau et de ses annexes. La confusion n'est guère possible, avec aucune des autres neuropathies qu'il nous reste à considérer.

VI

2° Pseudo-tabes. — De celles-ci, les plus importantes rentrent dans ce groupe mal nommé et mal défini des pseudo-tabes, dont M. Déjerine a voulu distraire un certain nombre sous la dénomination plus précise de nervo-tabes.

Depuis quelques années, on avait remarqué qu'il pouvait se développer, chez certains sujets, un ensemble symptomatique plus ou moins analogue au tableau clinique du tabes. Les états pathologiques en résultant, décrits par divers auteurs sous plusieurs noms, furent groupés sous cette étiquette unique de pseudo-tabes, dans un premier travail d'ensemble, par notre collègue M. Leval-Picquechef, qui y étudia successivement les pseudo-tabes des intoxications, des maladies infectieuses, du diabète, de la neurasthénie. Il semblait, à cette époque, qu'on eût réellement affaire, dans les cas de cet ordre, — dont le pseudo-tabes alcoolique constituait le prototype, — à des complexus cliniques ne différant guère de la maladie de Duchenne que par leur étiologie spéciale et par leur évolution plus rapide.

Ultérieurement, M. Charcot ayant eu l'occasion de soumettre à une investigation clinique approfondie plusieurs sujets atteints du prétendu pseudo-tabes alcoolique, reconnut qu'il s'agissait, en réalité, là, d'une fausse apparence d'incoordination motrice. Ce qu'il constatait, en effet, dans ces cas, ce n'était pas de l'*ataxie*, mais de la *paralysie*. La localisation spéciale de l'impuissance motrice sur certains groupes musculaires — les extenseurs des membres inférieurs — se traduisait par un vice de station et de démarche particulier, capable d'en imposer à un examen superficiel. Ce désordre pouvait, il est vrai, d'autant mieux prêter à l'erreur, qu'il s'accompagnait d'autres signes analogues, eux aussi, à ceux de l'ataxie. Mais, dès que les éléments du diagnostic furent établis sur des bases non équivoques, on n'observa plus, à la Salpêtrière du moins, aucun cas de pseudo-tabes alcoolique, mais uniquement les paraplégies en question. M. Brissaud note ce stade d'évolution nosographique, dans l'excellent chapitre de sa remarquable thèse d'agrégation, consacré au pseudo-tabes alcoolique.

Plus tard, enfin, l'étude de nouveaux sujets frappés d'intoxications différentes (plomb, arsenic), d'infection (beriberi) et même de diabète, et atteints dans la motilité de leurs membres inférieurs, fit retrouver le même trouble paralytique, simulant grossièrement l'ataxie. Aussi, à la suite de cette série d'observations de résultats constants, M. Charcot ne fut-il pas éloigné d'admettre que la plupart, sinon tous les états de la catégorie dite autrefois pseudo-tabétique, se rapportent à ces paraplégies spéciales, dont les caractères cliniques et anatomiques lui parurent assez semblables pour justifier la création d'un groupe nosographique homogène, celui des paraplégies toxiques.

La revision de la plupart des observations relatées sous le titre de pseudo-tabes, avant la vulgarisation de ces travaux de M. Charcot, auxquels nous faisons allusion, n'infirme pas cette opinion ; car, chaque fois que la force dynamométrique des muscles des membres inférieurs de ces pseudotabétiques y est signalée, elle est trouvée diminuée dans les extenseurs. Il est juste d'ajouter que nombre d'auteurs se contentent de mentionner, dans leurs observations, les anomalies de la marche, sans les décrire, ou bien n'insistent pas suffisamment sur l'état des muscles.

Toutefois, bien que reconnaissant la haute portée de ces données nouvelles, M. Déjerine, qui avait créé, il y a six ans, le nervo-tabes périphérique, persiste, dans une publication récente, à maintenir l'ataxie périphérique. Et, nous devons dire que si les premières observations — ayant trait à des alcooliques — de cet auteur, de même que les travaux de cet ordre, parus à la suite sous un titre semblable et dus à d'autres distingués observateurs, sont passibles de certains reproches, et ne donnent pas au diagnostic une sécurité absolue, la relation de 1889 se sépare, elle, par des caractères tranchés des paraplégies toxiques.

Aussi, en tenant compte de ces considérations, y a-t-il lieu d'abandonner complètement l'ancien groupe des pseudo-

tabes, et de répartir les cas qu'il renfermait dans deux classes : l'une, qui les comprend presque tous, celle des *paraplégies toxiques à type de flexion* de M. Charcot ; l'autre, groupe d'attente, qui reconnaîtrait comme type l'*ataxie périphérique* de M. Déjerine (celle-ci ne comptant guère, en effet, actuellement, que l'observation de MM. Déjerine et Sollier, celles de Strümpell et quelques autres).

Tel est, à notre avis, l'état actuel de la question si controversée des pseudo-tabes. C'est, du moins, à ce point de vue que nous allons maintenant nous placer pour esquisser leur diagnostic différentiel avec les états analogues, et, en particulier, avec le tabes vrai. Nous décrirons donc deux types seulement, auxquels peuvent se rattacher tous les autres.

VII

Paraplégies toxiques a type de flexion (Charcot). — Nous proposons de ranger sous cette nouvelle dénomination : les *pseudo-tabes alcoolique, saturnin, arsenical,* du *béri-béri* et du *diabète*. Le type le plus fréquemment observé et le mieux étudié reste la paralysie alcoolique que nous prendrons comme exemple, nous bornant à faire observer que les autres intoxications précitées réalisent des tableaux cliniques tout à fait analogues.

Dans la paraplégie alcoolique, on observe fréquemment des douleurs à caractère brusque, véritablement fulgurantes, siégeant dans les membres inférieurs ; il existe, en outre, des fourmillements et des douleurs spontanées dans la continuité des membres, revenant surtout la nuit. Ces douleurs diffèrent toutefois de celles de l'ataxie, en ce que, alors que ces dernières s'accompagnent le plus souvent d'une hyperesthésie exquise de la peau à leur niveau, dans l'alcoolisme ce n'est pas toujours la peau, mais la masse des muscles, indemne dans le tabes, qui devient et reste extrêmement douloureuse à la pression.

L'examen objectif de la sensibilité révèle ordinairement, dans la paralysie alcoolique, des désordres notables : anesthésie à la piqûre, anesthésie au froid, retard de la sensibilité y sont particulièrement localisés du côté des pieds, et non réparties par plaques comme dans le tabes. Dans l'un et l'autre cas les réflexes patellaires sont abolis.

C'est du côté de la motilité qu'existent les caractères différentiels les mieux tranchés.

Dans l'attitude assise, on constate déjà que le pied de l'alcoolique est tombant, ne peut se relever. C'est un pied-bot flasque, paralytique, et non dû à une contracture (*foot drop* des auteurs anglais), qu'on ne connaît pas en général dans le tabes vrai.

Dans la station debout, il existe une instabilité particulière ; les malades ne peuvent garder la position debout, les pieds rapprochés. Ils déplacent alors continuellement les membres, en raison de la fatigue qui frappe très rapidement leurs extenseurs paralysés. L'ataxique, lui, dans la même instabilité (signe de Romberg), n'évite pas la chute dont il est menacé en déplaçant ses pieds, qui ne quittent pas le sol.

La démarche, enfin, de l'alcoolique offre un type *caractéristique* comparable à l'allure du cheval de race qui steppe (type du *steppeur* de M. Charcot).

M. Charcot ne nie pas, cependant, que la démarche tabétique ne puisse se rencontrer dans de certains cas de paralysies alcooliques, comme le prétendent quelques auteurs. Il affirme seulement que, dans tous les cas qui ont été observés à la Salpêtrière, depuis cinq ou six ans, c'est toujours invariablement la démarche de *stepper* qui a été observée. Il est porté naturellement à penser, d'après cela, que la démarche tabétique dans la paralysie alcoolique, si elle y existe, doit être rare et relative à des cas spéciaux. C'est ce que démontreront, sans doute, des études ultérieures, conduites dans le but d'élucider la question.

Nous insisterons donc particulièrement sur les caractères différentiels de la démarche dans l'un et l'autre cas. Chez l'alcoolique, le tronc est porté en arrière, les cuisses sont fléchies sur l'abdomen, plus brusquement et plus haut que dans la marche normale, les jambes sont, de cette façon, soulevées à une grande hauteur au-dessus du sol, les pointes des pieds restant tombantes ; le pied est de la sorte projeté en avant, et, comme il est ballant, il retombe à terre par la pointe. On entend alors très distinctement le bruit de deux chocs successifs résultant de ce que la pointe du pied d'abord, et le talon ensuite, frappent le sol. Cette démarche diffère essentiellement de celle du tabétique ; celui-ci projette les jambes en avant et plus ou moins en dehors d'un seul coup, la pointe reste dirigée en l'air, et celui-ci, en retombant, frappe le sol avec le talon d'un choc unique. « Dans cette succession de mouvements incoordonnés, la volonté du malade ne commande que la direction générale de la marche. Au contraire, chez l'alcoolique qui a un pseudo-tabes d'origine motrice, la progression, toute pervertie qu'elle soit, est un acte voulu, combiné dans ses moindres détails, médité à chaque pas, et dont le désordre apparent n'est, en somme, qu'une façon de remédier à l'état paralytique » (Brissaud).

C'est, en effet, dans l'examen de la force musculaire des membres inférieurs, que nous découvrons l'explication de ces particularités de la progression. On y constate une paralysie localisée ou prédominant sur les muscles qui servent à l'extension. Le pied ne peut être volontairement étendu sur la jambe, ni la jambe sur la cuisse. La résistance qu'on commande au malade d'essayer contre les mouvements passifs qu'on imprime aux segments du membre, normale, ou peu s'en faut, quant à la flexion, est diminuée ou abolie quant à l'extension. Les altérations contrastent indiscutablement avec l'intégrité de la puissance dynamométrique qui est le propre de l'ataxie.

Ajoutons aussi que la paralysie alcoolique présente, dès l'abord, tout un ensemble de troubles trophiques et vaso-moteurs inconnus, du moins au début, dans le tabes. Il existe de l'atrophie des muscles paralysés, avec réaction de dégénérescence ; quelquefois les pieds sont rouge violacé et d'une température abaissée, enfin l'œdème malléolaire n'y est pas rare, de même que les rétractions fibro-tendineuses.

Comme signes négatifs, importants pour le diagnostic, nous indiquerons : l'absence de douleurs en ceinture, de troubles oculaires et de désordres vésicaux.

Terminons en remarquant que ces paralysies diffèrent essentiellement de l'ataxie, par leur marche et leur pronostic. Elles évoluent avec rapidité, débutent assez brusquement, atteignent vite leur maximum d'intensité et, par un traitement approprié, guérissent complètement le plus souvent.

Ainsi que nous l'avons dit, les mêmes signes différentiels s'appliquent aux autres pseudo-tabes : paralysies arsenicales (Brouardel, Marie), du béri-béri (Charcot et Marie) et du diabète (Charcot).

VIII

Ataxie périphérique (Déjerine). — Le seul type *indiscutable* de cette catégorie est représenté actuellement par l'observation de MM. Déjerine et Sollier (1). On peut aussi en rapprocher les cas de Dreschfeld, de Leyden et de Strümpell. Dans le cas de MM. Déjerine et Sollier, l'affection était caractérisée par des signes et une évolution tellement analogues à ceux du tabes vrai, que ce diagnostic fut, en réalité, porté pendant la vie. Mais nous ne pensons pas, ainsi que semble le vouloir M. Déjerine, qu'on puisse rapprocher ce cas — dans lequel il n'y eut pas de paralysie, et qui évolua en quinze ans — des observations qu'il a publiées autrefois sous le titre de nervo-tabes. Dans celles-ci, en effet, l'alcoolisme est en jeu, et la marche rapide; de plus, nous y lisons : Observation I : « Force *à peu près* intacte, jambes enflées »; Obs. II : « *Parésie* et atrophie des masses musculaires »; Obs. III : « *Diminution de la force musculaire*, œdème, atrophie. »

Dans l'observation actuelle, au contraire, il n'y a rien de semblable : hérédité nerveuse, douleurs fulgurantes, incoordination motrice *sans paralysie*, évolution lente. Deux caractères seuls pourraient être invoqués à l'appui d'un diagnostic : la conservation des réflexes patellaires, et surtout une tendance à l'amélioration des divers accidents en général.

Toutefois, ni l'un ni l'autre de ces signes ne sont suffisants, et il nous paraît actuellement impossible d'établir sur ces seules données le diagnostic clinique de l'ataxie périphérique de M. Déjerine.

Pour plusieurs raisons, nous rapprocherions volontiers de ces cas l'observation si intéressante de M. Pitres. Nous rappellerons que cet auteur, dont on connaît la haute compétence en neuropathologie, a publié l'histoire d'un malade qui présenta pendant sa vie le tableau classique complet du tabes, et à l'autopsie duquel on ne découvrit aucune lésion des centres nerveux, ni des nerfs périphériques. Ce fait est singulièrement instructif en la circonstance, car on est autorisé à se demander si, dans les cas si *rares* que nous venons d'exposer, il est légitime d'attribuer aux lésions des nerfs périphériques, la pathogénie des symptômes observés, puisque ces signes peuvent exister alors que ces nerfs sont indemnes, dans des cas également exceptionnels. Cette considération diminue, certes, la valeur nosographique du groupe. Aussi pensons-nous qu'il ne représente guère qu'un groupe d'attente, encore indéterminé.

IX

3° Pseudo-tabes neurasthénique. — L'état morbide, connu sous le nom de neurasthénie, englobe, comme on sait, un nombre indéfini de troubles fonctionnels du système nerveux. Il peut arriver que leur association simule grossièrement l'apparence du tabes : cette éventualité a reçu le nom de pseudo-tabes neurasthénique et de « tabes dorsualis illusoria ». Il s'agit le plus souvent de névropathes qui ont assisté, chez un de leurs parents, à l'évolution de l'ataxie locomotrice.

Les malades réalisent alors, par une sorte d'auto-suggestion, à laquelle les prédispose un surmenage intellectuel ou un désordre de la nutrition, les phénomènes objectifs de cette maladie, au point de rendre quelquefois le diagnostic difficile.

On observe, dans ces cas, des douleurs simulant plus ou moins les douleurs fulgurantes, quelquefois des crises viscérales et une démarche plutôt vertigineuse que franchement ataxique.

En la plupart de ces observations, l'examen objectif n'a pas tardé à lever tous les doutes. Il n'y avait pas de troubles pupillaires, les réflexes rotuliens étaient conservés, la sensibilité des membres et le sens musculaire étaient indemnes, enfin il n'existait pas d'incoordination motrice à proprement parler. On pourrait rechercher aussi, dans des cas semblables, les signes qui appartiennent en propre à la neurasthénie (céphalée, désordres gastriques, etc.), et on tiendrait compte de l'irrégularité de la marche si commune dans cette névropathie.

X

Ataxie hystérique. — Lasègue a décrit sous ce nom le trouble de la coordination motrice qui se manifeste chez les hystériques anesthésiques, lorsqu'elles sont privées du secours de la vision.

Ainsi compris, ce désordre peut bien rarement prêter à une erreur de diagnostic, à moins qu'on n'ait affaire à une hystérique complètement amaurotique et anesthésique. Mais en supposant que ce cas soit offert à l'examen, la coïncidence et la nature même de ces troubles intenses de la sensibilité ne permettraient pas une bien longue hésitation.

Il peut arriver également que l'hystérie réalise l'association symptomatique suivante : parésie peu intense et anesthésie des membres inférieurs, avec amaurose, peut-être plus capable d'entraîner l'erreur. On l'évitera cependant aisément, même dans ce cas, en étudiant la distribution de l'anesthésie, sa répartition uniforme, son intensité, en pratiquant l'examen ophthalmoscopique, en tenant compte enfin du début et de la marche des accidents.

En somme, l'ataxie hystérique, très intéressante au point de vue physiologique, l'est relativement moins quant à son diagnostic. Elle ne constitue pas, du reste, une maladie mais un simple épisode, et à cet égard ne doit pas nous arrêter plus longtemps.

XI

B. — Abasie. — Dans le syndrome qu'a signalé, tout d'abord, M. Charcot, et que j'ai moi-même décrit sous le nom d'abasie, il s'agit d'un état morbide dans lequel l'impossibilité de la station verticale et de la marche normale contraste avec l'intégrité de la sensibilité, de la force musculaire et de la coordination des mouvements des membres inférieurs. Cet état morbide se rencontre fréquemment chez des malades hystériques, associé, alors, à d'autres manifestations de la névrose, mais il peut se présenter à l'état isolé et chez des individus indemnes de tout stigmate hystérique.

Aussi bien dans ces derniers cas, surtout s'il s'agit d'individus âgés (les dernières observations publiées par M. Charcot ont trait précisément à des sujets de cette catégorie), le diagnostic peut-il présenter certaines difficultés.

Il importe de savoir que le trouble de la marche ne consiste pas seulement dans une impossibilité absolue de la

(1) Déjerine et Sollier. *Archives de médecine expérimentale*, 1er mars 1889, p. 251.

progression, mais qu'il est marqué d'autres fois par des désordres importants à connaître, et que M. Charcot a très clairement résumés dans la division suivante :

Abasie { paralytique.
ataxique { choréiforme ;
trépidante.

Dans l'abasie *paralytique*, le malade ne peut pas marcher normalement, alors que souvent des modes de progression autres que la marche normale persistent (marche théâtrale, marche à quatre pattes).

Dans l'abasie *ataxique choréiforme*, on observe des contorsions irrégulières. Dès que le malade se met en train, il se produit des mouvements de brusque flexion suivis d'une extension très rapide : la cuisse se fléchit sur la jambe, le tronc est projeté en avant, et souvent ces mouvements sont tellement brusques qu'ils entraînent presque le saut.

Dans l'abasie *trépidante*, le corps est incliné en avant, les membres inférieurs sont raides dans l'extension, et la progression se fait par une sorte de trépidation rapide, rappelant ce que l'on voit dans certains cas de paraplégie spasmodique, lorsque le phénomène de l'épilepsie spinale y est très prononcé (Charcot).

Deux caractères capitaux et communs à tous ces états sont que : 1° dans la station assise, il n'existe aucun trouble ni de la sensibilité, ni de la motilité, ni de la coordination des membres inférieurs ; 2° les modes de progression autres que la marche normale persistent.

En raison de la particularité presque spécifique de ces derniers signes, on ne s'exposera pas à confondre l'abasie avec l'ataxie locomotrice, dont l'incoordination porte sur tous les mouvements spécialisés ou non pour la marche. Dans la maladie de Friedreich, l'incoordination motrice se manifeste aussi pour tous les mouvements. Nous avons dit que l'ataxie hystérique ne se produisait que lors d'occlusion des yeux. On confirmera le diagnostic par la recherche des stigmates de l'hystérie.

XII

Paramyoclonus multiplex. — Cette affection a été introduite dans la nosographie par Friedreich, en 1882, et décrite en France, pour la première fois, par M. Marie (1886). Elle consiste en des secousses musculaires qui occupent symétriquement un certain nombre de groupes musculaires des membres supérieurs et inférieurs. Le triceps brachial, le triceps sural, sont le plus souvent pris : les muscles de la face sont habituellement respectés. Le nombre des convulsions varie suivant les muscles et suivant les heures. Leur intensité est également très variable, susceptible dans un cas de déterminer un changement de position du membre, ne produisant dans un autre qu'un léger mouvement. Les secousses disparaissent pendant le sommeil. Elles n'ont pas lieu pendant la durée de l'exécution des mouvements volontaires, qui même ont la propriété de les faire disparaître. Enfin, et c'est là un caractère très important, il est possible de les provoquer artificiellement. Les excitations cutanées (chatouillement, piqûre, impression du froid), la percussion des tendons leur donnent naissance. Certaines positions des membres, la pression des muscles les déterminent également. Ajoutons qu'on ne peut constater aucun autre trouble de la motilité, des réactions électriques ni de la sensibilité.

Cette affection survient d'ordinaire chez des sujets d'un âge moyen, souvent entachés d'une tare nerveuse, à la suite d'une frayeur ou d'un traumatisme.

Ses caractères sont assez significatifs par eux-mêmes, et si l'affection peut être confondue avec la maladie des tics (Gilles de la Tourette), ou avec certaines chorées, il est presque impossible de ne pas la distinguer des états morbides qui nous occupent.

XIII

Maladie de Thomsen. — Décrite pour la première fois par Thomsen, en Allemagne, par MM. Ballet et Marie (1883), en France, et bien étudiée par Erb, cette affection a reçu également le nom de myotonie congénitale. M. Charcot lui a consacré une de ses leçons cliniques de l'an dernier. Elle est caractérisée par deux ordres de phénomènes : 1° une contraction tonique des muscles, au début des mouvements volontaires ; 2° des troubles spéciaux des réactions électriques (réaction myotonique électrique My. R.). Le premier de ces caractères consiste en ceci : lorsque le sujet contracte les muscles de sa main dans l'action de prendre un objet, par exemple, ceux-ci ne se décontractent pas immédiatement, et restent un certain temps comme tétanifiés. Le malade tourne-t-il la tête d'un côté, reste immobilisé un instant dans cette direction. Cette disposition morbide est répartie dans tous les muscles de la vie de relation (yeux et larynx compris), mais ne s'étend pas à ceux de la respiration, de la miction, etc. De plus, elle n'existe qu'au commencement des mouvements, et ne tarde pas à s'épuiser. Ainsi, le même malade dont, à la première expérience, la main fermée n'a pu s'ouvrir qu'après quelques secondes, verra cette anomalie disparaître lorsqu'il aura exécuté plusieurs fois la même manœuvre.

Les réactions électriques spéciales, qui constituent le second des grands caractères de l'affection, ont été formulées très précisément par M. Charcot qui a confirmé, à ce point de vue, les recherches de Erb, dans la leçon à laquelle j'ai fait allusion (1).

La maladie de Thomsen est une maladie de famille, dont on possède actuellement quinze ou vingt exemples. Il est à remarquer qu'elle peut coexister chez le même sujet avec la paralysie pseudo-hypertrophique, et avec l'ataxie locomotrice. Dans ce seul dernier cas, elle risquerait d'échapper à l'examen, mais elle ne sera jamais confondue, si l'on se rappelle le caractère spécial du trouble musculaire, et surtout si l'on recherche la réaction myotonique.

XIV

Ataxie cérébelleuse. — Le syndrome, désigné sous ce nom, se présente dans des cas assez différents : néoplasies encéphaliques, vertige de Ménière, sclérose en plaques. détermine des troubles de la station et de la marche, qui risquent d'en imposer pour l'une ou l'autre des incoordinations motrices que nous avons examinées, et, en particulier, pour l'ataxie, la maladie de Friedreich et l'abasie.

La sensation vertigineuse peut, dans quelques cas, être assez intense pour, à elle seule, rendre la marche tout à fait impossible, et, comme alors on constatera l'intégrité de la force musculaire, et la coordination des mouvements au

(1) Charcot. *Leçons du mardi*, 1888, p. 525.

repos, on serait tenté de la confondre avec l'abasie. D'autres fois, le trouble de la démarche, les signes du vertige de Ménière — qui figure parmi ceux de la période pré-ataxique — feront songer à l'ataxie. Enfin, la même démarche, coexistant avec du nystagmus et de l'embarras de la parole, formera un ensemble propre à donner l'idée de la maladie de Friedreich.

La démarche cérébelleuse est vacillante, en zigzag, et ressemble d'une manière frappante à celle de l'ivresse.

Les mouvements incoordonnés ne sont pas limités aux muscles des membres inférieurs seulement, mais ils s'étendent à tous ceux dont la contraction synergique concorde pour la station. Les malades accusent, en même temps, des sensations subjectives de mouvement, qui peuvent jusqu'à un certain point rendre compte des désordres de leur allure. Il leur semble qu'ils marchent sur le pont d'un navire, que le sol se déplace, que les objets environnants subissent des mouvements de translation, etc. Tous ces phénomènes sont communs aux divers vertiges cérébelleux, mais on les différenciera entre eux, par les signes propres à chacun des états morbides qui les provoquent.

Après ce que nous en avons dit, il sera relativement aisé de distinguer les ataxies cérébelleuses des autres incoordinations motrices. Toutefois, on se rappellera que l'ataxie, dans la maladie de Friedreich, consiste en une combinaison d'incoordination et de titubation; on ne s'exposera pas, cependant, à confondre cette dernière avec la titubation de la sclérose en plaques, car elle s'en sépare par sa lente et progressive évolution, ses déformations particulières, l'absence de tremblement et la perte des réflexes rotuliens.

XV

En résumé, le *tabes*, déjà si spécialisé au point de vue anatomique, conserve aussi son individualité propre au point de vue clinique, et aucune autre affection, parmi celles qu'on a voulu en rapprocher, ne s'identifie suffisamment à lui pour mériter même le nom de *pseudo-tabes* qui devrait être abandonné.

Les cas qui, jusqu'à présent du moins, ont paru le simuler presque parfaitement, constituent des exceptions rares, *quantité négligeable* dans la clinique, pourrait-on dire. De plus, si l'on considère qu'un de ces cas a été reconnu indépendant de toute altération des nerfs périphériques (Pitres), on admettra qu'il n'est pas plus juste d'accepter la dénomination de *nervo-tabes*, que celle de *pseudo-tabes*, dont nous avons dit l'inanité, et qu'il est peut-être préférable de ranger ces quelques observations dans un cadre d'attente, jusqu'à ce que de nouvelles recherches nous aient éclairés à leur sujet (1).

(1) Dans l'impossibilité où nous nous trouvions d'indiquer une bibliographie complète, qui eût été beaucoup trop étendue, nous nous sommes borné aux quelques notions de ce genre *strictement* nécessaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mars 1890. — Présidence de M. TERRIER.

COMMUNICATIONS

Traitement opératoire du cancer rénal. — M. QUÉNU. Il faut envisager le cancer du rein chez l'enfant et chez l'adulte.

Le cancer du rein évolue rapidement chez les jeunes sujets. La tumeur atteint rapidement un gros volume. L'opération, même rapidement exécutée, se termine par la mort, dans un grand nombre de cas. Quand l'enfant résiste, la récidive ne tarde pas à apparaître.

M. Quénu a enlevé, il n'y a pas longtemps, une tumeur cancéreuse du rein. L'enfant succomba, quoiqu'il n'y eût pas d'hémorrhagie. L'opération avait duré trente-cinq minutes seulement.

L'extirpation du rein, en cas de cancer rénal, est excessivement grave chez les très jeunes sujets.

Le traitement opératoire se présente dans d'autres conditions quand le néoplasme siège sur le rein d'un adulte.

On a dit que l'expectation et des traitements palliatifs permettaient aux malades d'avoir une survie plus longue que si l'extirpation rénale avait été faite. Mais l'ablation d'une tumeur maligne est d'autant plus indiquée que la marche du néoplasme est plus lente. Cela est particulièrement vrai quand il s'agit d'un cancer du rein. La question du traitement radical est subordonnée à la possibilité de faire un diagnostic précoce. Le cancer du rein se manifeste par des hématuries ayant des caractères spéciaux, et par la constatation d'une tumeur rénale. Or, les hématuries ne sont pas constantes, et la tumeur du rein n'est souvent reconnue qu'à une époque déjà tardive.

La néphrectomie doit être pratiquée chez l'adulte qui a un cancer du rein.

On a dit que la méthode extra-péritonéale était la méthode de choix. Tel n'est pas l'avis de M. Quénu, qui préfère la néphrectomie transpéritonéale. L'incision latérale n'a aucun avantage sur l'incision médiane.

On répète que l'état cachectique, la marche rapide de la tumeur, les adhérences, etc., sont des contre-indications à l'extirpation du rein. M. Quénu pense que, même dans ces conditions défavorables, l'ablation de la tumeur peut amener le soulagement du malade. C'est ce que M. Quénu a pu constater dans un cas. Le malade présentait tous les signes d'un kyste ovarique enflammé. Il n'y avait jamais eu d'hématurie. L'opération fit reconnaître l'existence d'un cancer du rein contenant une poche hématique. La tumeur pesait 5 kilogrammes. La guérison fut rapidement obtenue.

M. LE DENTU. Le cancer hématique à grandes cavités peut être soupçonné. M. Le Dentu a eu l'occasion d'observer un cas de ce genre avec M. Maurice Raynaud. La tumeur pointait du côté de la paroi abdominale. Des hématuries avaient été constatées. Une ponction aspiratrice fut pratiquée et donna issue à une certaine quantité de sang. La mort survint.

Dans un cas plus récent, M. Le Dentu croit avoir été en présence d'un cancer hématique, quoique le diagnostic fût moins certain. Le malade n'avait jamais uriné du sang. Une ponction fut suivie d'une évacuation d'une quantité assez abondante d'un sang d'abord noir, puis rouge. La ponction a permis d'établir la non-*opérabilité* de ces tumeurs. La ponction exploratrice a donc l'avantage de fixer le chirurgien sur l'opportunité de la néphrectomie.

M. MONOD a enlevé un rein polykystique, au mois de juillet 1889. Il a revu la malade tout dernièrement. Elle se porte bien. Cette survie est remarquable.

M. TERRIER. Les grands kystes, ou kystes séreux, peuvent être le siège d'hémorrhagies. On ne doit pas confondre ces kystes séreux hématiques avec les gros épanchements sanguins qui se produisent dans les tumeurs malignes.

M. LE DENTU est disposé à rapporter au cancer tous les cas de kyste hématique.

Extirpation du larynx sans trachéotomie préalable. — M. PÉRIER. Un homme de soixante-six ans présentait des troubles laryngés, dès le mois de septembre 1888. M. Gouguenheim constate, sur la corde vocale gauche, une tumeur dont il enlève quelques fragments. L'examen microscopique permet de porter le diagnostic d'épithélioma. Il y avait impossibilité de pratiquer l'ablation du néoplasme par la voie intra-laryngienne. L'état

général était bon. L'opération fut décidée, après consentement du malade. M. Périer se décida à pratiquer l'extirpation du larynx, sans avoir fait, au préalable, la trachéotomie.

Voici les différents temps de cette opération :

Incision transversale à un travers de doigt au-dessus du cartilage cricoïde et s'étendant d'un sterno-mastoïdien à l'autre. L'incision comprend tous les tissus jusqu'à l'aponévrose. Entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, deuxième incision allant jusqu'à la membrane thyro-hyoïdienne. Incision médiane s'étendant en profondeur jusqu'aux cartilages du larynx. On rabat toutes les parties molles, en rasant la surface externe du larynx. On récline les muscles et, en particulier, le constricteur inférieur du pharynx.

Le larynx, ainsi libéré, ne tient plus, pour ainsi dire, qu'à la muqueuse pharyngienne. On passe, à travers la partie supérieure de la trachée, un fil qui servira à maintenir le conduit trachéal. Une tentative est faite pour introduire un fil entre la trachée et l'œsophage avec l'aiguille de Cooper. Insuccès de cette manœuvre.

Les différents temps de cette opération sont exécutés sans qu'il y ait eu écoulement de sang. Il a été facile de mettre une pince sur la plus grosse artère sectionnée : la laryngée supérieure.

En un seul coup, section du conduit laryngo-trachéal entre le premier anneau de la trachée et le cartilage cricoïde. Immédiatement la trachée est tirée en avant et on introduit dans sa cavité une canule conique. Celle-ci est fixée à la trachée à l'aide du fil qui avait été passé auparavant à travers les parois de la trachée, de façon à faciliter le mouvement de traction imprimé au conduit trachéal, dès que le larynx fut séparé de la trachée. On administre le chloroforme, en mettant la compresse au-devant de l'orifice externe de la canule.

La dissection du larynx est faite rapidement. Le décollement est facile : le larynx ne tenant plus qu'à la paroi muqueuse du pharynx. L'opération est achevée par la résection de la grande corne de l'os hyoïde et par la section transversale de l'épiglotte.

La trachée est suturée à la partie inférieure de la plaie, de telle sorte que la peau entoure complètement le conduit trachéal.

M. SCHWARTZ. Cette nouvelle méthode d'ablation du larynx est-elle supérieure à l'ancienne? Il n'en sait rien. Mais la trachéotomie, pratiquée avant l'extirpation du larynx, a l'avantage de permettre au malade de s'habituer à respirer dans un tube moins long que ne l'est le conduit laryngo-trachéal. La laryngectomie partielle aurait peut-être été meilleure. Dans tous les cas, cette dernière opération est moins grave que l'extirpation totale du larynx.

M. TERRIER a pratiqué l'ablation du larynx. Il s'agissait d'un homme de cinquante ans. Les troubles laryngés dataient de l'année 1887. Le diagnostic porté par M. Gouguenheim fut : cancer du larynx. L'état général du malade s'aggrava et M. Terrier reçut cet homme dans son service. Peu de temps auparavant, le malade avait été trachéotomisé et l'incision avait porté sur le cartilage cricoïde.

M. Terrier pratiqua l'ablation du larynx par le procédé habituel.

L'ablation porta sur la partie supérieure du larynx. Il était impossible d'enlever la partie inférieure, par suite de la présence de la canule. M. Terrier coupe le tube laryngo-trachéal, entre le cricoïde et le thyroïde, et tire rapidement au dehors le bout inférieur du conduit sectionné. Par cette manœuvre rapide, il maintient le cricoïde et la trachée au dehors et en avant. Le passage de l'air est ainsi assuré. Après ablation du cartilage cricoïde, qui est altéré, on suture la partie supérieure de la trachée à la peau. Les suites furent simples, mais le malade courut un danger de mort dans le courant de la journée, par suite du gonflement des bords de l'ouverture trachéale. On mit rapidement une canule, ce qui arrêta l'accès de suffocation.

La tumeur laryngienne était un épithélioma lobulé. Quinze mois après, ablation d'une récidive ganglionnaire. Mais le malade a une attaque de grippe, trois ou quatre semaines environ après cette deuxième intervention, et il succombe.

M. Terrier fait remarquer que l'opéré avait bénéficié de l'extirpation totale. Sa situation a été bonne à partir de l'opération. La trachéotomie, faite dans le but de remédier aux accidents dyspnéiques, ne laisse au malade qu'une existence pénible.

M. LE DENTU. En octobre 1887, un malade lui est envoyé avec un diagnostic peu précis. Le spécialiste qui donnait des soins à cet homme pensait qu'il s'agissait d'accidents spécifiques. Pour remédier aux troubles pressants du côté de la respiration, M. Le Dentu fait la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Le résultat immédiat est bon. Mais M. Le Dentu soupçonne un cancer du larynx. Le spécialiste, consulté, hésite à se rallier à ce diagnostic. Bref, l'opération qui pouvait et aurait dû se faire en novembre 1887, n'est pratiquée qu'en février 1888.

La situation était bien changée. Des bourgeons de mauvaise nature existaient autour de la canule. Il y avait des adhérences. Les conditions étaient donc mauvaises.

M. Le Dentu fit la trachéotomie aussi bas que possible. On habitue le malade à supporter la canule trachéale. Quinze jours après, l'opération est pratiquée.

L'extirpation du larynx fut facile. Cependant, M. Le Dentu avait dû circonscrire un quadrilatère de peau, afin de n'être pas gêné par la propagation du cancer au tégument externe. On dut enlever l'os hyoïde, l'épiglotte et une petite portion de langue. L'opération n'offrit pas de difficulté opératoire. Les suites immédiates furent excellentes; mais six semaines après l'extirpation du larynx, il y avait récidive au niveau du plancher de la bouche. A partir de ce moment, la situation fut lamentable : cette plaie végétante était horrible et, somme toute, le malade aurait peut-être tiré un plus grand bénéfice d'une simple trachéotomie.

Le procédé qui consiste à suturer la trachée à la peau n'est pas à l'abri de tout reproche.

Tout d'abord, il y a possibilité d'asphyxie par gonflement des bords de la trachée. Il vaut mieux mettre une canule dans la trachée. On est certain, de cette façon, de ne pas exposer son opéré à une asphyxie mécanique, par occlusion de l'ouverture trachéale.

Ce procédé a un autre inconvénient. Si le malade guérit, et si on veut lui mettre un larynx artificiel, la position anomale de la trachée n'est pas favorable à la pose d'un appareil. M. Le Dentu s'est contenté de fixer la moitié antérieure de la trachée à la partie inférieure de la plaie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE préfère pratiquer, au préalable, la trachéotomie. On est tranquille quand on a ouvert la trachée. Tandis que M. Terrier aurait pu avoir un incident grave, au cours de l'opération, s'il n'avait pas réussi à attirer rapidement la trachée dès qu'elle a été coupée. La trachéotomie préventive est une simplification, quand on veut enlever le larynx.

M. Lucas-Championnière est assez partisan d'un nettoyage complet du larynx. Ces opérations partielles ne doivent pas être proscrites, parce qu'elles donnent parfois des survies relativement longues.

M. PÉRIER. On peut réchauffer l'air que le malade doit respirer après l'opération.

Son opéré est mort quelques heures après l'intervention. Le malade allait bien, quand subitement il a été pris de pâleur et est mort. L'autopsie n'a pu fournir des renseignements sur les causes de la mort.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Cancer atrophique de la langue. — **M. CERNÉ** (de Rouen) présente un cancer atrophique de la langue. Tous les auteurs ont insisté sur la rareté du squirrhe à la langue. On ne connaît guère qu'un cas publié par Morel-Lavallée, en 1845. Chez le malade de M. Cerné, la moitié gauche de la langue n'existait, pour ainsi dire, pas. L'opération fut pratiquée. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux stratifié.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Prix des thèses de la Faculté de médecine de Paris. — La Faculté de médecine a décerné les prix suivants pour les thèses les plus remarquables, soutenues devant elle, pendant l'année 1888-1889 :

Médailles d'argent. — (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 318.)

Médailles de bronze. — MM. André : Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Le Fort (cloisonnement du vagin); — Bataillard : De la durée et du pronostic du travail, des modes de terminaison et d'intervention dans les variétés postérieures de la présentation du sommet; — Blondel : Étude sur les produits odorants chez les rosiers; — Cantin : Des lymphangites péri-utérines non puerpérales et de leur traitement; — Carlier : Le doigt à ressort; — Chartier : Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus; — Mlle Chopin : Élimination de l'acide salicylique suivant les divers états des reins; — MM. Desmartin : Évolution infantile des dents hérédo-syphilitiques; — Dumoret : Hystéropexie contre le prolapsus utérin; — Foureur : Contribution à l'étude des procédés de culture des microbes anaérobies pathogènes; — Gaume : Contribution à l'étude du foie brightique; — Gilles : Considérations médico-légales sur quelques observations d'avortement; — Godet : Contribution à l'étude des alcaloïdes de l'urine; — Guinon : Les agents provocateurs de l'hystérie; — Hillemand : Contribution à l'étude de la spécificité des cellules chez l'homme; — Huet : De la chorée chronique; — Jacoby : L'immunité et l'aptitude; — Jarnouen de Villartay : Garengot, sa vie, son œuvre, avec notes historiques; — Laure : Résultats fournis par les pesées quotidiennes des enfants; — Mantel : D'une nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans la présentation décomplétée mode des fesses; — Pagès : Contribution à l'étude de la pexine; — Pallier : Des péri-folliculites suppurées agminées en plaques; — Picard : Thomas Sydenham, sa vie, son œuvre; — Raulin : Étude sur le lupus primitif de la muqueuse nasale; — Richard : Histoire de l'hôpital de Bicêtre (1250-1791) (une des maisons de l'Hôpital général); — Sebileau : Épanchement du péritoine; — Théremin : Isolement dans les hôpitaux d'enfants; — Vaucher : Contribution à l'étude des fistules pyo-stercorales; — Weiss : Contribution à l'étude de l'électro-physiologie.

Mentions honorables. — MM. Barraud : Hystérectomie vaginale totale ou partielle dans le cancer du col; — Bonnecaze : Valeur et indication de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire et de la trompe; — Cataliotti : De la galactophorite; — Christmas-Dirckinck de Holmfeld : Recherches expérimentales sur la suppuration; — De la Brosse : De l'hémoglobinurie; — Delbosc : De la cocaïne et de ses accidents. Étude expérimentale et clinique; — Dupont : De la perte de poids que subissent les cadavres abandonnés dans l'air atmosphérique; — Mlle Edwards : De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses; — MM. Freulon : L'arrondissement de Château-Gontier, sa topographie médicale, son hygiène, ses épidémies; — Gibotteau : Essai sur le développement des fonctions cérébrales et sur les paralysies d'origine cérébrale chez l'enfant; — Guinon : Troubles urinaires de l'enfance; — Huguet : De la valeur thérapeutique des injections du sublimé dans le traitement de la blennorrhagie et des bases du traitement rationnel de cette affection; — Lavaux : Du lavage de la vessie sans sonde; — Lefebvre : Contribution à l'étude de l'angine de poitrine; — Lesage : Étude clinique sur le choléra infantile; — Loris Mélikoff : Étude sur l'organisation de l'hôpital baraque Alexandre (de Saint-Pétersbourg); — Martin : Extirpation de l'astragale dans le pied-bot; — Meneault : Pseudo-rachitis syphilitique; — Méry : Anatomie pathologique de la sclérodermie; — Monnier : Hernie du diaphragme d'origine congénitale; — Morau : Des transformations épithéliales physiologiques et pathologiques; — Piot : De la formation de la bosse séro-sanguine chez les fœtus morts; — Plicque : Récidive des tumeurs malignes; — Racoviceano : Des indications et des ressources opératoires dans les rétro-déviations chroniques de l'utérus; — Rollin : Fistules névro-cutanées; — Ryckewaert : Plaies par ratissage; — Sérieux : Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel; — Soca : Étude clinique sur la maladie de Friedreich; — Thibault : Étude de l'acné hypertrophique; — Valat : Cancer primitif du corps de l'utérus; — Yahoubian : Le strophantus dans les maladies du cœur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Rochon-Duvigneaud est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, des fonctions de chef adjoint du laboratoire de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Chaffard, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Gaudier est nommé, pour une période de deux ans, aide d'anatomie, en remplacement de M. Fromont, démissionnaire.

M. Wannebroucq, doyen de la Faculté, démissionnaire, est nommé doyen honoraire.

— *École de médecine de Besançon.* — Un congé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1889-1890, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Charbonnel-Salle, professeur de physiologie.

M. Bolot, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pendant la durée du congé accordé à M. Charbonnel-Salle, d'un cours de physiologie à ladite École.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. Garros est nommé préparateur de chimie organique, en remplacement de M. Gasselin, démissionnaire.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Arnaud, aide-naturaliste, est nommé professeur titulaire de la chaire de chimie appliquée aux corps organiques, en remplacement de M. Chevreul, décédé.

— Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1890, à l'École supérieure de pharmacie, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Caen.

— *Missions scientifiques.* — La mission confiée à M. le docteur Lucien Morisse, en vue d'entreprendre diverses études médicales et d'histoire naturelle dans le bassin du Haut-Orénoque et de l'Amazone, est prolongée.

— M. le docteur Reymondon est nommé médecin adjoint du lycée de Chambéry (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Garnier-Mouton, médecin-major au 74e de ligne; Margueritte (du Havre).

— M. le professeur Pinard commence le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie aujourd'hui vendredi 21 mars 1890, à neuf heures du matin (clinique Baudelocque, à la Maternité, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Ordre du cours : lundi et vendredi, leçons à l'amphithéâtre. Visite des malades tous les matins, à neuf heures.

— M. le docteur Lejars, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration d'exercices opératoires (deuxième cours) à l'École pratique, pavillon n° 7, le mardi 25 mars 1890, à 1 heure précise.

— M. le docteur Lavaux, ancien interne, reprendra ses leçons à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, le lundi 24 mars 1890, à cinq heures, et les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu demain samedi 22 mars, à huit heures et demie très précises du soir, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, et, 14, rue des Poitevins. « Le lait au point de vue alimentaire », par M. Duclaux, membre de l'Institut.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 36. — MARDI 25 MARS 1890. 63e ANNÉE. MARDI 25 MARS 1890. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Adéno-fibrome de la mamelle avec kyste; ablation totale du sein; examen microscopique; début d'évolution carcinomateuse; preuve de la transformation possible de certaines tumeurs réputées bénignes en tumeurs de mauvaise nature.

La malade, dont je veux vous entretenir aujourd'hui, n'est pas couchée dans nos salles; c'est une dame que j'ai opérée en ville. Son histoire présente des points d'un grand intérêt théorique et même pratique, aussi n'ai-je pas hésité à vous faire une clinique sur une malade que je ne puis vous montrer, mais qui sera pour vous d'un utile enseignement.

Cette dame, âgée de quarante-trois ans, jouit d'une excellente santé habituelle et présente un embonpoint un peu accentué. Les antécédents pathologiques sont nuls. Elle a eu deux enfants : l'aîné a dix-neuf ans ; le second, qu'elle a nourri, a treize ans.

C'est par hasard que cette femme s'aperçut, en avril 1888, qu'elle avait une grosseur au sein droit. M. Nélaton, chirurgien des hôpitaux, fut appelé et reconnut, qu'en effet, il existait une tumeur centrale de la mamelle droite.

Cette tumeur, située dans la glande mammaire, était d'une indolence absolue, et avait une consistance ferme résistante. Cependant, en un point, on reconnaissait une certaine rénitence qui faisait penser à la coexistence d'un kyste. Cette tumeur qui avait évolué insidieusement, depuis une époque indéterminée, sans avoir jamais provoqué la moindre douleur, ne présentait pas d'adhérences à la peau. Le mamelon n'était pas rétracté, mais il existait des liens entre la partie supérieure de la tumeur et la base du mamelon. Ces adhérences, quoique lâches et à distance, étaient certaines. On ne trouvait aucun engorgement des ganglions axillaires. A la fin de juillet, le diagnostic de M. Nélaton était : adéno-fibrome avec kyste.

On ponctionna le kyste, le 5 septembre dernier. Il s'écoula un liquide hématique. Mais on put nettement constater, qu'à part le kyste, il existait une tumeur dure qui servait de base à la collection liquide.

Le kyste ne tarda pas à se reformer et je fus appelé en consultation. Mon diagnostic ne fut que la confirmation de celui de M. Nélaton. Mais à quel parti devions-nous nous arrêter ? Malgré l'absence des ganglions dans l'aisselle, malgré l'excellent état général de la malade, je me décidai à enlever non seulement la tumeur, mais la glande mammaire entière. La présence du kyste, ces adhérences du mamelon, l'âge de la malade me décidèrent à traiter la tumeur comme un néoplasme suspect, quoique mon diagnostic fût, je vous le répète, adéno-fibrome avec kyste. J'enlevai donc le sein, le 30 octobre, sans faire le curage de l'aisselle, et, le 10 novembre, la plaie était fermée. L'examen macroscopique de la pièce démontra que la tumeur présentait deux parties distinctes : l'une dure et compacte, criant à la coupe sous le scalpel, l'autre formée par un grand kyste à l'intérieur duquel proéminait un champignon fongueux, jaunâtre, ramolli et présentant le volume d'une petite noix. Un liquide brun verdâtre occupait la cavité kystique.

L'analyse histologique, qui a été faite par M. Latteux, présente un intérêt tout particulier, sur lequel j'appelle votre attention.

La partie dure, la base de la tumeur, est composée de différentes parties qu'on pourrait un peu théoriquement diviser en portion fibreuse, fibro-kystique, et portion adéno-fibro-kystique. Tandis qu'en certains endroits, le tissu hypertrophié s'est développé en écartant et en disséquant, en quelque sorte, les acini; en d'autres, il a donné naissance à des cavités irrégulières ou faites avec diverticulum, telles qu'on les trouve dans les fibromes lacunaires de la mamelle. Enfin, dans les parties les plus étendues, on assiste à la transformation kystique des cavités glandulaires.

Passons maintenant à l'examen microscopique de la partie bourgeonnante. Ce champignon jaunâtre est constitué par un tissu mou, caverneux, dont les lacunes multiples ont été formées aux dépens des acini et sont encore tapissées, en certains points, d'une couche épithéliale qui a subi une métamorphose, plus ou moins accentuée.

Dans cette zone, on constate, en outre, le développement parfaitement marqué de nids de cellules dans la gangue conjonctive. C'est incontestablement l'aspect d'un néoplasme de mauvaise nature, c'est là le début d'une évolution carcinomateuse.

J'attire spécialement votre attention sur ce point. Nous avons sous les yeux la preuve de la transformation d'une tumeur bénigne en tumeur de nature maligne. Nous avons saisi cette métamorphose à son origine et les faits de ce genre, importants en théorie, sont rarement aussi démonstratifs que dans notre cas.

Cette tumeur était kystique et avait peut-être quelque analogie avec la maladie de M. Reclus. On sait, et M. Reclus ne l'ignore pas, que cette affection de la mamelle a été décrite, il y a déjà longtemps, au point de vue clinique, par A. Cooper.

Mais c'est M. Reclus qui a de nouveau appelé l'attention sur cette altération qui atteint souvent les deux seins. MM. Brissaud et Reclus avaient déclaré qu'il s'agissait dans ces cas d'une espèce particulière d'épithélioma et avaient conclu qu'il fallait enlever les deux seins. Les récentes discussions qui ont eu lieu dans les Sociétés savantes ont prouvé que cette pratique devait être abandonnée. J'avoue que, pour ma part, j'ai peine à croire que la maladie de M. Reclus soit une entité morbide bien définie. L'espèce nosologique est mal déterminée.

Mais revenons à notre malade. Je lui ai enlevé tout le sein et je m'en félicite vivement. La présence du kyste m'avait invité à faire l'amputation totale de la mamelle. L'examen microscopique nous a prouvé qu'une partie du néoplasme était au moins suspecte. Si nous avions été parcimonieux dans notre opération, nous aurions à redouter une récidive peut-être prochaine.

En enlevant largement la tumeur, en dépassant les limites du mal, nous croyons avoir mis la malade à l'abri de la récidive. Néanmoins, il n'est pas inutile, on le conçoit aisément, de faire quelques restrictions au point de vue du pronostic. La dégénérescence carcinomateuse que nous avons saisie à son début nous y oblige.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

I

Activité comparée des diverses digitalines. — M. Bardet a institué des expériences intéressantes sur les divers corps qui se trouvent dans le commerce sous le nom de digitaline.

Le Codex français admet deux digitalines, l'une amorphe, l'autre cristallisée, qui doivent l'une et l'autre se dissoudre entièrement dans le chloroforme. On les distingue des autres produits par l'adjectif *chloroformique*.

On trouve actuellement dans le commerce :

1° De la *digitaline* amorphe ou cristallisée, dénommée *digitoxine* par les Allemands, soluble dans le chloroforme;

2° De la *digitaléine*, dénommée *digitaline* en Allemagne, insoluble dans le chloroforme, mais soluble dans l'eau.

M. Bardet résume ainsi ses expériences :

1° La digitaline cristallisée et la digitaline amorphe, préparées suivant la formule inscrite au Codex français, ont une activité identique et égale, elles sont toujours comparables dans leurs effets.

2° La *digitoxine* allemande qui se trouve dans le commerce, contrairement aux digitalines françaises (amorphe ou cristallisée), est incomplètement soluble dans le chloroforme, et son activité est, suivant les échantillons, de deux à trois fois moindre.

3° La *digitaléine française* et la *digitaline allemande*, toutes deux solubles dans l'eau, ne sont pas des produits définis; elles ont une action semblable et une activité sensiblement égale; mais ces propriétés varient d'une manière assez sensible, et leur activité s'est montrée, de vingt fois au moins et de trente-cinq fois au plus, moindre que celle de la digitaline chloroformique. D'autre part, il est possible que l'action déterminée sur le cœur ne soit pas exactement la même que l'action de ce dernier produit.

La digitaline chloroformique est donc le seul dérivé de la digitale bien défini, dont l'action soit toujours égale. Dans l'état actuel des choses, la digitaline d'origine allemande, qui est souvent livrée au commerce, ne répond nullement au produit inscrit au Codex ; il y a donc nécessité d'exiger l'emploi de la digitaline du Codex. (*Nouveaux remèdes.*)

Du traitement des écoulements d'oreille, par le pansement hydrophile. — M. le docteur Luc a exposé, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, une médication simple et ingénieuse des écoulements aigus d'oreilles.

La méthode est due à Loewe (de Berlin) et s'applique à tous les cas où le liquide est assez fluide pour imprégner facilement les substances hydrophiles (ouate ou mousseline). Les cas les plus favorables sont ceux où la perforation siège à la partie inférieure de la membrane.

Voici comment il faut procéder :

1° Bien laver l'oreille par une injection d'eau boriquée;

2° Introduire au fond du conduit, au contact de la perforation, une boulette d'ouate hydrophile. Donner une douche d'air par la méthode de Politzer, de façon à projeter au dehors tout le liquide contenu dans la caisse. L'ouate salie est enlevée jusqu'à ce qu'on ait obtenu une dessiccation complète.

On procède alors au tamponnement définitif du conduit. On y introduit une série de boulettes d'ouate. La première doit être placée au contact de la perforation, et même la dépasser un peu. Par prudence, il sera bon de l'assujettir au moyen d'un fil. La masse d'ouate introduite doit former un cône dont le sommet confine à la cavité tympanique, tandis que sa base tournée vers l'extérieur est le siège d'une évaporation qui permet à ce système de drainage d'agir d'une façon ininterrompue.

Le tampon doit être enlevé au bout de vingt-quatre heures et être remplacé par un autre. Après quelques jours, on obtient la guérison complète de la perforation tympanique.

Les rapports des lésions des capsules surrénales et de la maladie d'Addison. — M. E. Lancereaux a publié, dans les *Archives générales de médecine*, un travail intéressant sur les rapports des lésions des capsules surrénales et de la maladie d'Addison. Trois observations extrêmement détaillées servent de base à ce court mais substantiel mémoire.

Pour M. Lancereaux, la condition pathogénique du syndrome connu sous le nom de maladie d'Addison est la lésion du système nerveux sympathique abdominal, et non pas une altération des capsules surrénales. Comment expliquer ce fait? Le tubercule, dit l'auteur de ce mémoire, a une tendance toute particulière à envahir les cordons nerveux.

On trouve souvent aussi, chez les sujets qui ont succombé à la maladie bronzée, une atrophie des capsules surrénales.

Il est probable que cette atrophie des capsules est due, comme la maladie d'Addison, à l'altération des nerfs des capsules surrénales.

Le syndrome connu sous le nom de maladie bronzée est subordonné à une lésion du système nerveux abdominal, de celui qui se distribue aux capsules surrénales en particulier. Quant à ces capsules, elles peuvent donner naissance d'une façon indirecte à la maladie d'Addison, c'est lorsque les lésions dont elles sont le siège viennent à se propager, comme dans la tuberculose, aux faisceaux et aux cordons nerveux faisant partie de leur composition ou situés dans leur voisinage.

II

Transmission de l'actinomycose à l'homme. — Mayer considère le fait suivant comme un exemple de transmission certaine de l'actinomycose des animaux à l'homme. Deux vaches,

affectées d'ostéo-sarcome du maxillaire, furent soignées par un jeune homme de vingt ans. Quelque temps après, celui-ci se plaignit de violentes douleurs des dents et d'un gonflement des maxillaires. Ces symptômes s'aggravèrent et le malade dut entrer à la clinique de l'Université de Tübingen, où l'on constata l'actinomycose. (*Recueil de médecine vétérinaire.*)

Traitement du cancer des lèvres. — M. E. Forgue étudie, dans le *Montpellier médical*, les différents procédés opératoires employés pour enlever le cancer des lèvres.

Quels sont les résultats de la chirurgie dans l'épithélioma des lèvres? M. E. Forgue répond : Nous sommes capables de guérir radicalement l'épithélioma des lèvres. Wörner a colligé 277 cas opérés, de 1843 à la fin de 1884, à la clinique de Tubingeren. Sur ces 277 opérés, 71 (25,63 p. 100) ont succombé à d'autres affections, mais après être restés guéris, en moyenne, durant huit ans : on peut les enregistrer, à la rigueur, parmi les guérisons, puisqu'on accepte qu'après trois ans un épithélioma labial, non récidivé, est un épithélioma guéri; 89, en tout cas, sont encore vivants et bien portants: soit 32,13 p. 100. Wörner a réuni 866 cas de cancer labial opérés; la proportion des guérisons durables est de 28,1 p. 100.

Maïweg, dans sa thèse soutenue à Bonn, a rassemblé 182 cas d'épithélioma labial, opérés à la clinique de Bonn, de 1866 à 1887 : 57 malades ont récidivé ou sont morts; 44 sont guéris, mais n'ont point encore atteint la troisième année de survie; 32 survivent depuis trois à six ans ; 49 cas ont franchi, sans récidive, la sixième année.

Czerny a opéré 56 individus atteints de cancer de la lèvre, de l'année 1877 à 1884. On compte 13 guérisons dépassant la troisième année, et 22 n'ayant point encore atteint ce terme.

Le néoplasme, quand il doit récidiver, apparaît avant la fin de la première ou de la seconde année. Quand un cancer labial ne récidive pas après trois ans, il a toutes chances d'être à jamais guéri.

M. Forgue fait remarquer qu'il faut faire une différence, au point de vue du pronostic, entre les épithéliomas rapidement ulcérés et destructifs, ou ceux à tendance champignonnante accentuée et ces encroûtements épidermiques des lèvres qui guérissent si facilement.

Quand la récidive paraît, il faut l'attaquer. Tant que les groupes ganglionnaires carotidiens ne sont point envahis, il faut opérer.

Maïweg cite 125 opérés guéris, sur les 182 épithéliomateux de la clinique de Bonn; si 106 l'ont été par la première opération, 14 n'ont guéri qu'à la seconde, 4 ont été réopérés trois fois, un a subi quatre interventions.

Cinq cas de pneumonie tuberculeuse peut-être épidémique. — Au mois de mai 1889, M. L. Dor a observé quatre tuberculeux de la salle Saint-Pothin, qui ont pris coup sur coup une poussée aiguë : il s'agissait de pneumonies tuberculeuses.

Ces quatre malades étaient atteints de tuberculoses tout à fait au début; leurs lits étaient voisins, 39 et 40; 5 et 6; il y avait alors, au n° 41, un malade qui était entré à l'hôpital pour une pneumonie tuberculeuse primitive. Depuis le mois de mai 1889, jusqu'au mois de septembre, on n'avait observé, en dehors de ces quatre cas, qu'une seule poussée aiguë chez tous les tuberculeux du service (une méningite tuberculeuse).

L'auteur se demande, dans la *Province médicale*, s'il n'y a pas eu simple coïncidence. Il déclare que l'hypothèse d'une contagion est au moins soutenable.

M. Dor a raison. Peut-être aurait-il fallu insister sur ce fait que, dans la pneumonie tuberculeuse, des micro-organismes divers déterminent les accidents. Le bacille de Koch produit le tubercule; mais d'autres micro-organismes, comme les pneumocoques, par exemple, donnent probablement naissance aux poussées inflammatoires. Les pneumocoques ou les staphylocoques peuvent se porter d'un tuberculeux à un autre, d'où production de plusieurs pneumonies tuberculeuses par contagion.

III

Tisane diurétique. — Voici, d'après M. H. Huchard, une préparation qu'employait souvent Guéneau de Mussy :

Queues de cerises	ãã	5 grammes.
Chiendent		
Racines de caïnca		2 —

Pour un paquet. Faites bouillir un paquet dans un litre d'eau pendant un quart d'heure, et jetez le décocté bouillant sur les espèces suivantes :

Uva ursi.	ãã	4 grammes.
Pariétaire		
Arenaria rubra.		

Pour un paquet. Laissez infuser jusqu'à refroidissement ; passez et ajoutez ce mélange :

Nitrate de potasse	ãã	5 grammes.
Benzoate de soude		
Carbonate de potasse		

Du traitement du chloasma et des taches pigmentaires de la grossesse. — Après avoir savonné la peau, M. le docteur Monnier fait faire, deux fois par jour, une onction sur les taches avec la pommade suivante :

Précipité blanc		8 centigr.
Oxyde de zinc purifié.		20 —
Beurre de cacao.	ãã	50 grammes.
Huile de ricin.		
Essence de rose.		q. s.

(*Monats. prak. Derm.*)

VARIÉTÉS

Empiriques et charlatans (XVI[e] et XVII[e] siècles) (1).

Par M. Victor Fournel.

V

Les prêtres et religieux en possession de quelque secret médical, de quelque remède plus ou moins mystérieux, n'étaient alors guère moins nombreux que les étrangers. Nous en avons déjà rencontré plusieurs : le curé Gendron, l'abbé de Belzé, sans parler du frère Ange, auquel nous aurons à revenir, appelés au lit de mort d'Anne d'Autriche et de la première Dauphine. Il en reste beaucoup d'autres; nous ne nous arrêterons qu'aux principaux.

« Le sixième (avril 1657), raconte un voyageur (2), nous allâmes aux Petits-Augustins, pour parler à un père nommé Valérien, qui donne de l'eau de fontaine dans laquelle il verse un peu d'esprit d'une certaine composition qui la rend comme minérale. On dit qu'il en guérit toute sorte de maladies. Beaucoup de personnes s'en sont bien trouvées, et quelques autres n'en ont eu aucun soulagement. »

Mais les religieux, qui acquirent au XVII[e] siècle une grande renommée par leurs remèdes et leurs belles cures, appartenaient surtout à l'ordre des capucins. Trois noms se détachent parmi eux avec un éclat tout particulier : ceux du frère Ange et des deux capucins du Louvre, le P. Rousseau et son inséparable compagnon, le frère Aignan, en religion frère Tranquille.

Quel était le système de médication du frère Ange? Nous n'en savons, quant à nous, que ce que nous en disent Abraham du

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 261.

(2) *Journal du voyage à Paris de deux jeunes seigneurs hollandais*, p. 1657-9. In-8°, 1862.

Pradel et Mme de Sévigné. Suivant le premier, il distribue un opiat et un sirop « mésentérique et épatique (1) » ; suivant la deuxième, ses remèdes sont doux et agréables (2), fortifiants et rafraîchissants en même temps, aisés, agréables à prendre (3). Ailleurs elle nous apprend qu'elle s'est purgée avec un de ces bouillons du frère Ange qui sont très légers, et que cela n'a fait que l'*émouvoir* (4). Il semblerait, d'après ces renseignements, que sa médication fût bénigne, mais il ne faut pas oublier que la marquise jouissait d'une belle santé, et les empiriques à la mode ne pouvaient manquer de faire des éditions anodines de leurs remèdes à l'usage des grandes dames qui se portaient bien, mais qui sentaient le besoin de recourir au guérisseur en vogue. Ce que nous voudrions connaître, ce sont ceux avec lesquels il avait guéri la reine de Pologne et mille autres personnes ; « ressuscité » le maréchal de Bellefond ; « tiré de la mort » le duc du Lude, grand-maître de l'artillerie, en rejetant sur les genoux et les pieds sa goutte qui était remontée, en faisant cesser les sueurs froides et une oppression « à croire qu'il allait rendre le dernier soupir ».

Mais Mme de Sévigné parle avec bien autrement de chaleur encore des capucins du Louvre. Il n'est pas un des grands empiriques de son époque dont la spirituelle marquise, avec son imagination riante, n'ait prôné les mérites et les cures, qu'elle n'ait conseillé autour d'elle, dont elle n'ait elle-même plus ou moins tâté la panacée. Toutefois ses grands favoris, ceux auxquels elle revient le plus souvent, ce sont ces *pères Esculapes*, comme elle les appelle, qui soignaient si bien les rhumatismes, la goutte, les plaies et contusions, ainsi qu'une foule d'autres maux, qui purgeaient sans séné, et qui étaient aussi admirables pour balayer l'intérieur du corps que pour guérir en un moment, par des lavages de leur façon, une jambe enflée, toute pleine de feux et de sérosités, comme celle de la marquise, laquelle s'était remise entre leurs mains et usait de leurs remèdes, sans préjudice, d'ailleurs, de la poudre de sympathie, car, en fait d'empirisme, elle était éclectique.

Le P. Rousseau, né en 1642 ou 1643, mort en 1694, avait longtemps été dans le Levant et en Égypte, comme missionnaire de son ordre, et il en avait rapporté des préparations médicinales qui obtinrent un succès considérable et prolongé. Il fut nommé médecin du Roi et logé au Louvre avec son compagnon. Louis XIV les plaça tous deux sous la protection du duc de Chaulnes, qui les emmena avec lui en Bretagne, dont il était gouverneur, puis à Rome, lorsqu'il y fut envoyé en ambassade. Partout leur réputation les suivait, et ils étaient assiégés par les malades. Mais ils avaient beaucoup d'ennemis et d'envieux, et lorsque leur grand protecteur, le duc de Chaulnes, mourut en 1698, de la douleur, suivant Saint-Simon, de s'être vu enlever par le roi ce gouvernement où il était si populaire, on ne manqua pas d'accuser le frère Aignan de l'avoir tué en le droguant. En 1685, ils avaient publié un factum pour se défendre contre les accusations dont on les accablait, et Mme de Sévigné, alors aux Rochers, où elle suivait leur traitement, écrivait à sa fille :

« J'ai fait vos compliments aux pères Esculapes ; je vous en avertis, ils en reçoivent de toute l'Europe : vous n'êtes point dans cette affaire, c'est pourquoi vous ne comprendrez pas la force de mes paroles. Ces bons frères, qui étaient comme des gens prêts à partir avec tache et ignominie, sont transportés d'être rétablis dans leur bonne réputation par le jugement de Salomon, car l'arrêt du roi paraît tel... Toute la province a dans les mains le factum des pères, et dans l'esprit la persuasion de leur innocence, avec la joie de leur triomphe (5). »

Nous n'avons pas, pour les capucins du Louvre, le même embarras que pour le frère Ange : on a publié en 1697, les *Secrets et remèdes éprouvés dont les préparations ont été faites au Louvre, de l'ordre du Roi, par défunt M. l'abbé Rousseau, ci-devant capucin et médecin de Sa Majesté.* De son côté, le frère Aignan fit un livre intitulé l'*Ancienne Médecine à la mode*, auquel on répondit en 1702 par des *Observations critiques* ; et son baume *Tranquille*, ainsi nommé du nom qu'il portait lui-même en religion, sans que les trois quarts de ceux qui l'emploient s'en doutent, est encore d'un usage fréquent en médecine. En envoyant à sa fille une demi-bouteille, car elle n'avait jamais pu en avoir une entière, de ce baume qui venait de sauver *la petite personne* des douleurs de la néphrétique et qu'elle lui annonce comme ce qu'elle a de plus précieux au monde, la marquise de Sévigné lui indique la manière de s'en servir : « Ils (les capucins) vous prient de vous en frotter le côté, c'est-à-dire dix ou douze gouttes avec autant d'esprit d'urine : il faut que cela soit chaud et qu'il pénètre et s'insinue dans le mal ; ils prétendent que cela est divin, comme pour le grand mal de gorge (1). »

Ailleurs, il est question de leur eau, merveilleuse « pour toutes les douleurs du corps, les coups à la tête, les contusions et même les entamures, quand on a le courage d'en soutenir la douleur ; de leurs breuvages et bains d'herbes, de leur poudre et manne pour purger ; » de l'essence qu'ils appellent de l'*émeraude*, qu'ils lui envoient pour sa jambe, « qui guérit et console, et perfectionne tout, et sent divinement bon » ; de leur poudre d'écrevisse, qui devient même, dans une lettre ultérieure, de la poudre d'yeux d'écrevisse (2). Ils avaient, au besoin, des remèdes « chauds et violents », qui mettaient le feu à la maison (3) ; mais, en règle générale, c'étaient d'aimables remèdes « doux et bienfaisants », comme les qualifie le *Mercure* (4).

Il semble que l'inventeur du baume Tranquille ait plus tard quitté l'ordre des capucins, et qu'il ne portât plus la robe lorsqu'il soigna dans sa maladie finale le duc de Chaulnes (5). Il pouvait d'autant plus aisément rentrer dans le monde qu'il était simple frère. Un autre médecin, dont Mme de Sévigné parle avec faveur à plusieurs reprises et qui exerçait en Bretagne à la satisfaction générale, avait été également capucin : il s'appelait Villebrune. Il la soigna aux Rochers, et il lui envoyait également « d'une poudre admirable ».

Après avoir constaté qu' « il n'y a presque à présent (1692) que des ecclésiastiques et des religieux qui pratiquent à Paris » la médecine empirique, c'est-à-dire celle qui est fondée « sur les épreuves de quelques receptes médicinales », sans que leur possesseur ait assez réglé ses études « pour parvenir aux degrés », Abraham du Pradel cite les célébrités du genre, qui sont, — outre le frère Ange et le frère Pierre, des Jacobins, chimiste, — l'abbé Guiton, naguère cordelier, l'abbé Fayolle, le curé d'Évry, « qui donne avec permission une boisson sudorifique, par la chaleur de laquelle il tâche de consommer les causes des maladies », enfin « un autre ecclésiastique qu'on nomme M. le prieur, et qui demeure rue de la Raquette (Roquette), faubourg Saint-Antoine, fort recherché pour un apéritif qu'il dit propre à déboucher les plus fâcheuses opilations dans les deux sexes ».

Arrêtons-nous un peu à ce dernier, qui n'est ni plus ni moins qu'une des grandes illustrations de l'empirisme au XVIIe siècle. Il en est fréquemment question dans les auteurs contemporains, sous le nom du prieur de Cabrières. Trimont de Cabrières, prieur de Saint-Geniez-de-Malgoinez, vint à Paris probablement dans le cours de l'année 1679, et ne tarda pas à se faire connaître par des cures merveilleuses, en particulier celle de la duchesse d'Elbeuf.

(1) *Livre commode de médecine empirique.*
(2) Lettre du 9 février 1680.
(3) Lettre du 10 février 1680.
(4) Lettre du 7 février 1685.
(5) *Grands écrivains de la France*, t. VII, p. 376.

(1) Lettre du 15 décembre 1684. — Dans une lettre précédente, du 5 novembre, elle lui avait déjà donné des instructions analogues, un peu plus détaillées.
(2) Lettres des 22 novembre 1679, 28 juin 1685, 5 novembre 1684, 29 avril 1685.
(3) Lettres des 26 novembre 1684 et 24 février 1685.
(4) *Mercure galant*, octobre 1679.
(5) *Grands écrivains de la France* : Mme de Sévigné, t. X, p. 501 et note.

Il fut présenté au roi par le cardinal de Bouillon (1), qui fut toujours l'un de ses protecteurs, avec Louvois, Mme de Montespan, et une foule d'autres grands personnages. A la fin d'avril et dans les premiers jours de mai 1680, il soigna Mlle de Fontanges à Maubuisson, pour une perte de sang considérable, accompagnée d'une forte fièvre et d'enflure : « S'il fait cette cure, écrit Mme de Sévigné, il ne sera pas mal à la cour (2). » Il la fit, et Louis XIV en fut si émerveillé et si reconnaissant, qu'il lui ordonna de s'établir à Paris. Il est vrai que Mlle de Fontanges ne tarda pas à retomber et que les lardons ne furent point épargnés au prieur, mais sa réputation était déjà au-dessus des épigrammes.

Il alla demeurer à l'extrémité orientale de la ville, du côté du jardin médicinal de Pincourt (Popincourt), fondé par Blegny. Celui-ci, qui était parvenu à se faire nommer « préposé à la recherche et vérification des nouvelles découvertes de médecine », abusa de ce titre pour intercepter au passage et s'approprier les secrets du prieur de Cabrières, et quoique le prieur les eût livrés au roi, à la condition que le public en profitât sans bourse délier, l'impudent *faiseur* voulut les exploiter pour son propre compte. Le rédacteur des *Lettres historiques et anecdotiques* écrit à ce propos :

« Blegny, chirurgien, a été mis à la Bastille pour s'être voulu mêler d'enseigner la manière d'user des remèdes que le prieur de Cabrie (*sic*) avait donnés au roi et que Sa Majesté fait distribuer gratuitement. Il avait dit des impertinences (3). »

Comme la plupart des empiriques d'alors, le prieur traitait par les simples : le règne des *spagiristes* était passé. Il prétendait guérir sûrement les apoplexies, et il venait d'entreprendre M. d'Elbeuf, l'abbé d'Harcourt et la duchesse d'Estrées, quand il mourut, en novembre 1685. Dangeau n'a pas dédaigné de mentionner sa mort, avec un mot de regret pour les remèdes dont il n'avait pas encore eu le temps de donner le secret au roi :

« Ce prieur de Cabrières, dit Saint-Simon, étoit un homme très charitable, à recettes et à remèdes singuliers, et, plus que cela, à horoscopes et à toutes sortes de connoissances de cette nature, si connoissances cela se peut appeler. Quoi qu'il en soit, il avait eu du bonheur, puisque M. de Louvois, qui y avoit une foi entière, étoit son grand protecteur; que le roi, Mme de Montespan, Mme de Maintenon, tous les ministres n'en avoient pas moins. C'étoit un bonhomme sans intérêts, sans ambition, qui se contentoit de peu, ne se mêloit de rien... et se tenoit presque toujours à sa campagne, » c'est-à-dire sans doute, sa maison de l'extrémité du faubourg Saint-Antoine (4).

Il paraît incontestable, en effet, que, contrairement à la plupart des empiriques, le prieur de Cabrières était désintéressé et dépourvu de tout esprit d'intrigue. Mme de Sévigné le compare plusieurs fois au *Médecin malgré lui*, arraché tout à coup à ses fagots, pour être jeté brusquement dans une carrière qu'il n'avait pas recherchée : s'il avait des remèdes contre bien des maladies, il n'était pourtant pas plus médecin que Sganarelle.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

123. M. Catrou. Étude sur la maladie des tics convulsifs (Jumping, Latah, Myriachif). — 124. M. Parisot. Étude physiologique de l'action de la caféine sur les fonctions motrices. — 125. M. Vignard. De la prostatotomie et de la prostatectomie. — 126. M. Cezilly. Contribution à l'étude de la grippe. — 127. M. Mary. Considérations démographiques et nosographiques sur la maison départementale de Nanterre. — 128. M. Rodriguez. Contribution à l'étude de la physiologie du foie. — 129. M. Souza-Leite. De l'amégrogalie. — 130. M. Calamy. Du traitement de la cataracte diabétique. — 131. M. Auvergniot. De la mono-arthrite blennorrhagique chez la femme. — 132. M. Boyer. Contribution à l'étude de l'oblitération du col utérin chez la femme en couches. — 133. M. De Micas. De l'influence du sulfate de quinine sur l'utérus gravide.

(1) *Mercure galant* du mois d'avril 1680.

(2) Lettre du 1er mai 1680.

(3) Cité par M. Ed. Fournier dans son introduction du *Livre commode d'adresses*.

(4) *Journal de Dangeau*, édit. Didot, t. I., p. 257, avec les additions de Saint-Simon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 mars 1890, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Talon, en remplacement de M. Mourlon, retraité; maintenu aux hôpitaux de la division d'Alger.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Richard, en remplacement de M. Weill, retraité; désigné pour les hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; — Willigens, en remplacement de M. Talon, promu; désigné pour l'emploi de médecin chef de la place et de l'hospice mixte d'Épinal.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Duc, en remplacement de M. d'Heimezel, retraité; maintenu au 6e d'infanterie; — Martin, en remplacement de M. Richard, promu; désigné pour le 1er régiment étranger; — Passabosc, en remplacement de M. Willigens, promu; désigné pour le 142e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Ott, en remplacement de M. Girard, démissionnaire; désigné pour le 47e d'infanterie; — Pascaud, en remplacement de M. Bernard, décédé; désigné pour le 46e d'infanterie; — Ferraton, en remplacement de M. Duc, promu; maintenu surveillant à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires; — Bonnamy, en remplacement de M. Martin, promu; désigné pour le 74e d'infanterie; — Pruniéras, en remplacement de M. Passabosc, promu; désigné pour le 143e d'infanterie.

— Par décret, en date du 21 mars 1890, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe, docteurs en médecine, Guinier, Vasticar, Blanc et Chauveau.

— Par décision présidentielle, en date du 17 mars 1890, ont été réintégrés, avec leur grade, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Jousset, Apostoli, Chevrier, Moser, Oui, Petitgrand, Cauchois, Hélot, Demange, Chandelux, Cobrat, Mollière, Vinay, Mélisson, Lasalle, Huguet, Maisonave, Chatin, Rabot.

MM. les médecins aides-majors de première classe Cauchy, Carpentier, Descamps (C.-A.), Descamps (C.-L.-A.), Dubron, Huart, Joly, Ménard, Hurpy, Taurin, Ansaloni, Charpentier, Demandre, Le Bail, Papillon, Carion, Guérin, Guillaume, Leclerc, Reibel, Jourdan du Mazot, Leriche, Regnault, Sirop, Payan, Linarès, Bernard, Bineau, Francoz, Rebatel, Robert, Dubuisson, Kœnig, Besaucèle, Descomps, Gaillard, Garipuy, Guionnet, Massine, Vals, Darroze, Fontan, Guillon, Moure, Pomès, Ficheux, Lartisien, Ory, Putel, Richard, Serrand, Boudrie, Alirol, Armaignac, Bardy, Condou, Conord, de Beaurepère, Delille, Demay, Devernoy, Devillez, Grosclaude, Leboucher, Legallois, Metzquer, Nargaud, Persillon, Piérin, Rigodon, Roux, Simon (M.-V.-L.), Viaud, Dartigues, Fauny, Martin, Mérijot, Carrier, Chénieux, Lagrange, Hébert de La Rousselière, Simon (A.-C.), Gairal, Grollemund, Motais, Gornard.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Hyvert,

Maymou, Guillaumin, Rondeau, Jourdan, Remi, Gautier, Baratier, Blanche, Bougon, Percheron, Châtelain, Vernier, Duverger, Alliod, Bütterlin, Ledoux, Delacour, Fabre, Calvet, Bouyet, Célice, Devezeaux de Lavergne, Ferreau, Grellely-Bosviel, Guillemot, Levère, Mathieu, Rioms, Biau, Bourgeot, Roux, Monnier, Barbaux, Chabalier, Herbert, Hugues, Millet, Pinguet, Hauquelin, Joly, Paget, Patel, Rambaud, Reynaud, Violet, Mourgue, Franciel, Mauquié, Tachard, Vinsonneau, Besson, Arnaudet, Charayrn, Crosnier, Hirtz, Rubé, Clément, Nicolle, Roche, Boriane, Coyteux-Duportal, Jary, Lagrange, Chailloux, Creuzé, Clénet, Ponroy, Jomard, Gallardon, Jablonski, Colas, Buvelot, Laydeker, Simon (J.), Meillet, Héliot, Pissot, Lorey, Mansuy, Pageot, Galtier, Horeau, Lelièvre, Petit, Blasart, Loranchet, Rigaud, Nouët, Cordier, Lavallée, Boudarel, Ducastel, Compin, Lebel, Rey, Guinand, Vétault, Costes, Chevallier, Denis, Dupuy, Monjou, Schwartz, Verron, Chesnel, Gaillard de La Roche, Lange, Bordenave, Lafaye, Janicot.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Aumignon.

MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Weil, Calloud, Tailleur, Gastineau, Thieulin, Ricau, Coriveaud, Guignot, Laborde, Séné, Sudour, Deschaintres, Dewisme, Mathon, Thomas.

MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Baron, Saunier, Jolly, Roy, Buisson, Duriez, Gras, Guyard, Munier, Blanquart, Brancher, Clerc, Heulot, Laurier, Mutin, Ligeoin, Cauchois, Vié, Dufraisse, Germain, Girard, Petit-Huguenin, Jacquot, Sergent.

— Par décision ministérielle, en date du 18 mars 1890, M. de Tastes, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour le 3e d'infanterie, par permutation avec M. Jaubert.

— Par décision ministérielle, en date du 20 mars 1890, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés :

M. le médecin principal de première classe Claudot, pour l'emploi de directeur du service de santé du 4e corps d'armée.

M. le médecin principal de deuxième classe Barthélemy, pour l'emploi de médecin chef de l'hospice mixte de Reims.

MM. les médecins-majors de première classe Tanfin, pour le 31e d'infanterie; Jeunehomme, maintenu à la gendarmerie de la Seine; Quod, pour le 34e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Béchard, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Fournot, pour le 5e chasseurs d'Afrique; Boutié, pour le 108e d'infanterie; Haufmann, d'infanterie; Maupetit, pour le 131e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Foubert, pour le régiment de sapeurs-pompiers de Paris; Ohier, pour le 5e régiment du génie; Maubrac, pour l'emploi de surveillant à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires; Maison, pour les hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; de Casaubon, pour le 10e dragons.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Julia, pour le 14e chasseurs à cheval; Vigerie, pour le 3e régiment du génie; Gontier, pour le 20e d'infanterie.

— Conformément à l'avis exprimé par le Conseil général des Facultés, et en vertu du décret du 28 décembre 1885, la Faculté sera fermée du 30 mars au 13 avril. — Les cours, conférences et examens recommenceront le lundi 14 avril.

— Un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices de Paris s'ouvrira, le lundi 19 mai 1890, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

MM. les internes sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours. — Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures, du lundi 21 avril au lundi 5 mai inclusivement.

— M. le docteur Védrine, médecin adjoint du lycée de Versailles, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Paris, démissionnaire.

M. le docteur Bréchot est nommé médecin adjoint du lycée de Versailles, en remplacement de M. le docteur Védrine, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1889-1890 sera ouvert le mercredi 16 avril 1890. Il sera clos le samedi 10 mai, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat : les mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18, samedi 19, mercredi 23, jeudi 24, vendredi 25 et samedi 26 avril ;

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat : les mercredi 30 avril, jeudi 1er, vendredi 2, samedi 3, mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9 et samedi 10 mai.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté.

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, doivent joindre, à leur feuille d'inscription, un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre 1889-1890. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

— La Société contre l'abus du tabac vient d'ouvrir un nouveau concours, dans lequel nous trouvons les questions suivantes, qui peuvent intéresser nos lecteurs.

N° 1. *Prix de médecine.* — De l'influence du tabac et de la nicotine sur les fonctions digestives.

Le prix consistera en un lot de livres d'une valeur de 200 francs environ et une médaille de vermeil.

N° 2. *Prix de l'hypnotisme.* — Un prix de 400 francs, dont 100 francs pour rachat de cotisation du vainqueur, est offert par M. Decroix au médecin, français ou étranger, qui relatera le plus grand nombre de cas de guérison d'affections nicotiniques, — mais au moins quatre, — par le renoncement au tabac, obtenu à l'aide de l'hypnotisme et de la suggestion.

Chaque observation devra faire connaître l'âge du sujet, depuis combien de temps il fumait, la quantité approximative de tabac consommé par jour, les symptômes constatés (angine granuleuse, crampes d'estomac, dyspepsie, pyrosis, angine de poitrine, amblyopie, perte de la mémoire, etc.), le nombre de séances de suggestion pour obtenir la guérison, avec les dates à l'appui.

Les mémoires pour les deux prix ci-dessus pourront être rédigés en français, en allemand, en italien ou en espagnol.

Le programme détaillé sera envoyé à toute personne qui en fera la demande au siège de la Société, 38, rue Jacob, Paris.

— M. le professeur Bouchard commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales, le mardi 25 mars 1890, à cinq heures de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 37. — JEUDI 27 MARS 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 27 MARS 1890. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Mesnet a fait une lecture intéressante sur l'autographisme. L'habile neuropathologiste a appelé l'attention de l'Académie sur des faits qui sont du domaine de la physiologie pathologique et qui, s'ils avaient été connus anciennement, eussent sauvé du bûcher un certain nombre de malades, victimes de l'ignorance et du fanatisme.

M. Motais (d'Angers) a exposé un nouveau procédé opératoire du strabisme par avancement musculaire. M. Tarnier a présenté une femme ayant une pigmentation singulière des téguments, au cours d'une grossesse arrivée à terme.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Le criminel (1).

II

Je vous disais, en terminant la dernière leçon, qu'il existe une sorte de dissociation entre le moi moral et le moi intellectuel, entre les actes accomplis professionnellement et les actes de la vie de famille. Cette distinction primordiale, qui domine toute l'histoire du crime, n'est pas admise par M. Guillot qui a écrit : « Le mal n'envahit pas d'un seul coup la conscience humaine. » Mais je m'empresse d'ajouter : Le bien ne s'y développe pas non plus subitement. Souvent, il est vrai, lorsque vous examinerez les accusés, vous constaterez que ce sont des individus nés dans un milieu vicieux et qui n'ont fait que prendre les exemples déplorables qu'ils avaient sous les yeux. Cette influence des milieux n'est pas contestable ; elle apparaît, par les moindres détails, dans toutes les professions. Le prêtre et le militaire ont des manières d'être à eux et des gestes même qui leur sont particuliers. Est-ce que vous croyez que le médecin échappe à cette influence ? Dans tous les temps, les médecins ont passé pour avoir une forme particulière de raisonnement. En somme, on peut dire que le milieu professionnel vous imprègne d'une marque indélébile.

Il y a plus. Nous avons aussi une honnêteté professionnelle très différente, suivant les professions. Dans nos rapports entre médecins, nous tenons un de nos confrères en plus ou moins d'estime, suivant qu'il a des mœurs plus ou moins conformes à un code de déontologie médicale, consacré par l'usage. Et si, en parlant d'un confrère, il nous arrive de dire : « C'est une canaille », cela signifie seulement qu'il ne se conforme pas aux usages de la corporation. Je suis bien aise de constater en passant que, dans la médecine, on est beaucoup plus sévère sur ce chapitre que dans la plupart des autres professions.

Voyons maintenant ce qu'un milieu peut créer, au point de vue de la moralité. Lorsqu'on interroge les inculpés et même les victimes, — car ces deux catégories appartiennent généralement au même milieu, — on éprouve une grande surprise : dans une affaire d'attentat à la pudeur, par exemple, on s'attend à trouver chez le sujet des passions violentes auxquelles il n'a pu résister ; au contraire, on se trouve le plus souvent en présence d'un vieillard, presque toujours un impuissant, et d'une victime qui ne s'est pas révoltée par pudeur, mais parce qu'on ne lui a pas donné les cinquante centimes qu'on lui avait promis.

Vous vous demandez peut-être à quoi tient la multiplicité des accusations contre les vieillards, dans les attentats à la pudeur. C'est que, dans les maisons ouvrières, pendant que le père et la mère vont travailler, c'est l'aïeul qui garde les enfants, et il en a quelquefois huit, dix, quinze sous sa surveillance. Singulière surveillance et singulière éducation, celle que donnent ces vieillards en racontant des histoires de caserne, en général peu édifiantes pour la jeunesse. Je vous signale là une des causes les plus puissantes de démoralisation.

Lorain aurait voulu une loi pour que, dans les grandes villes, si un homme reste veuf avec des filles, il ne puisse pas habiter avec ses filles. Le meilleur ouvrier, lorsqu'il rentre ivre et trouve une grande fille dans son logis, la viole avec plus ou moins de consentement de sa part. Vous le voyez, la proximité de la vie constitue une condition absolument déplorable, au point de vue du vice.

Je vous parlais de l'ivresse. Prenons un exemple. Knabs, qui a été décapité récemment, racontait qu'étant rentré un dimanche chez sa maîtresse qui était absente, comme le petit criait (cet enfant n'était pas de lui), la sœur de sa

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 313.

maîtresse lui dit : « Ne crie pas, voilà le père qui rentre, il est saoûl! » La mère, de son côté, suppliait l'enfant de respecter l'ivresse du père. Vous voyez ce milieu, où le père, la mère, les filles et leurs amants vivaient ensemble sans aucune espèce de honte, et où on gardait seulement une vénération pour l'ivresse paternelle! Dans son interrogatoire, le président ayant demandé à Knabs comment il ne rougissait pas de se faire servir son déjeuner, dans son lit, par la mère de sa maîtresse, il répondit : « Je l'avais bien régalée une fois, elle pouvait bien me régaler à son tour! »

Il y a, dans ces bas-fonds, une corruption absolue. Des petites filles de moins de dix ans se livrent à la prostitution. Il est vrai d'ajouter, qu'on fait en ce moment un grand effort pour améliorer la situation de ces enfants moralement abandonnés.

Vous savez que la campagne a la réputation d'être beaucoup plus vertueuse que la ville. Je connais moins bien ce milieu-là, mais, à en juger par la statistique, les infanticides y sont aussi nombreux, les attentats à la pudeur presque autant. Là encore règne une corruption excessive; seulement le vice y trouve peut-être moins d'occasions favorables à son développement.

Si vous voulez avoir l'opinion des criminels eux-mêmes, je vous citerai un passage des mémoires de l'un d'eux, écrits en prison : « Parmi tous ces hommes, dit-il en parlant de ses compagnons, beaucoup sont à tout jamais perdus; ce sont des bêtes féroces altérées de sang... Chaque crime commis par eux est un sujet d'admiration pour ceux qui les entourent. » Cette dernière réflexion est parfaitement exacte; les grands criminels deviennent de véritables héros dans le monde des prisons.

S'il fallait une nouvelle preuve de l'influence des milieux, nous la trouverions, comme je vous le disais précédemment, dans la statistique des prisons et le nombre incroyable des récidives. Évidemment, il y a, dans les modes de répression, une réforme complète à faire. Le mode actuel favorise tous les instincts criminels, et les augmente loin de les diminuer.

Devons-nous en conclure qu'étant donné un excellent milieu, le jeune homme, qui va en sortir, sera infailliblement honnête? Hélas! il n'est pas rare d'en voir sortir un criminel. Il n'est pas rare non plus de voir sortir d'un milieu extrêmement corrompu un individu d'une moralité irréprochable. Comme exemple de la première anomalie, je vous rappellerai le fait de ce fils de professeur, qui, élevé dans un milieu parfait, au point de vue de l'honnêteté et de la culture intellectuelle, se jette un jour sur la bonne de la maison, la tue et la viole. Les exemples du second cas ne sont pas rares; on a cité, en particulier, plusieurs colonels ou généraux qui étaient sortis d'un milieu détestable.

Je vous rapporte ces derniers faits, non pas pour annihiler l'influence des milieux que je crois énorme, mais pour vous montrer qu'elle n'est pas absolue.

J'ai un mot à vous dire à propos de la responsabilité dans certaines maladies. Il semble, au premier abord, que la diminution de la responsabilité doit survenir principalement, lorsqu'il existe une altération de l'encéphale. Cela est vrai, mais il n'en est pas toujours ainsi : dans certaines maladies aiguës, le délire peut prendre la forme de la combativité ou de la tendance au suicide. La difficulté est encore plus grande dans certaines affections chroniques, qui modifient singulièrement la résistance morale chez les malades.

Il y a peu de temps qu'on a observé des troubles cérébraux dans les maladies du cœur. Le diabète peut entraîner aussi une certaine faiblesse psychique. Pour remonter à la cause de ces délires, il faut invoquer une altération des humeurs, qui produit une véritable auto-intoxication et une modification de la nutrition, sous l'influence de laquelle le sujet se trouve dans les mêmes conditions que s'il avait pris de la belladone ou tout autre poison capable de déterminer des actes délirants.

Il y en a d'autres sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir, notamment l'alcool. Vous voyez les alcooliques dans les hôpitaux, à un moment où ils sont déjà amoindris dans leur individualité. Devant les tribunaux ils sont tout autres. Ils ont du délire et des hallucinations, et, comme ils sont incapables d'aucune réflexion, ils commettent un crime sans hésiter.

Vous me direz peut-être : Cet homme a tué parce qu'il était alcoolique; il l'était par sa faute, qu'on le tue! Mais il y a alcoolique et alcoolique : il y a des gens qui portent bien le vin et d'autres qui le portent très mal. Il faut donc prendre chaque individu à part et ne pas généraliser; il faut faire le *curriculum vitæ* de chacun, en commençant par l'étude des antécédents : très fréquemment vous trouverez, chez les individus arrêtés pour avoir commis un crime en état d'ivresse, des antécédents de folie dans la famille.

Je n'étonnerai personne en disant que le grand ennui des directeurs d'asiles d'aliénés ne vient pas des aliénés eux-mêmes, dont on vient à bout assez facilement, mais du père, de la mère, de la sœur ou du frère de l'aliéné, qui sont toujours plus ou moins atteints, eux aussi, et avec lesquels il est impossible de s'entendre. M. Blanche a fait une remarque très curieuse : c'est que les fils d'aliénés épousaient presque toujours des filles d'aliénés; il se fait là une sélection conduisant sûrement dans l'asile les enfants qui naissent de ces unions.

Quelle que soit la thèse adoptée au point de vue de la responsabilité, une réforme s'impose, car la société n'est pas suffisamment protégée. Lorsque nous disons que la responsabilité d'un inculpé est atténuée, il est remis en liberté, et ce n'est pas ce que nous voulons : il faut séparer les malades de la société tant qu'ils ne seront pas guéris, indéfiniment s'ils sont incurables.

En regard des théories que je viens de vous exposer, s'est créée, en Italie, une école dite l'école d'anthropologie criminelle. Elle a trouvé un apôtre convaincu dans le docteur Lombroso, qui a consacré toute sa vie au triomphe de sa doctrine : si le génie était une longue patience, on pourrait dire que c'est un homme de génie. Il a pensé que, dans cette vieille terre de Rome, où est né le droit romain, qui nous a régis si longtemps, il y aurait un certain mérite à faire naître une nouvelle doctrine qui servirait de base à une réforme fondamentale du Code. Plus heureux dans son pays que dans le nôtre, il a trouvé des partisans jusque dans les premiers présidents des cours italiennes. Ces doctrines, exposées dans un Congrès qui s'est tenu à Paris en 1889, ont été soutenues malheureusement par des orateurs qui se sont laissés aller à de tels excès dans leurs propositions, qu'il n'en fallait pas davantage pour discréditer l'école italienne dans l'opinion publique. L'un d'eux n'a pas craint de demander qu'il n'y ait plus de juges, mais rien que des médecins légistes; ce seront eux désormais qui jugeront leurs concitoyens! J'ai déclaré, pour ma part, que

le jour où cet amendement deviendrait une loi, je donnerais ma démission de médecin légiste.

Ne croyez pas que l'école italienne veuille supprimer les moyens de défense pour la société. Loin de là, elle est plus féroce sur ce point qu'aucune autre doctrine. Elle admet, il est vrai, que presque tous les criminels sont des criminels nés, mais elle demande qu'on les mette en prison pour la fin de leurs jours. Au point de vue social, la sécurité serait donc plus grande si on appliquait sa théorie.

La doctrine, du reste, n'a pas été fondée de toutes pièces par Lombroso. Déjà, en Grèce, régnait le préjugé de la fatalité, et vous vous souvenez tous de la famille des Atrides, qui était marquée du sceau du crime. D'autre part, dans tous les pays, le peuple se méfie à tort ou à raison des gens qui sont affligés de certaines difformités, les bossus, les individus qui louchent, les pieds-bots.

Prenons maintenant l'application de ces préjugés. La première a été faite par Lavater, qui prétendait lire dans la physionomie le caractère d'un individu ; puis par Gall et Spurzeim, qui attribuaient aux bosses du crâne une signification psychologique. Ce système a eu un instant de vogue.

Le jour où Lombroso s'est demandé s'il n'existait pas de caractères somatiques imprimant, à celui qui les porte, la fatalité du crime, pour le reste de ses jours, il avait donc, pour se guider, les préjugés populaires et les tentatives de quelques savants.

Nous allons aborder maintenant la doctrine de l'anthropologie criminelle, mais auparavant je suis obligé de faire un débat. Il est fâcheux que le docteur Lombroso se soit écarté de la critique scientifique pure. Ainsi, il décrit parmi les signes du criminel les plaques de méningite, les ostéomes de la faux du cerveau, le ramollissement cérébral ; mais ce ne sont pas là des affections congénitales, et nous sommes loin du criminel-né ! Il y a aussi tout un chapitre consacré à l'influence des maladies du cœur et du foie sur la tendance au crime : nous rejetterons de notre étude toutes ces questions, qui ne se rattachent pas à la constitution primitive du criminel.

Ce n'est pas tout. On note certains caractères anatomiques chez les criminels après leur mort. Mais cela ne suffit pas : il faudrait pouvoir constater l'absence de ces caractères chez les personnes honnêtes. Or, ce contrôle est à peu près impossible, parce que, quand nous ouvrons un cadavre sur une table d'autopsie, rien ne nous prouve qu'il a appartenu à un honnête homme. On est obligé alors d'accumuler les gros chiffres, de telle façon qu'il devient extrêmement difficile de se reconnaître dans cette statistique.

Je crois que si le docteur Lombroso n'a pas fait triompher sa théorie autant qu'il pouvait l'espérer, c'est qu'il n'a pas apporté assez de rigueur dans ses recherches, c'est qu'il a trop oublié qu'il était médecin. Pour vous en donner une preuve, je vous rappelle ces deux espèces de criminels : d'une part, le type du charretier, vigoureux, puissant, bien musclé, mais peu développé quant au cerveau, et par conséquent obéissant vite à une impulsion ; d'autre part, le type infantile, l'homme arrêté dans son développement, le *minus habens*. Eh bien ! ces deux types, Lombroso les range dans la même catégorie, si bien qu'il compare, les uns avec les autres, des sujets absolument différents. C'est ce départ que nous aurons à faire dans la prochaine leçon.

AUTOGRAPHISME ET STIGMATES

Par M. le docteur Mesnet, membre de l'Académie de médecine.

Il y a dix ans, à l'hôpital Saint-Antoine, M. Dujardin-Beaumetz avait dans ses salles une femme dont la peau rougissait au moindre contact. On pouvait, à l'aide d'un crayon promené sur différentes parties du corps, provoquer des reliefs de toute forme, de toute figure et en quelques minutes.

Cette femme avait des mouvements spasmodiques des paupières et des muscles de la face. Elle était d'une impressionnabilité excessive et présentait quelques phénomènes hystériques et cataleptiques.

Elle avait la peau blanche, fine et d'aspect normal. Mais les téguments avaient perdu tous les modes de la sensibilité. Elle ne sentait ni le chaud, ni le froid, ni la piqûre.

Un simple grattage, une simple application d'une épingle étaient suivis de l'apparition *in situ* d'une rougeur diffuse. A celle-ci succédait une élevure d'un blanc rosé.

En traçant sur ses épaules, sur sa poitrine, etc., le simulacre d'un mot avec une pointe mousse quelconque, on voyait apparaître une rougeur sur la ligne parcourue par la pointe. Deux minutes après, la lettre commençait à se montrer sous forme d'un tracé blanc rosé. Peu à peu la ligne s'étend, grossit, devient de plus en plus saillante et atteint le volume d'une demi-plume d'oie.

M. Mesnet adopte le nom d'*autographisme* pour désigner l'ensemble des phénomènes observés. Il a eu l'occasion d'étudier quatre malades. L'ensemble des observations prouve leur commune origine : troubles fixes et persistants des sensibilités périphériques ; analgésie, anesthésie, insensibilité des muqueuses à leur point d'origine, souvent troubles fonctionnels des organes des sens, particulièrement de la vue et du goût.

D'autre part, l'examen de la sensibilité morale, de l'émotivité, du caractère, démontre chez tous une grande mobilité de l'esprit, une impressionnabilité très vive, des modifications incessantes du caractère, des alternatives de gaieté ou de tristesse que rien ne motive, que rien n'explique ; tantôt de l'indifférence, tantôt de l'exaltation des sentiments ; en un mot, toutes les expressions du nervosisme hystérique, qui s'accuse, du reste, chez la plupart d'entre eux, par les manifestations plus ou moins fréquentes des grandes attaques de l'hystérie convulsive.

Peu importe que la partie de la surface cutanée sur laquelle on fait l'expérience, chez un malade autographique, soit sensible ou insensible, on voit le phénomène se produire, toujours le même.

La malade de la deuxième observation est hémi-anesthésique gauche, avec la ligne médiane du corps pour limite exacte.

Si l'on porte le stylet sur l'épaule, sur le dos, sur le bras gauche, elle ne sentira rien, ni piqûre, ni contact ; elle n'aura aucune connaissance de l'opération pratiquée sur elle ; l'impression portée sur sa peau sera pour elle indifférente et nulle, puisqu'elle n'aura produit aucune sensation.

Du côté droit il en est tout autrement ; la sensibilité conservée s'éveille au moindre contact ; l'impression du stylet promené sur la région dorsale devient sensation dès qu'il a dépassé la ligne des apophyses épineuses, limite exacte de l'anesthésie.

Ces conditions si dissemblables du premier temps de

l'opération ne modifient cependant en rien la manifestation du phénomène autographique; il n'est, sur l'un comme sur l'autre côté de la région dorsale, ni retardé dans son apparition, ni amoindri dans son évolution. Il se manifeste à l'insu de la malade, sans qu'elle éprouve de sensation de chaleur ni de picotement; et, après quatre ou cinq minutes écoulées, l'inscription apparaît dans tout son relief, passant d'une épaule à l'autre, sans différence appréciable.

Il devient alors évident que la sensibilité de la peau est bien condition indifférente, puisque l'impression du stylet sur le côté gauche, *bien que non sentie*, n'en a pas moins son retentissement sur les centres nerveux, centres d'action des actes réflexes, s'accusant par des troubles des vaso-moteurs.

L'autographisme est donc assurément un acte réflexe, répondant à une impression sentie à droite, et non sentie à gauche, dont les effets sont les mêmes sur l'un et sur l'autre côté du corps.

L'autographisme n'a pas une durée éphémère. Les malades en question sont observées depuis 8, 4 et 2 ans.

Quelques malades signalent ce fait particulier, que les reliefs de leur peau variaient aux différentes saisons de l'année, et qu'au printemps ils se montraient plus particulièrement avec toute leur intensité.

L'époque des règles, ainsi que les diverses excitations du système nerveux, reportent momentanément le fait pathologique à son maximum de développement.

L'autographisme ne peut être cliniquement confondu avec la raie méningitique ou typhoïdique, car il n'y a de commun entre eux que la teinte érythémateuse qui suit immédiatement la pression de l'ongle ou du stylet sur la peau du malade en expérience.

Il n'en est pas de même de l'urticaire qui, par ses caractères extérieurs et par ses analogies, se rapproche de l'autographisme au point que tous deux semblaient appartenir au même groupe nosologique.

Cependant, ils se distinguent l'un de l'autre comme se distinguent les différents êtres d'une même famille, par quelques caractères propres à l'individu et qui constituent sa personnalité.

C'est ainsi que l'autographisme a été désigné sous le nom d'urticaire artificiel ou factice, en raison des conditions particulières qui président à son développement; il procède toujours, en effet, d'une cause matérielle, d'une excitation mécanique portée à la surface de la peau; et il a pour caractère *sui generis* la reproduction, en reliefs saillants et teintés, des emblêmes, figures ou mots qu'il a plu à l'expérimentateur de tracer de sa main.

Indépendant de tout état organique appréciable, étranger à la diathèse arthritique qui compte à juste titre dans l'étiologie générale des urticaires, l'autographisme semble avoir pour cause, prédisposant à ses manifestations, les troubles fonctionnels du nervosisme hystérique.

Telle est, du moins, la déduction clinique des observations qui ont servi de base à cette étude.

Tous ces malades sont, en effet, profondément hystériques, non seulement par les troubles sensitivo-sensoriels de leur système nerveux, non seulement par les accidents convulsifs à répétitions fréquentes qu'ils présentent, mais surtout par la facilité avec laquelle ils subissaient tous l'action hypnotique.

Toutefois, il importe, pour rester dans la vérité, de ne considérer l'autographisme que comme un fait exceptionnel dans la série des troubles hystériques, puisque nous l'avons le plus souvent cherché sans résultat, chez un grand nombre de malades névrosés.

Y aurait-il quelque trait d'union, quelque relation intime, entre les troubles des vaso-moteurs périphériques, provoqués par l'excitation mécanique d'un stylet porté sur la peau, et les perturbations cérébrales dynamiques qui accompagnent l'hypnotisme?

En d'autres termes : le phénomène extérieur de circulation capillaire qui se passe sous nos yeux dans l'autographisme, aurait-il son congénère dans un trouble intime et profond de la circulation capillaire du cerveau, trouble que nous ne pouvons constater *de visu*, mais dont les effets se traduisent à nous par une dissociation momentanée dans l'exercice des facultés intellectuelles?

Les découvertes de la physiologie ont porté la lumière dans ces ténébreuses questions. Le diable a dû battre en retraite devant les progrès de la science et de la raison. Et les convulsionnaires stigmatisés d'autrefois, soustraits aux Cours de justice criminelle, sont devenus de sympathiques malades tributaires du médecin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mars 1890. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une note de M. Baillet (de Bordeaux) sur l'organisation et le fonctionnement du service municipal de la vaccine à Bordeaux;

2° Un rapport de M. le docteur Lamarque (de Cauterets) sur les eaux minérales d'Hamman R'Irha.

PRÉSENTATION DE MALADE

Pigmentation singulière de la peau chez une femme au cours d'une grossesse. — M. TARNIER présente une femme, arrivée au terme d'une grossesse normale, et dont les téguments de la poitrine, du dos, du ventre, des cuisses, sont le siège d'une pigmentation spéciale. Les taches sont disséminées et ont une largeur variable. Elles ont commencé à apparaître dès le deuxième mois de la grossesse. Elles sont grandes, tantôt comme une pièce de 50 centimes, tantôt comme une pièce de 1 franc. Ces plaques ont des bords irréguliers et présentent une coloration brunâtre très marquée. La peau qui les sépare est moins foncée qu'à l'état normal.

Cette femme a eu une éruption exactement semblable lors d'une première grossesse. Les taches avaient disparu après l'accouchement. Ce qui est remarquable chez cette femme, c'est la localisation des taches dans des régions où on ne les rencontre pas d'ordinaire pendant la grossesse.

M. HARDY. Il s'agit d'une pigmentation analogue à celle qui constitue le masque des femmes enceintes. D'ordinaire, les taches sont en moins grande abondance que celles qui se trouvent disséminées sur les téguments de la femme que M. Tarnier a présentée à l'Académie.

COMMUNICATIONS

Autographisme et stigmates. — M. MESNET fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 343.)

Nouveau procédé opératoire du strabisme par avancement musculaire. — M. MOTAIS (d'Angers). Dans l'opération classique du strabisme par avancement musculaire, le tendon est

détaché tout entier de son insertion à la sclérotique, attiré en avant et fixé plus ou moins près de la cornée par une suture conjonctivale. Si la suture tient, l'action du muscle augmente d'autant plus que la nouvelle insertion est plus avancée.

Mais il est arrivé, entre les mains les plus habiles, que la suture ne tint pas.

Cet accident vaut qu'on s'en préoccupe. Le malade louche plus après l'opération qu'avant, le tendon, au lieu de rester avancé, reculant au delà de l'insertion normale.

En outre, pour réparer cet insuccès, on doit recourir à des manœuvres qui deviennent difficiles : recherche du tendon au milieu du tissu cicatriciel, nouvelle suture sur des fibres tendineuses déprimées, etc.

Rendre l'avancement musculaire tout au moins inoffensif, même lorsque la suture ne tient pas, tel est le but de notre procédé, qui présente d'ailleurs d'autres avantages.

Après avoir mis à nu l'insertion tendineuse, soulevé le tendon avec un crochet, traversé avec les fils les bords du tendon, la conjonctive et la capsule, nous sectionnons l'attache tendineuse. Mais, au lieu de la sectionner sur toute sa longueur, comme dans le procédé ordinaire, nous nous arrêtons de chaque côté à 1 millimètre environ de la ligne médiane du tendon. Il reste donc une languette médiane adhérente de 2 millimètres, qu'on pourrait sans inconvénient réduire à 1 millimètre.

Pour rendre plus mobiles les deux bords qui doivent être avancés, nous les détachons par deux coups de ciseaux en remontant le long de la languette médiane, sur une longueur de 8 à 10 millimètres, en prenant soin de ne pas couper les fils.

L'opération se termine comme dans le procédé classique.

Nous avons mis dix-huit fois en pratique ce procédé d'avancement musculaire à languette médiane adhérente.

Nous sommes arrivé aux conclusions suivantes :

1° La technique opératoire est facile pour tout opérateur familiarisé avec l'avancement musculaire ;

2° Lorsque la suture tient, les résultats sont semblables à ceux de l'avancement musculaire simple ;

3° Lorsque la suture ne tient pas sur l'un ou l'autre des fils ou sur les deux, on évite une aggravation très fâcheuse du strabisme qui revient à l'état primitif. Pour une opération secondaire, la recherche des bouts tendineux sectionnés retenus par la languette adhérente est facile ;

4° Lorsque la correction a dépassé la mesure, on peut détruire les adhérences nouvelles, comme l'a fait M. Abadie, mais avec plus de sûreté, la languette adhérente ne permettant pas au bord tendineux détaché de reculer au delà de l'insertion normale.

LECTURE

Tétanos traumatique grave, terminé par la guérison. — M. VILLEMIN lit, au nom de MM. Soles et Fromaget (de Bordeaux), un travail sur le traitement du tétanos traumatique.

Le traitement consiste dans l'administration d'eau-de-vie allemande et d'injections sous-cutanées de pilocarpine. Des bains de vapeur favorisent aussi l'élimination des toscines.

Dans le but de combattre les contractures et de mettre fin aux douleurs, il faut donner du chloral, de la morphine et du bromure de potassium.

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret. M. Hérard donne lecture d'un rapport pour le classement des candidats au titre d'associé national.

Ce classement est ainsi fait : en première ligne : MM. Raimbert (de Châteaudun) et Diday (de Lyon) ; en deuxième ligne, MM. Levieux (de Bordeaux), Mignot (de Chantelle), Nivet (de Clermont-Ferrand) et Rollet (de Lyon).

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Le corps de santé militaire italien.

Nous empruntons au *Journal des Débats* les renseignements suivants sur l'autonomie des médecins militaires italiens.

Le caractère militaire effectif, reconnu aux commissaires et aux comptables, est attribué *a fortiori* aux membres du corps de santé, et se manifeste également par la désignation même du grade : général médecin, colonel médecin, capitaine médecin, lieutenant ou sous-lieutenant médecin... Aucune des prérogatives attachées au titre d'officier ne leur est refusée, pas même la présidence éventuelle des conseils de guerre ; mais, en outre des avantages que comporte une situation aussi nettement définie, les médecins militaires jouissent dans l'armée italienne d'une indépendance qu'on trouverait peut-être exagérée ailleurs. L'autorité du colonel médecin, directeur de santé d'un corps d'armée, est quasi absolue au point de vue technique, même depuis que la loi de 1887 a remplacé par une inspection générale l'ancien comité de santé militaire siégeant au ministère de la Guerre, corps purement consultatif, qui n'avait aucune action sur le personnel, non plus que sur l'exécution du service. Il en est à peu près de même du médecin en chef divisionnaire, qui exerce, dans les mêmes conditions qu'un chef de corps, la direction médicale, administrative et disciplinaire des hôpitaux militaires et établissements balnéaires de la division, ainsi que le commandement direct d'une Compagnie de santé composée d'aides d'hôpital, d'infirmiers et de brancardiers.

Jamais nos médecins militaires, émancipés depuis si peu de temps, n'ont osé souhaiter dans leurs rêves les plus audacieux une autonomie aussi complète.

Et pourtant, on assure que le recrutement du personnel des officiers médecins ne s'opère pas sans difficulté, surtout depuis la création — en 1883 — de l'École d'application du service de Florence.

En effet, cette École qui n'admet que des docteurs comme l'École d'application du Val-de-Grâce, n'a pas seulement pour but de perfectionner, au point de vue spécial de la médecine militaire, l'éducation qu'ils ont reçue dans les Universités : elle se propose encore, dit le règlement organique, « de les habituer à la vie militaire et de raffermir dans leur âme les sentiments d'honneur et de discipline auxquels l'officier doit constamment conformer sa conduite ».

Pour y arriver plus sûrement, on commence par incorporer l'aspirant médecin dans la compagnie de santé du corps d'armée de Florence, et pendant deux mois on le confie à l'un des régiments d'infanterie de la garnison qui se charge de lui inculquer l'instruction ordinaire du soldat. Il entre alors à l'École, mais pour en être bientôt détaché et faire, comme caporal, le service d'infirmerie et d'ambulance dans un corps de troupe, qu'il accompagne aux grandes manœuvres ou au camp d'instruction.

A son retour seulement, il est attaché, en qualité d'aide, à l'une des divisions de malades de l'hôpital militaire de Florence, et enfin, au mois de janvier, il subit un examen, à la suite duquel il est nommé sous-lieutenant médecin. Voilà, sans contredit, une initiation sérieuse ; toutefois, on comprend qu'un tel régime effraye quelque peu les candidats, surtout au sortir de la libre vie d'étudiant.

Pour les attirer et les retenir dans l'armée, on a parlé il y a quelque temps d'allouer aux officiers médecins une indemnité professionnelle en sus de la solde habituelle de leur grade, mais j'ignore quelle suite a pu être donnée à cette proposition qui achèverait de faire de l'Italie le « paradis » des médecins militaires.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

134. M. DUCHESNE. Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. — 135. M. FORTUNIADÈS. Étude sur le chancre syphilitique des paupières. — 136. Mme LOWENTHAL. Contribution à l'étude du rétrécissement mitral pur. De l'influence réciproque du rétrécissement mitral et de la grossesse. — 137. M. MAURIN. Appendicullite et péritonite appendiculaire. — 138. M. LYOT. Traitement des prolapsus du rectum. — 139. M. JARRE. De quelques complications suppuratives de la grippe. — 140. M. LASSIME. Contribution à l'étude de la propagation de la fièvre typhoïde par l'air. — 141. M. LOWENTHAL. Méthode dans les sciences médicales (analyse et synthèse). Essai d'une étude historico-philosophique. — — 142. M. CARMICHAEL. Essai sur l'éléphantiasis des Arabes. — 143. M. BUSSON. Cancer de l'ampoule de Vater. — 144. M. MONIN. Étude sur les nodules osseux sous-cutanés. — 145. M. GOURMAUD. Contribution à l'étude du traitement du varicocèle. — 146. M. MOULS. Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. — 147. M. CHEVRIER. Contribution à l'étude du traitement des fistules recto-vaginales. — 148. M. RODIER. De l'emploi des injections de cocaïne dans les extractions dentaires. — 149. M. GIESELER. Traitement des fibromyomes utérins par l'électricité. — 150. M. PELLISSIER-VASILIU. Contribution à l'étude des vergetures et principalement des vergetures arrondies (macules atrophiques). — 151. M. BUREAU. Traitement chirurgical des pyonéphroses. — 152. M. GREIWER. Contribution à l'étude du traitement de la cystite tuberculeuse. — 153. Mlle KRIKUS. La moralité des enfants hérédo-syphilitiques. — 154. M. DELAUNAY. Claudication intermittente d'origine vasculaire. — 155. M. ATHANASSIO. Des troubles trophiques dans l'hystérie. — 156. M. MALAVIALE. Contribution à l'étude de la pleurésie diaphragmatique. — 157. M. LAGAIN. Traitement de la péritonite aiguë par l'opium. — 158. M. LEGRY. Le foie dans la fièvre typhoïde. — 159. M. ALBOT. De la pseudo-angine de poitrine hystérique chez les cardiaques. — 160. M. GODART. L'enseignement pratique de l'hygiène à la Faculté de médecine de Paris. — 161. M. CHAILLOUS. De l'hémorrhagie dans la macula. — 162. M. MASCAREL. Traitement chirurgical de la laryngite tuberculeuse. — 163. M. WACQUEZ. Les tumeurs végétantes de l'ovaire. — 164. M. LASKINE. Essai critique sur la version bipolaire. — 165. M. DESTARAC. De la persistance de l'hymen dans la grossesse au point de vue obstétrical et médico-légal. — 166. M. CHAIGNEAU. Étude comparative des divers agents anesthésiques employés dans les accouchements naturels.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le nombre des étudiants en médecine de la Faculté de Paris, en cours d'études au 15 octobre 1889, était de 3894. Ils étaient répartis, par années, de la manière suivante :

Première année, 1067; deuxième année, 481; troisième année, 616; quatrième année, 317; cinquième année, 1313.

Ces 3894 étudiants comprennent 3773 hommes et 121 femmes.

Sur ces 121 femmes, il y a 107 étrangères et 14 françaises.

Les 107 femmes étrangères appartiennent aux nationalités suivantes : américaine, 1; anglaise, 9; autrichienne, 1; grecque, 1; russe, 93; serbe, 1; turque, 1.

Sur les 3773 hommes, on compte 3151 français et 622 étrangers.

Donc, sur 3894 étudiants en médecine, il y a 729 étrangers et étrangères et 3165 Français et Françaises, c'est-à-dire près d'un sixième de l'effectif total.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 mars 1890, un concours s'ouvrira le 10 novembre 1890, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine d'Angers.

— *Prix Civiale.* — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires des hôpitaux de Paris pour le prix biennal de 1000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique avant le 15 octobre 1890, au plus tard.

Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général.

— M. le docteur Jablonski, médecin adjoint du lycée de Poitiers, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Robert, décédé.

M. le docteur Chrétien, professeur suppléant à l'École de médecine de Poitiers, est nommé médecin adjoint du lycée de Poitiers, en remplacement de M. le docteur Jablonski, appelé à d'autres fonctions.

— *Hôpitaux de Paris.* — MM. les élèves internes et externes sont prévenus que les cours de médecine opératoire, pour la saison d'été, commenceront le lundi 14 avril 1890, à quatre heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du 7 avril.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques d'histologie du semestre d'été commenceront, sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux, le mardi 15 avril 1890, et se continueront les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, de une à trois heures de l'après-midi (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine).

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires pendant le semestre d'été, pour tous les élèves de seconde année. (Les étudiants pour l'officiat ne sont pas astreints à ces travaux.) — MM. les étudiants seront convoqués individuellement par une lettre spéciale.

— M. Maxime Cornu commencera le cours de culture le vendredi 28 mars 1890, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera, à la même heure, les mercredis et vendredis suivants. — Ce cours aura pour objet la modification des végétaux par la culture; l'étude des variations obtenues sous l'influence des semis, des croisements, de l'hybridation; résultats que donne la sélection raisonnée; fixation des formes nouvelles. Les leçons pratiques auront lieu au laboratoire de culture à la suite des leçons professées à l'amphithéâtre.

— M. le docteur Dareste commencera ses cours d'embryogénie normale et tératologique, à l'École pratique (bâtiment du musée Dupuytren), le mardi 15 avril 1890, à quatre heures, et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu le samedi 29 mars 1890, à huit heures et demie très précises du soir, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, et, 14, rue des Poitevins. « Les tribus sédentaires de la Tunisie du Sud », par M. le docteur Ernest Hamy. — Projections par M. Molteni.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La tuberculose en Belgique, par le docteur Edmond DESTRÉE, agrégé suppléant à l'Uuiversité de Bruxelles, et le docteur Émile GALLEMAERTS, médecin adjoint à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles. 1 vol. in-8° de 141 pages et 14 planches. — Prix : 4 francs. — Bruxelles, Henri Lamertin.

Les progrès de l'art dentaire. Historique et description de l'art du dentiste, par D.-A. TAYAC, chirurgien-dentiste. 1 vol. in-18. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Alger et la tuberculose pulmonaire, par le docteur GANDIL. 1 vol. in-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire.

Par M. le docteur Tuffier,
Chirurgien des hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

I

Le testicule, dans sa migration de la région supérieure de l'abdomen vers les bourses, peut être arrêté en différents points. Il peut demeurer et s'égarer dans la cavité abdominale, affleurer l'orifice inguinal ou se fixer dans ce trajet lui-même. Ce sont là des *ectopies fixes*. Il peut encore descendre dans le scrotum, puis, sous l'influence de diverses causes, remonter soit dans le pli de l'aine, soit dans l'abdomen. Il constitue ainsi des *ectopies intermittentes*.

Les plus fréquentes, car on les trouve 1 fois sur 1000 chez les enfants, sont les ectopies *fixes inguinales*; le testicule est dans le pli de l'aine, il s'y meut mais il y reste; souvent une hernie l'accompagne. Une pareille malformation n'est pas sans inconvénient et sans danger. Les observations de Curling (1), Lecomte (2), Godard (3), Pâris (4), Richter (5), MM. Valette (6), Le Dentu (7), Dufour (8), démontrent que les inflammations dont les glandes ectopiées sont l'objet acquièrent fréquemment une gravité spéciale chez les jeunes gens : des symptômes de péritonisme ou même de péritonite, des accidents d'étranglement interne ont été observés. Plus tard, la glande devient fréquemment le siège de néoplasmes et, à cet égard, je puis citer les faits de Godard (9), Lecomte (10); ceux de Spry (11), Johnson, Gama, les observations de Szymanowski (1), rapportés dans la thèse de M. Le Dentu.

La *situation anomale à elle seule*, par la gêne continuelle et les douleurs qu'elle provoque, conduit quelquefois les malades à réclamer la castration (Hamilton). Toutefois, ce sont là des accidents peu fréquents et la gravité toute particulière de cette ectopie consiste dans la *stérilité* qui l'accompagne; cette stérilité a guidé les chirurgiens dans le choix des différentes interventions qu'ils ont proposées. Et la chose se comprend : si la glande est inutile et peut devenir dangereuse, il faut la supprimer, c'est la théorie que défend Thiriar dans son mémoire de 1887. Si, au contraire, ses fonctions de spermatogenèse peuvent être normales, la conservation s'impose.

L'hypothèse de la stérilité pourrait *a priori* trouver appui dans l'atrophie ou les malformations concomitantes des organes génitaux, mais elles sont rares, et la seule que j'ai rencontrée fréquemment, consistait en un *phimosis*.

La première notion à élucider, au point de vue de l'intervention, consiste donc à savoir quelle est la constance ou la fréquence de cette stérilité. Des observations de Godard (2), de Cloquet, Curling, Beigel, Bright, M. Valette, Albert (de Vienne), M. Monod, il résulte que : au moment de son apparition dans le canal inguinal, à la puberté et même dans les premières années de l'âge adulte, à vingt-deux, vingt-quatre, vingt-six ans, le testicule ectopié conserve ses fonctions. Beigel cite le fait d'un jeune homme de vingt-deux ans atteint d'ectopie inguinale du testicule, et dont le sperme contenait des spermatozoïdes parfaitement développés; M. Maréchal rapporte l'examen micrographique d'un testicule ectopié provenant d'un jeune homme de vingt ans, l'évolution spermatogénique s'y passait normalement. Curling cite le cas d'un malade de Bright, le testicule gauche ectopié était exactement semblable au testicule droit descendu dans les bourses. M. Verdier a vu un fait analogue. J'ajouterai que, dans tous les cas que j'ai observés chez les jeunes gens, j'ai trouvé à la pression la douleur testiculaire caractéristique. Si l'on examine tous ces faits, on voit qu'il s'agit de sujets relativement jeunes, il en est tout autrement si on relève en bloc toutes les observations. La stérilité paraît alors le fait constant. Cette différence tient à ce que les examens

(1) Curling. *Maladies du testicule.*
(2) Lecomte. Thèse de Paris, 1851.
(3) Godard. *Mémoire sur la monorchidie et la cryptorchidie*, p. 84.
(4) Paris. Thèse de Strasbourg, 1857.
(5) Richter. *Traité des hernies*, p. 122.
(6) Valette. *Lyon médical*, 1865.
(7) Le Dentu. Thèse de Paris, 1869.
(8) Dufour. Thèse de Bordeaux, 1887.
(9) Godard. Loc. cit.
(10) Lecomte. Loc. cit.
(11) Spry. *Lancet*, 1857.

(1) Szymanowski. *Austalt Zahrbucher*, 1861.
(2) Godard. Loc. cit.

portent sur des ectopies de longue date, sur des sujets adultes ou sur des vieillards.

La conclusion s'impose. L'arrêt de développement qui entrave la migration du testicule ne frappe pas l'évolution de la glande. Ce testicule est d'abord normal, ce n'est que par suite de sa situation qu'il perd ses propriétés physiologiques. C'est un fait que des études expérimentales en voie d'étude nous aideront à établir. En tous cas, les observations que nous venons de citer permettent d'espérer qu'en supprimant l'anomalie de position, et en rendant de bonne heure à l'organe sa situation normale, il continuera à se développer. Si j'en crois les résultats que je viens de constater sur des malades opérés depuis deux ans, cette espérance serait réalisée.

Cette première donnée a une importance capitale. M. Aubert a préconisé l'ablation préventive du testicule ectopié; M. Dufour, après la cure radicale des hernies concomitantes, embarrassé du testicule, dont il ne sait que faire, en propose l'ablation; l'opération devient certainement ainsi beaucoup plus facile; Hamilton, en face d'un malade atteint d'une ectopie inguinale testiculaire douloureuse, propose et exécute la castration. Je crois qu'il faut rabattre de ces moyens radicaux et je souscris volontiers au vieil adage du bon A. Paré : « Il ne faut pas se haster d'oster les testicules à ces pauvres jeunes gens. »

L'intervention me paraît indiquée en pareils cas, et cette intervention doit consister à descendre et à fixer le testicule. Ces idées d'intervention chirurgicale *conservatrice* ne sont pas récentes, elles datent de 1820. Koch (de Munich) guérit ainsi un malade. Il n'eut pas d'imitateurs, parce que les chirurgiens étaient dominés par l'idée théorique d'une brièveté anomale du cordon, il ne pouvait être question de l'allonger. Chelius, en 1836, eut le mérite de montrer que les vaisseaux étaient toujours suffisamment longs pour ne mettre aucun obstacle à la descente de la glande. Toutefois, l'opération fut abandonnée; Curling la rejette catégoriquement, plus tard, il opère un enfant qui meurt; Partridge ne fut pas plus heureux, chez un jeune homme; Adams perdit un malade d'érysipèle et de péritonite.

Ces résultats étaient peu encourageants, aussi faut-il arriver à la chirurgie antiseptique pour voir se renouveler, et cela avec une série de succès, les tentatives jusqu'alors malheureuses : Annandale, Wood, Richard Owen (en Angleterre), Nicoladomi et surtout Max Schuller (en Allemagne), opérèrent avec un égal succès opératoire et thérapeutique. En France, M. Lucas-Championnière obtint un succès dans un cas de cryptorchidie abdominale. J'ai moi-même, dans un mémoire qui fut l'objet d'une discussion de la Société de chirurgie, étudié expérimentalement les conditions de réussite de l'opération, et présenté trois malades opérés avec succès par une méthode non sanglante : la simple expression du testicule hors du canal inguinal et la fixation au fond du scrotum. J'ai eu, depuis cette époque, l'occasion d'intervenir dans sept cas, j'ai revu tous mes opérés, j'ai eu l'occasion de voir cinq des résultats obtenus par mes collègues. Si bien que j'ai eu en tout onze opérations et seize résultats, qui sont publiés *in extenso* dans la thèse de M. Duchesne (1). Les faits que j'ai constatés me permettent de m'inscrire en faux contre une opinion que l'on croirait plus ancienne : « La chirurgie française reculerait devant une opération semblable, présentant tous les inconvénients et aucun des avantages de la castration (1). » J'affirme, au contraire, la bénignité et l'efficacité de l'intervention.

(1) Duchesne. *Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire*, Paris 1890.

Voyons *quand* et *comment* on l'effectuera, nous analyserons ensuite ses suites, ses résultats et ses indications.

II

Deux cas peuvent se présenter : ou bien l'ectopie est simple, ou elle est compliquée de hernie. Le moment de l'intervention varie dans les deux cas. La migration testiculaire est fréquemment retardée chez les enfants jusqu'à six, dix et quinze ans. De plus, nous savons qu'à cet âge le testicule en ectopie ne subit pas de transformations atrophiques notables. Il paraît donc alors inutile d'opérer. Toutefois, j'ai vu chez un de mes petits malades, âgé de sept ans, le testicule, descendu et fixe, devenir beaucoup plus volumineux que son congénère laissé dans l'aine. Il semble donc que, si, dans le jeune âge, la migration imparfaite ne détruit pas la fonction spermatogénique, elle en retarde le développement. Aussi sans arrêter de limites fixes, je crois qu'il convient d'attendre l'âge de douze à quinze ans pour intervenir. Si alors le testicule n'a aucune tendance à descendre, s'il ne s'est fait aucune trace de migration et surtout s'il est et s'il demeure en dehors de l'anneau externe, et qu'il soit douloureux, l'intervention s'impose.

Dans les cas de *hernie concomitante*, les indications opératoires varient suivant que la hernie intestinale peut être ou non séparée du testicule. Si la hernie est complètement, facilement réduite et maintenue telle, le testicule sortant à l'anneau externe, un bandage en fourche permet de maintenir l'intestin sans comprimer la glande, et on peut alors attendre que la descente s'opère spontanément et que l'anneau inguinal se rétrécisse, la guérison peut devenir complète, mais ce sont là les résultats les plus rares. En général, testicule et hernie sont si voisins qu'un bandage ne peut comprimer l'un sans l'autre, de là la nécessité ou bien de réduire le tout dans le ventre, ou bien de laisser le tout à l'extérieur; le testicule opérant ainsi sa migration jusqu'au fond des bourses. La première façon d'agir aboutit à la cryptorchidie : si elle peut être discutée dans les cas où l'un des testicules est à sa place, elle me paraît devoir être rejetée quand la hernie est bilatérale. Je sais que les cryptorchides abdominaux peuvent être féconds, mais il me semble à l'heure actuelle, où la bénignité de la cure radicale est un fait démontré, qu'aucun chirurgien n'hésiterait entre une pareille infirmité et les chances d'un traitement chirurgical de la hernie. D'ailleurs, les travaux de M. Trélat n'ont-ils pas établi la gravité toute spéciale de la hernie congénitale ? La présence d'une de ces hernies compliquant l'ectopie serait donc une raison pour abaisser la limite de l'âge auquel on doit intervenir contre l'ectopie.

Le *manuel opératoire*, à appliquer dans ces cas, n'est pas bien défini. Si nous savions quels sont les agents qui arrêtent le testicule dans sa migration, nous pourrions peut-être établir un traitement rationnel, pathogénique; malheureusement, bien des causes ont été invoquées : le testicule trop gros, l'anneau trop petit, le gubernaculum mal inséré ou

(1) Thèse de Dufour, 1887.

faisant défaut, une péritonite fœtale, une adhérence à l'intestin (1).

Au point de vue pratique, nous pouvons faire bon marché de toutes ces causes qui ont peut-être chacune une part de vérité, et la seule question qui nous occupe c'est de savoir si le testicule ectopié peut descendre au fond des bourses, si la longueur du cordon le lui permet. Dans mes dix opérations, j'ai trouvé le cordon très suffisamment long pour permettre la descente de la glande, mais à la condition expresse *qu'il soit libéré de toutes ses adhérences celluleuses ou séreuses*.

J'ai toujours vu le testicule arrêté par sa séreuse vagino-péritonéale ou ses vestiges trop courts, et maintenu par ses adhérences; je n'ai jamais été obligé de débrider l'anneau pour faire descendre la glande, et je n'ai pas vu d'adhérences à l'intestin en cas de hernie concomitante; mais en revanche, j'ai constaté l'oblitération du scrotum par tissu cellulaire que j'étais obligé de déchirer pour créer une voie artificielle, et une loge nouvelle au testicule.

Nous sommes donc certains de pouvoir amener la glande jusqu'au fond des bourses. Les moyens que j'ai employés pour y arriver sont de deux ordres : 1° des procédés de douceur, véritable massage destiné à provoquer la migration testiculaire; 2° des procédés sanglants qui ne doivent être mis en œuvre qu'après l'échec des premiers.

Au point de vue de l'intervention, j'envisagerai successivement les ectopies simples dans lesquelles la situation anomale du testicule constitue toute la maladie, et les ectopies compliquées de hernie.

III

Ectopies simples. — I. Le procédé de douceur consiste en un simple refoulement méthodique de la glande de haut en bas. Il faut appliquer là toutes les lois du massage : commencer par des pressions douces pour arriver à de véritables tractions; la force à employer est indiquée par la sensibilité du testicule, ce n'est que la douleur du malade qui doit faire cesser les manœuvres. En agissant progressivement, on est étonné de la pression que peuvent subir le testicule et le cordon. Chaque séance de massage peut durer dix à quinze minutes, elle peut être répétée tous les deux jours, puis tous les jours. J'ai poursuivi ainsi, sans aucun inconvénient, pendant un mois, ces manœuvres. Toutefois, je ne conseille pas de persévérer aussi longtemps; quand la lésion ne s'est pas sensiblement modifiée après une dizaine de séances, la méthode a peu de chances de réussir. Si je m'en rapporte aux malades que j'ai vus, je dirai même que, passé ce temps, on échoue toujours. Si, au contraire, le testicule après chaque séance est notablement abaissé, s'il remonte seulement dans leur intervalle, il faut continuer jusqu'à évolution complète. La descente doit être obtenue, et complètement obtenue; si la glande n'arrive pas au fond des bourses *il est inutile de tenter aucune fixation, elle échouera fatalement.*

Le premier temps achevé on procède à l'*orchidopexie :* pour cela je passe, à travers la région scrotale attenant à la cloison des bourses, un fil de catgut, ou mieux un fil de soie aseptique qui embroche la partie inférieure de la glande testiculaire et ressort tout près de son orifice d'entrée. Il est serré là sur un gros catgut ou noué directement sans striction violente. Un pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate maintient le tout; le fil de soie est enlevé du septième au dixième jour, le fil de catgut serait abandonné.

Il se fait ensuite des adhérences qui maintiennent la glande (1). Je dois m'expliquer sur cette fixation, car la discussion de la Société de chirurgie a laissé la question pendante. Les uns ont nié son utilité, et ont dit que le testicule descendant au fond des bourses, il est inutile de l'y fixer. C'est une erreur, la glande descendue mécaniquement, si on l'abandonne à elle-même, tend à regagner l'anneau inguinal, et à se greffer en un point quelconque des bourses : j'ai constaté le fait dans mes trois premières interventions. Quand elle est fixée et adhérente, un simple pansement bien fait la maintient à ce niveau, jusqu'à ce que les adhérences rendent cette situation définitive. Mes observations le prouvent; chez un de mes petits malades, chez lequel l'adhérence à la peau s'était relâchée, le testicule remonta jusqu'à mi-chemin de l'anneau.

Je viens de lire un fait aussi démonstratif. W. Cheyne, en présence d'un de ces insuccès, n'hésite pas à fixer la glande non seulement au scrotum, mais à une tige d'acier placée en dehors des bourses. En dix jours, un résultat parfait était obtenu et plusieurs mois après il ne s'était pas démenti (2).

Cette fixation est donc utile. Les moyens de l'obtenir sont multiples.

La suture de la seule vaginale est possible, mais insuffisante, la séreuse est souvent assez large et elle permet au testicule d'évoluer dans sa cavité; la glande tend toujours à remonter. La fixation à travers l'épididyme serait désastreuse, car elle interromprait la continuité du canal excréteur. Quant à appliquer le fil sur cette partie du testicule qui adhère normalement au dehors, c'est peut être une vue théorique, la région qu'elle occupe est très vasculaire, et facile à étirer, deux conditions défectueuses, car il faut éviter de « planter le clou dans la tenture ». Pour toutes ces raisons, je crois qu'il est préférable de s'adresser à la glande.

Je puis ajouter qu'elle est inoffensive : avant de l'employer chez l'homme, j'avais fait à cet égard un grand nombre d'expériences sur les animaux. Les détails en seront publiés ailleurs, les conclusions nous importent seules. Il est impossible de fixer le testicule par l'albuginée seule. Les chirurgiens qui prétendent le faire seraient d'une habileté bien surprenante, car cette enveloppe n'a que 70 μ d'épaisseur et je ne sache pas qu'aucune aiguille présente des dimensions aussi faibles. C'est donc là une vue théorique et une illusion. La nécessité de traverser la glande me faisait craindre ou la suppuration, ou l'atrophie du testicule. Il n'en est rien.

---

(1) Quant à la cause de l'arrêt de développement, je puis dire que la dissection sur le vivant m'a montré une absence de cavité scrotale remplacée par un feuillet celluleux facile à déchirer; je n'ai jamais rien trouvé qui rappelât le pilier du gubernaculum qui va s'insérer au fond des bourses. Mais, dans une observation inédite, j'ai trouvé une cause d'ectopie fort curieuse. Un cordon fibreux rouge allait de la partie adhérente du testicule dans le voisinage de l'anus, véritable aberration du faisceau inférieur du testicule qui guidait sa descente vers le périnée et l'anus. Je redressai l'erreur de la nature et je ramenai le testicule dans la bonne voie en disséquant le gubernaculum, en le séparant du périnée et le fixant au fond des bourses.

(1) Cette fixation est applicable à toutes ces variétés curieuses d'*ectopies intermittentes* dans lesquelles le testicule est projeté par le crémaster dans le canal inguinal ou dans l'abdomen, où il séjourne temporairement ou indéfiniment.

(2) Cheyne. *Méd. mod.*, n° 6.

Le *catgut* se résorbe du septième au dixième jour après lesquels on ne retrouve plus même la trace du corps étranger dans la glande.

La *soie* détermine autour d'elle une zone de sclérose de 1 à 2 millimètres. Dans tout le reste de l'organe, le travail de spermatogenèse s'effectue sans la moindre modification, et l'évolution normale du tissu, chez les animaux adolescents, n'est en aucune façon troublée. Cette bénignité n'est acquise que par l'asepsie, tout fil qui ne remplit pas ces conditions amène une suppuration des lobules glandulaires correspondants.

Le *point de la glande* où doit passer le fil me paraît être la partie antérieure et inférieure, car elle n'est pourvue que de rares vaisseaux et constitue normalement la partie la plus déclive du testicule.

La fixation testiculaire sous le couvert de ces différentes précautions est inoffensive, elle est efficace comme les observations de nos trois malades, présentés à la Société de chirurgie et opérés maintenant depuis deux ans et demi, le prouvent. Mais, je le répète, ce n'est qu'un fait secondaire dans l'opération de la descente artificielle du testicule. Elle facilite et localise des adhérences, voilà tout.

II. La méthode sanglante consiste à aller chercher le testicule arrêté au pli de l'aine, à le libérer de tous ses moyens de fixité anomaux et à le descendre de vive force dans le scrotum. Pour cela une incision, partant du milieu de la région antérieure des bourses, remonte jusqu'au milieu du trajet inguinal. La dissection des différents plans conduit sur la glande testiculaire. Dans mes cinq opérations, j'ai trouvé une tunique vaginale entourant la glande et se continuant ou non avec le péritoine par un *canal* ou un *cordon*, vestige du conduit vagino-péritonéal. On libère alors de ses adhérences cellulo-fibreuses la face externe de la séreuse, jusqu'à ce que l'on puisse facilement en faire le tour avec le doigt placé entre elle et le trajet inguinal.

La descente de l'appareil testiculaire gagne peu à cette manœuvre, il descend de quelques centimètres, mais n'arrive pas jusqu'au fond des bourses et, en essayant de l'attirer, on sent très nettement que ce n'est ni le testicule, ni le cordon spermatique qui forment l'obstacle, mais que c'est bien la *séreuse* qui les entoure ou ses vestiges, sous forme d'*une bride fibreuse unissant la vaginale au péritoine*. C'est pour ne pas m'être rendu compte de ce fait que, dans mes premières opérations, j'ai obtenu des résultats imparfaits.

Quand on est arrivé sur la séreuse, il faut l'ouvrir au-dessus du sommet du testicule, laissant à la glande de quoi refaire une vaginale, puis disséquer toute la région supérieure, comme s'il s'agissait d'un sac de hernie, jusqu'au niveau de la cavité péritonéale où on lie et on résèque le trajet ou les brides qui le remplacent. Le testicule descend alors facilement au fond des bourses et même au delà.

On ferme alors la vaginale au catgut et on introduit le tout dans le scrotum.

Il faut, en général, faire alors de vive force une place à la glande dans le scrotum qui est plan, uni et comblé par une lame celluleuse, dont les mailles doivent être déchirées pour y mettre la glande. La fixation se fait alors un peu différemment que dans le premier procédé. Au lieu de traverser complètement le scrotum, le fil destiné à maintenir le testicule est fixé à la face profonde du derme, si bien qu'il n'apparaît pas à l'extérieur.

J'ai ajouté à cette suture un autre mode de fixation qui m'a donné un excellent résultat. Le testicule fixé dans les bourses ne provoque qu'une faible rétraction au moment même de l'opération, mais après quelques semaines on peut voir cette rétraction s'accentuer, elle est due au retrait du cordon spermatique. Pour éviter cet inconvénient, je fixe aux deux piliers, ou au pilier externe seul, les parties celluleuses ou même l'une des petites veines spermatiques au moyen d'un fil de soie. Le ou les deux fils sont disposés de façon à exercer une légère traction de haut en bas sur la partie du cordon comprise dans l'abdomen, de sorte que le testicule ne subit plus aucun retrait de ce côté et n'a plus de tendance à remonter.

La dernière opération ainsi pratiquée a parfaitement réussi et le testicule n'a pas quitté le fond des bourses.

Les parties molles sont alors suturées au crin de Florence et réunies sans drainage.

Dans les cas de *hernie inguinale concomitante* simple ou étranglée, j'ai toujours suivi les mêmes règles opératoires et thérapeutiques, j'ai fait la cure radicale, conservé et fixé le testicule. Je ne saurais souscrire en aucune façon aux conclusions de Dufour qui veut, dans tous les cas, abattre la glande qui est gênante et inutile. La gêne qu'apportent, à l'opérateur, le testicule et le cordon est incontestable, mais, avec un peu de patience et de soin, on peut séparer ces éléments du sac herniaire. Quant à la glande, outre « une illusion consolante » ou « une action morale », elle peut avoir une autre utilité. Descendue, fixée et maintenue dans les bourses, elle se développe et elle est susceptible, comme un des malades opéré par M. Péan en est une preuve, de produire des spermatozoïdes normaux.

IV

Telle est l'opération. Voyons maintenant ses suites et ses résultats.

Les accidents opératoires sont peu nombreux, je laisse de côté les deux cas de mort rapportés par Curling et Adams. Les deux malades ont succombé à des phénomènes infectieux, que nos procédés actuels de pansement ont banni de la chirurgie. Sur huit malades, j'ai opéré onze testicules (1), je n'ai eu aucun décès, et je n'ai échoué complètement qu'une seule fois. Il s'agissait d'un malade opéré à Necker et qui, au lendemain de l'intervention, fut victime de l'épidémie d'influenza et d'une double broncho-pneumonie avec délire. Le pansement et les sutures furent arrachés et le testicule suppura et fut éliminé; le malade guérit. Chez tous les autres, l'intervention donna un bénéfice variable. Mes quatre opérés par le massage et la fixation ont été revus deux ans après, le testicule était encore très mobile dans les bourses, mais il n'était plus fixé à l'anneau, les glandes étaient fermes et bien développées et habitaient le fond du scrotum. Des sept opérations par la méthode sanglante : incision, libération, cure radicale et fixation du testicule et du cordon, j'ai obtenu un résultat parfait, le testicule habite constamment le fond des bourses, il n'a aucune tendance à remonter, j'avais fixé le cordon au pilier inguinal. Les six autres ont un résultat incomplet, la glande n'est plus fixée dans le trajet, ni à l'anneau inguinal, mais elle se trouve à mi-chemin du pubis et du fond des bourses. Elle est bien développée et nullement douloureuse. Les malades qui ont été opérés affirment

(1) Ce chiffre s'élève aujourd'hui à quatorze.

tous qu'ils n'ont plus de douleurs ni de gêne. Des cinq malades opérés par mes collègues et dont j'ai pu constater l'état, deux ont un résultat parfait, l'un a été opéré par M. Péan, l'autre par M. Lucas-Championnière.

Quant aux résultats tardifs, aux succès thérapeutiques et fonctionnels, c'est l'avenir seul qui les jugera. Le testicule ainsi descendu met certainement les malades à l'abri des accidents péritonéaux. Il permet au testicule de se développer, nous ne pouvons dire s'il mettra la glande à l'abri des néoplasmes si fréquents en pareils cas. La seule preuve matérielle que nous puissions donner de cette efficacité, nous a été fournie par un des opérés dont nous venons de parler.

C'est un jeune homme de vingt ans, qui portait une double cryptorchidie inguinale supérieure. Le testicule gauche fut descendu et fixé dans les bourses. Le testicule droit disparut dans le ventre lors d'une nouvelle intervention et resta dans l'abdomen. Le résultat opératoire est parfait, le testicule descendu présente son volume habituel et sa consistance normale. Le sperme contient des spermatozoïdes parfaitement développés ainsi que M. Toupet l'a constaté au laboratoire de M. Cornil. Je sais que ce fait n'est pas absolument démonstratif, on peut m'objecter que c'est le testicule en ectopie qui fonctionne; mais vraiment après avoir vu le volume et avoir constaté le développement de la glande opérée, on a tout lieu de croire que c'est là un organe doué de ses propriétés physiologiques.

En attendant que le cadre des résultats tardifs soit rempli, nous pouvons poser les *indications* de la thérapeutique chirurgicale pour ces malades.

L'ectopie testiculaire inguinale est justiciable d'une intervention dans tous les cas où, après l'âge de quinze ans, elle n'a aucune tendance à guérir spontanément.

Cette intervention variera :

1° Si les adhérences paraissent peu serrées, le massage et, après descente du testicule, la fixation par un ou deux points de soie peuvent suffire. Le fil traverse la partie inférieure du testicule sans aucun danger pour la glande. On applique ensuite un bandage qui maintient le testicule dans la situation déclive.

2° Si cette méthode échoue, on aura recours au procédé sanglant : incision mettant à nu la séreuse vaginale et son contenu, résection du canal vagino-péritonéal s'il existe, ou de ses vestiges s'il est oblitéré; descente du testicule dans le scrotum à travers un trajet artificiel, fixation de la glande à la cloison. La fixation *du cordon spermatique*, aux piliers du canal inguinal, me paraît être un complément opératoire très important, et d'une grande utilité.

3° Si l'ectopie s'accompagne d'une hernie du même côté, on fera la cure radicale, on conservera toujours le testicule que l'on descendra pour le fixer dans les bourses. On agira de même en cas de hernie étranglée chez un homme jeune.

Le jeune âge est une contre-indication opératoire, l'âge avancé peut excuser la castration proposée dans ces cas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mars 1890. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATIONS

Du traitement des endométrites. — M. REYNIER fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Cautérisation intra-utérine dans la métrite. — M. POLAILLON déclare qu'il ne faut pas confondre les attouchements de la cavité utérine au chlorure de zinc, à l'aide d'un pinceau, avec le procédé de cautérisation intra-utérine avec une flèche de pâte de Canquoin.

On a reproché à celle-ci de produire l'atrésie du col. Mais toute cautérisation trop énergique peut amener une atrésie. Pour éviter l'atrésie, il suffit d'établir les dimensions de la flèche. On se servira de flèches ayant de 2 millimètres et demi à 5 millimètres de diamètre. Si la cautérisation donne naissance à une atrésie, cela est dû à l'inexpérience de l'opérateur. Il a mal dosé le médicament qu'il applique. Du reste, on observe aussi des rétrécissements du col après le curage de l'utérus.

On a dit que le procédé de la flèche était aveugle. C'est une erreur. En donnant une bonne dimension à la flèche, on obtient des escharres plus ou moins profondes. L'introduction du bâton caustique est d'ordinaire facile.

La cautérisation avec la flèche, a-t-on répété, n'est pas un procédé chirurgical. M. Polaillon ajoute à son tour que le curage de l'utérus est trop chirurgical. Si l'on se sert d'une curette mousse, l'abrasion de la muqueuse n'est pas suffisante. Si la curette est tranchante, il s'agit d'une véritable opération nécessitant une dilatation utérine préalable, l'anesthésie et un long séjour au lit. Enfin, le curage occasionne une grande perte de sang.

Les récidives existent; mais la réinoculation de l'utérus peut se faire, quel que soit le procédé dont on s'est servi pour guérir la métrite.

M. Polaillon a été étonné quand il a entendu M. Reynier parler de douleurs excessives causées par les cautérisations. D'ordinaire les douleurs sont modérées. Si les femmes souffrent, on leur fait une piqûre de morphine et l'injection suffit pour calmer les souffrances.

Il n'existe pas de fièvre après la cautérisation. L'atrésie du col peut mettre obstacle au libre écoulement des règles. Mais cet inconvénient n'est pas spécial à la cautérisation avec la flèche de chlorure de zinc. Du reste, M. Polaillon a constaté que l'atrésie tend à diminuer à mesure que l'on s'éloigne de l'époque de la cautérisation.

M. BOUILLY. Dans une thèse récente, on a cité 30 cas de cautérisation intra-utérine avec la flèche de chlorure de zinc. Sur ces 30 opérées, 9 ont été perdues de vue peu de temps après la cautérisation. Chez les 21 autres, on a constaté l'existence d'une atrésie du col.

Extirpation du larynx sans trachéotomie. — M. PÉRIER déclare que l'opération dont il a parlé à la Société de chirurgie, dans la dernière séance, n'est pas nouvelle. Elle a été pratiquée déjà quatre fois. Le premier cas appartient à Billroth. Il s'agissait d'un homme de cinquante-quatre ans, ayant un goître médian. Le goître et le larynx ont été enlevés sans trachéotomie préalable. L'opéré fut enlevé par une broncho-pneumonie.

Dans le deuxième cas, le chirurgien fit la suture de la trachée à la partie inférieure de la plaie cutanée. (C'est ainsi que M. Périer termina son opération.) Ce deuxième malade ne fut pas plus heureux que le précédent : il mourut dans le collapsus.

Dans le troisième cas, on enleva le corps thyroïde et le larynx. Le malade mourut un mois après.

L'extirpation du larynx, sans trachéotomie préalable, fut pratiquée pour la quatrième fois dans un cas de goître. La mort survint le sixième jour.

Ces observations prouvent que les sutures de la trachée à la plaie cutanée ne sont pas une cause fréquente de broncho-pneumonie, comme on l'a dit à la Société de chirurgie. Les quatre malades en question et celui de M. Périer n'ont pas eu du gonflement des bords de la trachée. La suffocation, observée dans le cas de M. Terrier, par suite du gonflement trachéal, n'est donc pas un accident à redouter, dans la majorité des cas. Du reste, il suffit de bien surveiller l'opéré, pour remédier à la suffocation, si elle se produisait.

M. SCHWARTZ a trouvé deux autres observations d'extirpation totale du larynx sans trachéotomie. M. Dupont (de Lausanne) pratiqua, en 1886, une laryngectomie totale par le procédé dont s'est servi M. Périer. M. Dupont sutura la trachée à la peau. Un an après, la guérison se maintenait.

En 1888, la même opération fut faite, mais on ne dit pas si la trachée fut suturée à la peau. Dans ce cas, on extirpa en même temps 6 centimètres d'œsophage.

La laryngectomie totale, sans trachéotomie préalable, est une opération bien conçue et qui a été bien exécutée par MM. Terrier et Périer, mais elle n'est pas toujours applicable. Il faut, pour pouvoir l'exécuter, que le larynx ne soit pas fixé par des adhérences aux tissus périphériques. On ne doit pas essayer d'enlever le larynx, sans faire de trachéotomie préventive, dans tous les cas où le larynx est bien mobile.

On connaît la difficulté que les laryngologistes éprouvent quand il faut porter le diagnostic de la localisation de la tumeur laryngée. Tantôt le cancer est unilatéral, alors que l'examen laryngoscopique faisait croire qu'il avait envahi les deux moitiés du larynx; tantôt c'est le contraire qui existe. Comment peut-on faire pour s'assurer de la localisation précise de la tumeur? Il faut ouvrir le larynx. On se comportera d'une façon différente suivant l'étendue des lésions. Les lésions sont-elles unilatérales, il sera préférable de pratiquer l'extirpation partielle. En effet, la mortalité de l'extirpation totale est supérieure à celle de l'extirpation partielle (1). La laryngectomie partielle sera faite surtout quand on est en présence d'un cancer corné.

M. Schwartz préconise la façon de faire suivante, dans tous les cas où le diagnostic ne permet pas d'affirmer le siège précis et la localisation exacte de la tumeur maligne :

1° Faire la trachéotomie préliminaire ;

2° Pratiquer la thyrotomie pour inspecter la cavité du larynx et, par suite, pour diagnostiquer le siège précis de la tumeur ;

3° Faire la résection d'une partie du larynx ou l'extirpation totale, suivant les cas.

Quant aux récidives, elles sont aussi fréquentes après l'extirpation totale qu'après l'extirpation partielle. En résumé, quand elle est praticable, la résection partielle est préférable.

M. CHAUVEL a fait deux fois la thyrotomie pour explorer le larynx. Les malades étaient âgés et atteints de tuberculose laryngée. Dans ces cas, M. Chauvel a eu de la difficulté à voir les lésions intra-laryngées.

M. SCHWARTZ pense qu'on peut arriver à bien explorer la cavité du larynx, en fendant le cartilage thyroïde sur la ligne médiane. Il suffit de faire une section suffisante.

M. POLAILLON a pratiqué la thyrotomie chez un malade atteint de rétrécissement du larynx. Il a très bien vu les lésions laryngées. La réunion immédiate fut obtenue.

M. SCHWARTZ fait remarquer que l'extirpation partielle du larynx donne des résultats phonétiques supérieurs à ceux que l'on obtient à la suite de l'extirpation totale, même quand l'opéré a un larynx artificiel aussi perfectionné qu'on peut le fabriquer.

M. PÉRIER ajoute que, chez son malade, la tumeur arrivait jusqu'à la ligne médiane. On n'aurait pu pratiquer, dans ce cas, l'extirpation d'une moitié du larynx. On aurait coupé en pleine zone morbide ou suspecte.

M. TERRIER a été dans l'obligation de pratiquer l'extirpation totale du larynx sans avoir ouvert la trachée au préalable. L'ouverture du tube laryngo-trachéal avait été déjà faite dans un point qui gênait les manœuvres. M. Terrier a dû se passer, par nécessité, de la trachéotomie préparatoire et faire la section de la trachée au-dessous de l'ouverture ancienne.

M. Périer a enlevé le larynx et, de propos délibéré, il n'a pas trachéotomisé son malade.

(1) SCHWARTZ. *Des tumeurs du larynx*, p. 259. Bilan opératoire de l'extirpation totale, 41 p. 100; mortalité de l'extirpation partielle, 36,3 p. 100.

M. Terrier profite de l'occasion pour signaler les inconvénients de la canule-tampon de Trendelenburg, qui est difficile à nettoyer et à rendre aseptique.

Carcinome primitif de l'amygdale droite; mort subite. **M. SCHMIT.** Un homme de soixante-douze ans présentait une tumeur amygdalienne de la grosseur d'un œuf de pigeon. Cette tumeur fongueuse était la cause de douleurs persistantes. Le malade, amaigri, était dans un état de cachexie avancée.

Au bout d'un certain temps, il y eut des symptômes de compression, et en particulier du faisceau vasculo-nerveux du cou. On constata chez cet homme des vertiges, de la tendance au sommeil, etc. Une nuit, ce malade mourut subitement. Il n'y avait point de sang dans le pharynx. Cette mort subite doit être attribuée à des accidents bulbaires.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 26 mars 1890, M. Comte, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour le 12e dragons, par permutation avec M. le médecin-major de deuxième classe Vilmain.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 mars 1890, l'ouverture du concours fixée au 3 avril 1890, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine de Rouen, est ajournée au 17 du même mois.

— A la suite du concours ouvert sur la question de l'organisation des jeux scolaires, un prix de 1500 francs a été attribué à M. le docteur Fernand Lagrange.

Un prix de 500 francs a été décerné à M. le docteur A. Fabre, pour son mémoire relatif aux jeux actifs à introduire ou à encourager dans les écoles d'aveugles.

— M. le professeur Duplay commencera le cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital Necker, le mardi 22 avril 1890, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les insectes vésicants, par H. BEAUREGARD, professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, membre de la Société de biologie, de la Société entomologique de France, etc. 1 vol. de 550 pages avec 34 planches en lithographie hors texte et 44 figures dans le texte. — Prix : 25 francs. — Paris, Félix Alcan.

Traité de petite chirurgie gynécologique, par Paul F. MUNDÉ, professeur de gynécologie à New-York. Traduit, sur la 2e édition anglaise, par Émile LAUWERS, docteur à Courtrai. 1 vol. gr. in-8° de 609 pages et 321 figures. — Prix : 20 francs. — Bruxelles, A. Manceaux.

Le nouveau-né, physiologie, hygiène, allaitement. Maladies les plus fréquentes et leur traitement, par le docteur A. AUVARD, accoucheur des hôpitaux de Paris. Broch. in-8° de 90 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

De l'action des climats maritimes dans les affections tuberculeuses, par le docteur G. HAMEAU, médecin inspecteur des bains de mer d'Arcachon. Broch. in-8° de 50 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

LE PROFESSEUR TRÉLAT

Aujourd'hui ont eu lieu, à la Madeleine, au milieu d'un immense concours de collègues, de confrères et d'amis, les obsèques du professeur U. Trélat, enlevé, en quelques jours, par des accidents pulmonaires.

M. le professeur Tarnier a pris la parole au nom de la Faculté de médecine, M. Péan au nom de l'Académie, M. Yungfleisch au nom du Conseil d'hygiène de France. Puis, M. le docteur Segond, au nom des élèves, M. Jules Ferry, au nom des amis, ont, en termes fort émus, rendu un dernier hommage à la mémoire du professeur Trélat.

Discours prononcé par M. Péan, au nom de l'Académie de médecine.

Messieurs,

Lorsque, il y a six mois à peine, je parlais, au nom de l'Académie de médecine, sur la tombe de l'un des membres de la section de pathologie chirurgicale, j'espérais bien que ce triste honneur ne me reviendrait pas de sitôt, mais la mort semble prendre plaisir à déjouer nos prévisions. Après le doyen des chirurgiens de Paris, elle frappe un de nos confrères en pleine activité, en pleine maturité de son talent. Trélat a été enlevé brutalement à l'affection des siens, à ses travaux, à son enseignement, lorsque tout permettait d'espérer qu'il pourrait leur consacrer de longues années encore; il est difficile, en présence de pareilles catastrophes, de n'être pas frappé d'un étonnement douloureux et, découragé, de ne pas répéter avec un orateur sacré : « Tout est vanité. »

Trélat eut de bonne heure les satisfactions que procure un succès mérité. Plus heureux que beaucoup d'autres, il ne connut pas les incertitudes et les tâtonnements du début des études professionnelles; avant même d'être inscrit à la Faculté, il appartenait en quelque sorte à la famille médicale; personne ne profita mieux que lui des bienfaits d'une direction judicieuse. Dans sa carrière, il conquit très vite les grades et les distinctions auxquels d'autres, moins bien préparés pour la lutte, n'arrivent qu'à force de persévérance. Agrégé de la Faculté en 1857, à l'âge de vingt-huit ans, il devint, trois ans plus tard, chirurgien des hôpitaux; à quarante-trois ans il était professeur; à quarante-cinq, membre de l'Académie de médecine. Ses élèves diront quel art, quelle clarté il apportait dans ses leçons; pour celles qui ont été publiées, il a choisi à dessein des sujets de pratique courante relatifs aux différentes parties de la chirurgie, mais, toujours et dans toutes, il a trouvé moyen de fixer un point controversé, d'élucider une question mal connue, de donner un fil conducteur au praticien obligé de s'orienter dans le choix d'une méthode ou la discussion d'un diagnostic. Ce fut surtout dans les sociétés savantes qu'il fit preuve de solides qualités. Si des mains pieuses s'occupent un jour de réunir et de publier son œuvre, c'est dans le bulletins et les mémoires de la Société de chirurgie, dans ceux de l'Académie qu'elles devront recueillir d'abord des matériaux. A la Société de chirurgie, il fit ses remarquables communications sur la staphylorrhaphie, la palatoplastie, la restauration de la face, la cheiloplastie.

Trélat n'aimait guère à écrire, les travaux de longue haleine portant son nom sont peu nombreux; mais il y avait peu de discussions à l'Académie auxquelles il ne prît pas une part active; il avait un tact remarquable pour saisir les points litigieux d'un débat, pour le résumer et arriver aux conclusions. Esprit ouvert à tous les progrès, bienveillant pour toutes les découvertes, critique aussi éloigné de la défiance systématique que de l'enthousiasme crédule, il écoutait tout, ne rejetait rien *a priori* et discernait souvent sans hésitation ce qui était utile et méritait d'être conservé. Ceux qui, comme lui, joignent, à d'heureuses aptitudes professionnelles, la sûreté de jugement, le brillant de l'exposition, la possession complète des moyens oratoires, entraînant les convictions, sont des guides fidèles et sûrs pour leurs contemporains.

Si profonds que soient les regrets laissés de tous côtés par Trélat, nulle part ils ne seront plus vifs qu'à l'Académie. Dans le mouvement général de la chirurgie, pendant la seconde moitié du XIXe siècle, son rôle fut actif et sa part sérieuse; elle l'eût été davantage si l'implacable fatalité ne l'eût pas atteint lorsqu'il touchait à peine au seuil de la vieillesse, de telle sorte que la pensée de ce qu'il eût pu faire encore se mêle forcément à no adieux et augmente leur tristesse.

Le professeur Trélat a très peu écrit. Opérateur distingué, précieux consultant, il se distinguait surtout par sa facilité d'élocution. Il parlait bien; il aimait à parler; pendant vingt ans, il a été le charme et l'ornement de nos réunions scientifiques ou confraternelles. Rarement, dans nos sociétés savantes, il abordait le premier la tribune; il écoutait avec soin les discussions, s'assimilait d'une manière merveilleuse les divers arguments, les faisait siens et résumait alors avec la plus grande clarté le débat scientifique.

Un dernier trait. Il sut ne pas verser dans la politique militante, où semblaient le convier ses origines. Il resta chirurgien et professeur, — ce qui n'est pas un mince éloge au temps où nous vivons.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

I. Cure opératoire d'une hernie épigastrique.
II. Autoplastie de la face.

I. J'ai eu l'occasion d'opérer, dernièrement, un homme de peine, âgé de cinquante-trois ans, atteint de hernie épigastrique. Je veux vous rappeler son histoire.

Il y a dix ans, cet homme s'aperçut, par hasard, qu'il avait une tumeur du volume d'une noisette. Progressivement la tumeur augmenta de volume, en même temps qu'apparaissaient des tiraillements pendant la marche. Ce malade éprouvait, à la région épigastrique, une sensation de gêne. Quelques douleurs existaient dans les reins. Cet homme de peine n'éprouvait aucun trouble digestif, et, en somme, il ne souffrait pas beaucoup.

Quand j'ai examiné ce malade pour la première fois, j'ai constaté, entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, un peu à droite de la ligne blanche, une tumeur nettement sous-cutanée, lobulée, de consistance pâteuse. La peau qui recouvrait cette tumeur ne présentait aucun changement de coloration. Fixée au plan aponévrotique par un pédicule, la tumeur augmentait de volume dans des proportions considérables, quand cet homme faisait un effort.

Partiellement réductible, mate à la percussion, cette tumeur semblait se rattacher à la ligne blanche. Quand on tentait de la réduire, on sentait à la place qu'elle occupait une sorte de loge creusée dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Les orifices herniaires habituels étaient libres.

Cette hernie était irréductible; elle était une cause de gêne perpétuelle pour cet homme qui a un dur métier. J'ai tenté la cure opératoire de cette hernie.

Le sac lipomateux, très épais, avait contracté des adhérences très nombreuses avec l'épiploon qui y était contenu. Ces adhérences de l'épiploon existaient autour de l'épiploon. La tumeur était donc forcément irréductible. On conçoit aisément qu'aucun bandage ne pouvait être utile à cet homme.

La hernie, étant incoercible et irréductible, n'aurait fait que s'aggraver avec le temps. Les intestins n'auraient pas tardé à passer à travers l'orifice béant de la ligne blanche.

Au cours de l'opération, j'ai constaté la présence de l'épiploon, et la proximité du colon transverse qui ne demandait qu'à suivre l'épiploon hors de l'abdomen. Cette tumeur incoercible était bien disposée pour s'accroître, sous l'influence des efforts répétés. L'orifice herniaire était déjà assez large pour admettre le pouce.

Dans ce cas, la cure chirurgicale de la hernie n'est pas une opération de fantaisie. En effet, il s'agissait de prévenir des accidents sérieux qui ne pouvaient tarder à faire leur apparition. La pénétration du colon transverse à travers l'orifice herniaire n'aurait pas manqué de déterminer des symptômes graves.

II. Je vais opérer aujourd'hui un jeune homme de dix-huit ans, dont la face présente plusieurs cicatrices. Il a dû attendre quelque temps dans nos salles, avant de subir une autoplastie qui aurait été déjà faite, si l'épidémie n'avait pas désorganisé notre service.

Ce jeune homme a une excellente santé. Il n'a aucune lésion. C'est sa difformité seule qui a nécessité son entrée à l'hôpital. Cette difformité a été attribuée, au moment de sa naissance, à un enroulement du cordon. On a fait intervenir l'existence des brides placentaires pour expliquer les cicatrices que le nouveau-né portait à la face. Cette hypothèse bizarre se trouve démentie par la réalité des faits.

La mère de cet enfant se trouvant enceinte, dans des conditions particulièrement délicates, se prêta à des manœuvres abortives, Une sage-femme se livra avec des ciseaux à une série de tentatives qui atteignirent le fœtus à une époque déjà avancée de la grossesse. Ces manœuvres ne réussirent pas à provoquer l'avortement. Mais le fœtus reçut deux coups de ciseaux qui lui crevèrent un œil et déterminèrent deux plaies de la face. Les deux cicatrices déformaient le visage de cet enfant. Il y a seize ans, M. Cusco lui fit une opération. Ce chirurgien chercha à réparer la face de son mieux. Il aurait peut-être réussi, si une fièvre éruptive n'était survenue peu après l'opération. Il est probable que la plaie créée par le chirurgien suppura, sous l'influence du mauvais état général de l'enfant. Quoi qu'il en soit, deux mois après son entrée à l'hôpital, l'enfant quittait les salles de M. Cusco.

En examinant ce jeune garçon, on est frappé par la difformité de son visage. Il semble que la narine gauche ait été sectionnée par deux coups de ciseaux, l'un donné à la pointe du nez, l'autre appliqué à la base du nez. Cette double incision a déterminé une perte de substance de l'aile du nez. Cette brèche, faite à l'aile du nez, frappe tout d'abord le regard. Deux lignes cicatricielles partent de là et se dirigent en haut. Une d'elles remonte jusqu'à l'œil. Il est facile de constater que le globe oculaire n'existe pas de ce côté. La paupière inférieure correspondante est en ectropion.

Vous pouvez remarquer une particularité que rendent assez bien les photographies de ce jeune homme. Ce qui reste de l'aile du nez, ce lambeau de la narine a subi une ascension dans la direction de l'œil crevé.

Mon premier but est de combler cette perte de substance de la narine.

Une autre indication s'impose. L'œil est crevé et vidé, et il existe un ectropion. Je dois reformer le contour palpébral, de façon à ce que, plus tard, on puisse mettre à ce jeune homme un œil de verre.

Avant de faire une autoplastie, il faut examiner dans quel état se trouvent les lambeaux dont on doit se servir pour combler les pertes de substance. Or, tout ce lambeau compris entre la narine et l'œil crevé est riche, mobile et bien étoffé. S'il a subi une ascension, il ne faut pas en chercher la cause dans la rétraction cicatricielle. Je vous ai dit que la rougeole avait modifié défavorablement l'état de la plaie, et qu'il est probable que la suppuration n'avait pas été étrangère à la production du résultat incomplet obtenu par M. Cusco. Le lambeau en question est incontestablement riche. C'est là une bonne condition pour la réussite de l'opération.

Je vais faire une incision verticale, en suivant la ligne cicatricielle. Le long de la corde cicatricielle, parallèle à la précédente, je pratiquerai aussi une incision me permettant même d'enlever le tissu rétractile. J'aurai donc un lambeau délimité sur les parties latérales par ces deux incisions verticales, correspondant en bas à la perte de substance de la narine et répondant en haut à la racine du nez.

Vous avez remarqué que la racine du nez de ce jeune homme était très large. Il est probable que, lors des manœuvres abortives, on a sectionné les os propres du nez, au

niveau de leur articulation avec le maxillaire supérieur. Cela contribue à augmenter la difformité.

Je vais libérer mon lambeau, mais je veux mobiliser l'os propre du nez. Il me suffira de rompre ses attaches avec le maxillaire supérieur et frontal, soit avec des cisailles, soit avec le ciseau de Mac Even. Le lambeau comprendra toute l'épaisseur de la narine. Après avoir avivé ce qui restera de la narine, je ferai descendre le lambeau et m'arrangerai de mon mieux pour obtenir la restitution de la forme nasale.

La paupière inférieure est en ectropion. Il faut la libérer, la disséquer, la relever, suturer la paupière supérieure avec la paupière inférieure. De cette façon, la paupière inférieure sera fixée dans une bonne position et n'aura aucune tendance à revenir en ectropion. Il restera un triangle cruenté qu'il faudra combler.

Pour faire cette autoplastie, on pourrait employer l'une des méthodes de transplantation des lambeaux.

Vous savez qu'on peut prendre un lambeau cutané complet, le détacher complètement et l'apporter sur la perte de substance. C'est un procédé qui n'est employé que dans des cas exceptionnels. On peut prendre un lambeau simplement épidermique. Mais je pense qu'il vaut mieux se servir du lambeau dermo-épidermique. C'est le lambeau de Tirsch-Ollier qui me semble préférable dans le cas actuel.

DU TRAITEMENT DES ENDOMÉTRITES

Par M. P. Reynier,
Chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé.

C'est avec grand intérêt que j'ai entendu la communication de M. Polaillon, et que j'ai vu la discussion sur le traitement des métrites prendre plus d'extension, ne pas rester limitée à l'action du curetage utérin.

Comme lui, j'ai expérimenté cette année les cautérisations au chlorure de zinc, et j'avoue y avoir été amené par les insuccès, assez nombreux, que j'ai eus avec le curetage.

Comme vous tous, par le curetage j'ai obtenu des améliorations immédiates, c'est-à-dire arrêt des métrorrhagies, arrêt des sécrétions muco-purulentes, amélioration ou souvent disparition des douleurs. Malheureusement, lorsque j'ai suivi les malades, non pas pendant deux ou trois mois seulement, mais pendant les années qui ont suivi, j'ai vu revenir, et le plus souvent au bout de quatre à cinq mois, les mêmes symptômes qui avaient amené la malade à recourir à l'intervention chirurgicale. Sur 15 cas de curetage faits en clientèle et suivis, je n'ai compté que six guérisons persistantes. Dans ces 6 cas, l'affection datait depuis peu, avait succédé à un accouchement et s'était développée sur des femmes jeunes et d'un tempérament vigoureux.

Je n'ai pas eu à enregistrer rien que des insuccès personnels, car j'ai pu voir des femmes curetées par mes collègues, et qui, au bout de quelques mois de leur opération, voyaient, comme chez mes opérées, les douleurs et les pertes de sang reparaître.

J'ai espéré, en faisant usage du chlorure de zinc, avoir des guérisons plus durables; c'est ce qui me l'a fait employer dans 6 cas que je classerai ainsi :

1 métrite hémorrhagique chez une femme de quarante-huit ans; cavité utérine très agrandie, 9 centimètres;

4 métrites, suites de couche, chez des femmes lymphatiques, s'accompagnant de pertes de sang et de catarrhe muco-purulent;

1 métrite métrorrhagique avec lésion des annexes, salpingite, et un peu d'ovarite.

Les résultats immédiats, au point de vue des symptômes de la métrite, ont été comme pour le curetage : arrêt des métrorrhagies, arrêt des sécrétions.

Quant aux résultats consécutifs, je ne peux encore me prononcer, n'ayant pas suivi assez longtemps mes malades; toutefois, la première opérée pour métrite hémorrhagique, au bout de trois mois, a vu revenir quelques pertes de sang qui me font craindre un retour de la métrite.

Et j'ai revu, au bout de quatre mois, une seconde opérée, dont l'utérus redevient sensible, et pour laquelle une récidive de l'affection me paraît imminente.

Quant à la malade qui présentait des lésions des annexes, il n'y pas eu aggravation, mais plutôt amélioration, la malade souffrant moins.

Au point de vue du manuel opératoire, comme M. Polaillon, je reconnais la facilité du procédé, qui ne nécessite aucune dilatation préalable, ou tout au moins quelquefois une légère dilatation avec le dilatateur d'Huguier pour faciliter l'introduction du bâton de chlorure de zinc.

Quant aux soins consécutifs, j'ai laissé plus longtemps que lui mes malades au lit, les retenant jusqu'à ce que les règles soient revenues et passées, c'est-à-dire de trente-cinq à quarante jours.

Je dis trente-cinq jours, car il m'est arrivé deux fois de voir les règles ne revenir qu'au bout de trois mois, et je demanderai à M. Polaillon si lui, dont la pratique est plus considérable, a eu le même fait à constater.

Pendant tout ce mois, je fais faire des lavages fréquents au sublimé et je maintiens un tampon de gaze iodoformée pour éviter une réinfection.

Ces précautions, qui peuvent paraître excessives, je les prends parce que, pour moi, la muqueuse utérine se régénère plus lentement qu'on ne semble le croire. Au bout du mois, il m'est arrivé toujours, en introduisant l'hystéromètre, de produire un écoulement de sang, indiquant qu'il y avait encore dans la cavité utérine plaie et, par suite, surface apte particulièrement à s'infecter. J'espère, par le repos horizontal prolongé, obtenir la cicatrisation plus rapidement, et, en ne laissant marcher les malades que tard, lorsque je crois que la muqueuse est restaurée, avoir des guérisons plus durables.

Mais j'arrive maintenant à parler des inconvénients de cette cautérisation, inconvénients qui me paraissent très sérieux, et qui me la feront si ce n'est abandonner, tout au moins réserver pour des cas exceptionnels.

Dans les 6 observations que j'ai recueillies, les douleurs ont été très vives et ont duré pendant toute la journée et la nuit qui ont suivi la cautérisation, malgré les injections de morphine qu'on avait eu soin de faire auparavant.

Dans un cas, deux heures après, la malade a eu une syncope. Or, ceci mérite attention, car les malades que nous opérons pour des métrites sont presque toujours des nerveuses, chez lesquelles les réflexes sont exagérés. On risque, par suite, d'avoir des accidents graves en les provoquant; aussi reculerai-je devant l'emploi du chlorure de zinc chez une névropathe, comme on en voit trop souvent en clientèle.

J'attire même, en passant, l'attention sur ces réflexes utérins, car, à la suite de la dilatation simple par la tige de laminaire, j'ai vu survenir, dans deux cas, des crises d'hystérie.

Aussi, chez les grandes nerveuses, tout en reconnaissant,

comme MM. Bouilly et Trélat, les avantages de la dilatation par les tiges de laminaire, je préfère la dilatation extemporanée sous chloroforme avec le dilatateur de Huguier, précédant immédiatement le curetage.

Chez tous mes malades, j'ai eu un peu de fièvre au moment du détachement de l'escharre, fièvre qui n'a pas été de longue durée, mais dont la cause est sans doute la présence dans la cavité utérine des détritus gangréneux, plus ou moins septiques. J'insiste tout particulièrement sur ce point, pour qu'au moment du détachement de l'escharre, on prenne les précautions antiseptiques les plus minutieuses.

J'arrive maintenant à ce qui constitue pour moi l'inconvénient capital des cautérisations : l'atrésie de l'orifice de la cavité utérine.

Sur six cas, j'ai constaté trois fois cette atrésie, et une atrésie irrégulière comme Trélat, due à un tissu cicatriciel résistant, difficile à dilater, tendant toujours à se reformer.

Ai-je eu une série malheureuse? Je veux bien le croire. Cependant, j'ai toujours, chez toutes mes malades, eu le soin, dès le sixième jour, d'introduire l'hystéromètre fréquemment. Malgré cela, l'atrésie s'est produite dans le second mois qui a suivi l'opération.

Dans un cas, cette atrésie m'a particulièrement ennuyé. Il s'agissait d'une femme ayant de la métrite, de la cystocèle et rectocèle.

Je commençai par la cautériser au chlorure de zinc. Puis j'attendis quarante jours, sans voir les règles revenir. Je commis la faute de passer outre, et je fis une colpopérinéorrhaphie et une colpocystorrhaphie. Six jours après la malade avait de la fièvre, de la douleur des reins. Comme il n'y avait rien du côté des sutures du périnée, j'enlevai la gaze iodoformée, et ne trouvant pas de sang dans le vagin, rien n'expliquant cette fièvre, j'eus l'idée que la malade pouvait avoir ses règles, et qu'un obstacle les empêchait de s'écouler. J'introduisis l'hystéromètre, et ne pus pas passer; je me trouvai arrêté au niveau de l'orifice interne du col par une sorte de membrane, que j'arrivai à perforer avec une petite bougie d'Hegar : un flot de sang noir menstruel s'écoula, montrant que mon diagnostic était vrai. La fièvre tomba aussitôt; comme pour découvrir ce col j'avais été obligé d'introduire un spéculum, mes points de suture, sur certains points, lâchèrent, et il se produisit une plaie que je fus obligé de soigner. Avec les bougies d'Hegar je dilatai le col, et, croyant avoir réussi, au bout de quinze jours je ne m'en occupai plus, m'occupant surtout de ma colpopérinéorrhaphie. Le mois suivant de nouveau la fièvre reparut, avec les douleurs de rein, sans écoulement de sang. De nouveau je fus obligé d'introduire les bougies d'Hegar, et le sang s'écoula. Cette fois, pendant un mois, je surveillai le col, et n'ai laissé partir la malade qu'après la troisième époque de règle.

Mais il est probable qu'elle reviendra, si j'en juge par la tendance de cette atrésie à se reproduire.

Chez cette malade l'atrésie s'est faite rapidement, mais chez une autre, que j'ai revue quatre mois après l'opération, le col, très large à la sortie de la malade de l'hôpital, s'était rétréci, il n'admet plus d'hystéromètre, mais une bougie d'Hegar plus fine, avec laquelle je commençai la dilatation du col.

Les atrésies semblent donc fréquentes, et se faire lentement après la cautérisation. Et je crains fort que, dans quelques années, nous ayons à déplorer ces rétrécissements consécutifs, rebelles, car, je le répète, ils sont constitués par un tissu cicatriciel et très analogues aux rétrécissements de l'urèthre.

Ce sont là les raisons qui me font revenir au curetage, mais au curetage suivi de la cautérisation avec le chlorure de zinc à 5 ou 10 p. 100, à la créosote, ou à l'acide phénique à 1/10e, que je pratique en trempant un stylet recouvert d'ouate dans la solution caustique.

J'insiste sur cette cautérisation consécutive, que pratiquent à l'heure actuelle tous les partisans du curetage, sans paraître y attacher une grande importance. Pour moi, elle paraît jouer un grand rôle, au point de vue des résultats consécutifs. Dans les six cas de guérison je l'avais pratiquée. Et dans quatre cas où je m'étais, en ville, contenté du curetage simple, je me suis vu obligé de recourir de nouveau à l'opération trois mois après.

Par l'ablation de la muqueuse, vous facilitez l'action du caustique, qui, tout en étant moins énergique, peut agir d'une façon satisfaisante et, en pénétrant entre les interstices musculaires, produire une modification heureuse sur les culs-de-sac glandulaires, d'où part la régénération de la nouvelle muqueuse.

Je crois donc à l'utilité de la cautérisation, mais je crois qu'il est préférable de la limiter, et de la rendre moins aveugle dans ses effets que celle qu'on obtient avec le chlorure de zinc.

Je ne me dissimule toutefois pas que, quelque procédé que nous employions, nous devrions nous attendre à compter, à côté des succès, un certain nombre d'insuccès. La majorité des métrites, comme le montrait M. Martineau, sont liées à des états constitutionnels, qui entretiennent la lésion utérine, et auxquels il faut s'attaquer si on veut guérir la métrite. Aussi serons-nous souvent obligés, après nos opérations quelles qu'elles soient, d'envoyer nos malades aux eaux minérales, Plombières, Luxeuil, Saint-Sauveur, Salies, pour parachever ce que nous aurons commencé.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

I

De l'hypertrophie congénitale partielle. — L'hypertrophie congénitale partielle, l'hémi-hypertrophie, « une des moitiés du corps présentant un excès de développement, l'autre restant normale, » ont été signalées depuis longtemps. M. Redard a eu l'occasion d'en observer deux cas.

L'hypertrophie siégeait, chez les deux malades, sur les membres inférieurs, principalement au niveau des pieds.

L'examen des parties hypertrophiées indique que tous les tissus participent à l'accroissement, en épaisseur et en longueur; le tissu graisseux est quelquefois en excès.

Dans un cas, le pied n'avait que quatre orteils ; ce fait vient à l'appui de l'opinion de M. Trélat et de M. Monod qui considèrent cette affection comme un vice de conformation.

La température du côté hypertrophié a toujours été sensiblement supérieure à celle du côté sain.

M. Redard énumère les théories émises pour expliquer les hypertrophies latérales du corps : la théorie *nerveuse* (Barvell, Trélat et Monod); la théorie *vasculaire* (Barvell, Trélat et Monod, Duzéa) ; la théorie *lymphatique* (Ball, Polosson).

L'auteur se rattacherait assez volontiers à la théorie lymphatique. Il admet, avec M. Polosson, qu'il s'agit d'une altération congénitale du système lymphatique.

Le traitement employé a été la compression élastique. Les ré-

sultats ont été très encourageants. Quant aux opérations radicales, il faut les réserver à des cas exceptionnels, lorsque la marche, par exemple, devient impossible. On doit toujours sacrifier le moins possible des tissus envahis.

Morton (de Philadelphie) a pratiqué l'élongation du nerf sciatique et a, paraît-il, obtenu une diminution notable du membre. (*Archives générales de médecine.*)

Sur la forme du nez dans l'ozène vrai ou rhinite atrophiante fétide. — M. Potiquet étudie, dans la *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, les conditions qui déterminent la forme spéciale du nez dans l'ozène vrai. Il arrive aux conclusions suivantes :

Il n'est pas vrai, comme on le prétend, que la forme épatée du nez soit une circonstance qui prédispose à l'ozène vrai.

Le nez épaté et ensellé, dont on a noté la fréquence dans l'ozène vrai, est dû, le plus souvent, à la rhinite atrophiante qui précède l'ozène, le prépare et l'accompagne.

Le nez punais prend ou mieux conserve la forme épatée ou ensellée, surtout lorsque la rhinite atrophiante a sévi pendant l'enfance.

Le plus souvent, l'adulte punais n'a pas le nez auquel il avait droit en vertu de l'hérédité; en d'autres termes, son indice nasal est supérieur à celui de ses ascendants.

Il arrive très souvent, plus souvent que pour tout autre sujet, que le punais n'a pas le nez auquel lui donnait droit sa conformation cranienne; en d'autres termes, il doit y avoir chez lui, plus souvent que chez tout autre, dysharmonie entre son indice nasal et son indice céphalique.

Du charbon intestinal chez l'homme. — M. G. Bouisson a été le premier à observer, en France, un cas de charbon intestinal chez l'homme. C'est surtout en Autriche, chez les chiffonniers de Vienne et chez les ouvriers employés à l'industrie du cuir ou du crin, que l'on a rencontré le charbon intestinal. Du reste, les observations probantes sont rares dans la science. Il faut citer celles de Münch, de Wagner, de Leube et Müller, d'Albrecht et de Babès.

Le malade, qui fait l'objet de l'étude consacrée par M. G. Bouisson au charbon intestinal, fut apporté à l'hôpital avec des signes d'étranglement interne : douleurs dans le ventre, vomissements alimentaires, puis bilieux; abdomen douloureux à la pression, dur et présentant de la tympanite; constipation depuis deux jours; oppression; collapsus; mort.

L'autopsie démontra l'existence de quatre litres d'ascite trouble sur une anse de l'intestin grêle, située derrière l'ombilic; on trouva de la rougeur ecchymotique et gélatineuse. Les ganglions, volumineux, étaient gorgés de sang.

M. Bouisson fit des préparations et des cultures avec le sang de la rate et du foie. C'est ainsi qu'il peut affirmer la présence du *bacillus anthracis*. Ce micro-organisme siégeait de préférence dans les villosités, dans la trame des tuniques muqueuse et sous-muqueuse. On l'a rencontré aussi dans le foie, la rate et les reins.

Les inoculations pratiquées sur des cobayes déterminèrent la mort de ces animaux, qui succombèrent au charbon.

Le diagnostic est à peu près impossible sur le vivant. On pensera d'habitude soit à un étranglement interne, soit à un empoisonnement. Peut-être la profession du malade pourrait-elle mettre sur la voie du vrai diagnostic. Dans le cas de M. Bouisson, on avait affaire à un mégissier.

Un fait intéressant, parce qu'il va à l'encontre des expériences de Straus et de Wurtz, c'est la pénétration du bacillus anthracis jusque dans l'intestin. On sait, d'après les auteurs cités plus haut, que les cultures sporulées du bacillus anthracis sont détruites par le suc gastrique à 38 degrés. Pour expliquer la virulence du micro-organisme dans l'intestin, il faut admettre qu'il a pénétré dans l'intestin sans se mettre en rapport immédiat avec le suc gastrique. Le bacillus anthracis a dû être enrobé dans les matières alimentaires qui l'ont soustrait à l'action du suc gastrique. (*Archives de médecine expérimentale.*)

II

Traitement de la gangrène pulmonaire. — Voici comment M. le professeur Jaccoud a formulé les indications du traitement de cette affection.

I. *Désinfecter l'atmosphère.* — Il est indispensable de faire respirer au malade de l'air mélangé à des vapeurs antiseptiques. Plusieurs fois par jour et pendant plusieurs heures, on fait marcher un pulvérisateur chargé avec une solution faible d'acide phénique. On évite ainsi l'odeur infecte qui existe autour des individus atteints de gangrène pulmonaire et qui incommode si désagréablement leurs voisins.

II. *Soutenir les forces du patient.* — Pour lui permettre de faire les frais de sa grave maladie, on lui administrera de l'alcool.

III. *Faire l'antisepsie interne.* — M. Jaccoud donne chaque jour 50 centigrammes d'acide salicylique.

IV. *Combattre la fétidité de l'haleine.* — On y parvient, en faisant prendre au malade, dans un julep, 4 grammes de liqueur de Labarraque.

Traitement de la prostatite aiguë et de la congestion de la prostate. — M. E. Desnos examine, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, le traitement qui convient à ces différents états pathologiques.

Dans les congestions simples, il faut s'abstenir de pratiquer le cathétérisme et de faire des injections uréthrales.

On ordonnera des bains généraux *tièdes* et très prolongés, pendant une et même plusieurs heures. Le moyen décongestif le plus puissant consiste en des applications très chaudes autour de la prostate ; on administrera, au moins deux fois par jour, un lavement à une température de 50 à 55 degrés centigrades (le lavement sera poussé *très* lentement). En même temps, on appliquera au périnée des compresses trempées dans de l'eau à une température égale ou un peu plus basse.

Éviter la constipation (laxatifs, etc.). A l'intérieur, des tisanes avec 4 grammes de borate de soude ou 1 gramme d'acide borique.

Dès qu'il y a inflammation, appliquer au périnée de six à trente sangsues. Il faut faire une deuxième application le lendemain ou le surlendemain.

Calmer les douleurs par des lavements laudanisés ou chloratés et, mieux encore, par des suppositoires contenant chacun 1 centigramme de chlorhydrate de morphine et d'extrait de belladone et de 2 à 4 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne. L'injection hypodermique vaut mieux encore. Les lavements chauds seront continués matin et soir.

La rétention d'urine, fréquente alors, doit être combattue. Il ne faut sonder que s'il y a nécessité. Si la rétention n'est pas d'emblée absolue, on emploiera les antiphlogistiques et les calmants. Pour pratiquer le cathétérisme, il faut employer de préférence une sonde de gomme, forme béquille. L'antisepsie la plus minutieuse est de rigueur.

Dès qu'on a la certitude de l'existence d'une collection de pus, il faut lui donner issue le plus hâtivement possible. L'incision la meilleure est celle qui est faite par le périnée. Elle est analogue à l'incision du premier temps de la taille prérectale.

Évacuation de la vessie par la compression manuelle. — Dans le but de remplacer le cathétérisme, le docteur J. Haddaens recommande la compression manuelle de la vessie. Voici comment il faut pratiquer ces manipulations :

Suivant une première méthode, l'opérateur se place à côté du patient qui est dans le décubitus dorsal. L'opérateur, tourné vers la tête du malade, pose sa main droite à gauche de la vessie, sur la région hypogastrique, et sa main gauche à droite de la vessie. Dans cette situation, les pouces sont situés sur la symphyse du

pubis. La compression s'exerce de haut en bas, et d'avant en arrière, de façon à rapprocher progressivement les pouces des doigts auriculaires.

Suivant la deuxième méthode, le chirurgien a sa face tournée vers les pieds du malade. Le bord cubital de chaque main est placé près du ligament de Fallope; les extrémités digitales se renversent au-dessus du pubis. La vessie est ainsi saisie de chaque côté.

Quelles sont les indications et les contre-indications de la compression manuelle de la vessie?

Il faut proscrire absolument ces manœuvres externes quand la vessie est enflammée ou douloureuse. La compression ne sera employée qu'avec prudence, si la vessie est distendue outre mesure. Elle est indiquée lorsqu'il existe une paralysie de la musculature de la vessie. Quand le sphincter est paralysé, en cas d'incontinence, on vide avantageusement, par la compression manuelle, la vessie modérément distendue.

Ces manœuvres peuvent être faites par l'entourage du malade. On pourra ainsi, sans attendre l'arrivée du chirurgien, vider la vessie à des heures régulières.

Cette méthode est dangereuse, du moins dans un grand nombre de cas : tel est notre avis. La compression manuelle ne doit jamais être prescrite. C'est à peine si un homme de l'art peut s'en servir dans des cas d'urgence absolue. Mais permettre à un individu quelconque de pratiquer des manœuvres sur une vessie dilatée, c'est exposer le malade aux accidents les plus graves. (*The Lancet.*)

Note sur le muguet et les ulcérations ptérygoïdiennes des nouveau-nés. — Parrot décrit le muguet et les plaques ulcérées ptérygoïdiennes parmi les accidents de l'athrepsie. Cet auteur admet que le muguet se développe seulement chez les individus dont le tube digestif est malade et la muqueuse altérée. C'est, à son avis, une des manifestations précoces de l'athrepsie. Parrot considère l'ulcération ptérygoïdienne comme une lésion aussi commune que le muguet, bien qu'elle ne coïncide pas toujours avec lui.

M. le docteur S. Rémy publie, dans la *Revue médicale de l'Est*, un travail qui peut se résumer ainsi :

1° Le muguet peut atteindre des enfants prospères;

2° Les plaques ulcérées ptérygoïdiennes existent aussi bien chez des enfants prospères atteints de muguet, que chez les athrepsiques atteints de muguet;

3° Les ulcérations ptérygoïdiennes succèdent au muguet du voile du palais.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles [première partie] (1), par le docteur A. DESCROIZILLES.

M. Descroizilles donne une seconde édition du Manuel qu'il a publié il y a six ans; mais cette seconde édition, dont la première partie seule a paru, a été sensiblement augmentée. De nos jours, la science évolue avec une grande rapidité, et les auteurs, assez heureux pour que le succès les oblige, sont amenés, lors d'une édition nouvelle, à reprendre et à amplifier leurs ouvrages.

« J'ai cherché, avant tout, dit l'auteur, à exposer complètement la symptomatologie qu'on trouvera au commencement des articles relatifs à chaque maladie. Supprimant presque toujours les notions d'historique en les abrégeant beaucoup, j'ai rejeté les indications bibliographiques à la fin des chapitres, pour éviter des répétitions qui m'auraient entraîné au delà des limites que je m'étais imposées. Il m'a semblé, au contraire, utile d'insister avec un soin particulier, sur les considérations délicates et fort complexes qui se rattachent à la thérapeutique appliquée aux enfants. J'entre donc presque toujours, au point de vue du traitement, dans des développements souvent considérables. »

M. Descroizilles a pensé, avec raison, que, dans un manuel de ce genre, il était bon de donner une place aux maladies de l'appareil locomoteur (maladies des os, des articulations, des muscles; déviations et orthopédie) et aux maladies cutanées, assez mal connues chez les enfants, malgré leur fréquence.

L'ouvrage se terminera par un memento thérapeutique, renfermant plusieurs centaines des formules que l'auteur juge les plus usuelles.

Leçons cliniques sur les principaux phénomènes de l'hypnotisme dans leurs rapports avec la pathologie mentale (1), par J. LUYS.

M. Luys publie une série de leçons cliniques consacrées à l'étude de l'hypnotisme. Il l'étudie dans ses phases successives; il insiste particulièrement sur les suggestions, leurs modes, leurs variations suivant les sujets, leur rôle possible dans la genèse de certaines idées délirantes. Il rapporte des exemples de crimes expérimentaux suggérés à des hystériques, en état de sommeil provoqué.

Une leçon est consacrée à ce que M. Luys appelle le petit hypnotisme. Les sujets tombent dans un état de fascination intermédiaire à l'état cataleptique et à l'état somnambulique. La fixation du regard sur un point brillant produit facilement cet état particulier. M. Luys se sert surtout des miroirs rotatifs, des miroirs à alouettes. Les individus ainsi fascinés sont anesthésiés et suggestionnables. L'École de Nancy aurait surtout étudié des malades soumis à cet état mixte particulier, dont elle n'a pas analysé et distingué les éléments, ayant surtout l'attention attirée par les phénomènes de suggestion.

Vient ensuite l'étude des applications thérapeutiques de l'hypnotisation. L'auteur insiste avec raison sur la prudence avec laquelle doit agir le médecin, sur le danger de ces pratiques faites d'une façon empirique par des personnes inexpérimentées et imprudentes. Si, dans des circonstances déterminées, on peut guérir des paralysies, des contractures, et ramener à la normale les fonctions organiques, on peut aussi, en les soumettant à des expériences intempestives, détraquer pour longtemps des individus prédisposés.

La dernière leçon est consacrée, en outre, à l'action exercée à distance par les corps ambiants, sur les individus en état d'hypnotisme; sur la transmission à distance des émotions d'un sujet hypnotisé à un autre, et, enfin, à l'examen nécroscopique du cerveau d'une hystérique hypnotisable. Ce cerveau était remarquable par l'existence d'un pli anomal écartant les lèvres du sillon de Rolando à sa partie supérieure, du côté gauche, et par le développement considérable du lobe carré.

Ce développement exagéré du lobe carré, M. Luys l'a rencontré déjà chez des femmes névrosées, d'une sensibilité excessive, pathologique. Peut-être s'agirait-il d'un centre sensitif anomalement développé. L'auteur n'affirme rien, du reste, il appelle simplement l'attention des observateurs sur ce point.

Albert MATHIEU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Avant de se séparer, le Sénat a voté la prise en considération du projet de loi créant une École du service de santé de la marine avec ses trois annexes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gaudin (de Bastia); Werkeim, un des promoteurs de l'hydrothérapie en France.

(1) Un vol. in-8°. Prix : 14 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

(1) Un vol. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, Georges Carré.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les anesthésiques, physiologie et applications chirurgicales, par M. A. Dastre, professeur de physiologie à la Sorbonne. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Quelques expériences d'auto-hypnotisme et d'auto-suggestion, par le docteur Coste de Lagrave. Broch. in-8° de 20 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 40. — JEUDI 3 AVRIL 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 3 AVRIL 1890. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie, après avoir dépouillé sa correspondance, a procédé à l'élection de deux membres associés nationaux : MM. Raimbert (de Châteaudun) et Diday (de Lyon). Puis, après avoir donné la parole à M. Péan, pour lire le discours prononcé au nom de l'Académie aux obsèques de M. Trélat, le président a, suivant l'usage, levé la séance en signe de deuil.

MINISTÈRE DE LA MARINE

L'administration et la police des hôpitaux maritimes attribuées aux directeurs du service de santé de la marine.

I

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 31 mars 1890.

Monsieur le Président,

M. le ministre de la Guerre a appelé l'attention de mon département sur la nécessité de donner aux directeurs du service de santé de la marine, dans les ports de guerre, les attributions qui leur sont indispensables pour remplir, en cas de mobilisation, le rôle de médecin chef de la place, conformément au décret du 25 août 1884 sur le service de santé en campagne, et à celui du 19 octobre 1883 sur le service des places.

L'examen de cette question m'a conduit à constater qu'il y avait lieu de reviser l'ordonnance du 14 juin 1884 qui attribuait à un officier du commissariat l'administration et la police des hôpitaux de la marine. En effet, les directeurs du service de santé de la marine se trouveraient, en cas de guerre, appelés à jouer un rôle d'autant plus important que la présence de corps de troupes de l'armée de terre rangés, dans chaque port, sous l'autorité du préfet maritime, leur imposerait la situation de médecin chef de la place, seule admise par les règlements de la guerre. D'un autre côté, les directeurs du service de santé doivent se préparer, dès le temps de paix, à leur mission éventuelle et prévoir toutes les mesures qu'ils auraient à prendre pour le temps de guerre. Faute de cette précaution, on s'exposerait à ce que, contrairement à tout ce qui se fait actuellement dans l'armée et dans la marine, l'organisation des hôpitaux, ambulances, etc., fût l'objet d'une improvisation dont il faut redouter les conséquences.

Dans l'esprit de l'ordonnance de 1844, le service de santé n'avait qu'un rôle purement technique ; il décidait des soins et des médicaments à donner aux malades et n'exerçait sur tout le reste qu'une influence consultative. Mais depuis, et bien que les articles 78 et 79 de l'ordonnance précitée n'aient jamais été expressément abrogés, ils ont été modifiés en fait et de grands changements ont été apportés aux attributions respectives du commissariat et du service de santé. La création, effectuée en 1854, du grade de directeur, et plus tard la reconstitution des conseils de santé des ports, ont eu pour conséquence de placer à la tête du service médical un fonctionnaire d'un grade égal à celui du commissaire général, qui s'est trouvé par ce seul fait écarté du conseil de santé dont il dirigeait, en 1844, les délibérations.

A un autre point de vue, le décret du 29 juin 1876, puis celui du 15 septembre 1882, ont donné aux médecins le droit d'agir directement et disciplinairement à l'égard du personnel des infirmiers et d'autres agents inférieurs de l'hôpital. Le directeur du service de santé a également été appelé à exercer son action sur le matériel des hôpitaux. Cette action, limitée tout d'abord aux achats de médicaments, a été étendue à tout le matériel hospitalier, la nécessité ayant été reconnue de donner au chef du service technique, seul compétent, toutes les attributions d'un directeur, telles qu'elles résultent du décret du 23 novembre 1887. L'établissement des prévisions d'achat, l'ordonnancement des délivrances, la conservation du matériel, le choix des objets à délivrer, l'initiative de toutes les mesures à prendre pour l'utilisation de l'approvisionnement de l'hôpital, sont donc du domaine du directeur du service de santé, sans l'acquiescement duquel aucun achat, aucune commande, ne doivent avoir lieu.

Par suite des considérations qui précèdent, il y avait lieu de rechercher les moyens d'assurer, autant que le permettent les institutions de la marine, le fonctionnement du service de nos hôpitaux dans des conditions analogues à celles qui sont en vigueur au département de la guerre. Le but

poursuivi paraissait pouvoir être atteint par les mesures suivantes :

1° Remise au corps de santé de la police et de la direction, tant au personnel qu'au matériel, des hôpitaux de la marine;

2° Collation, au directeur du service de santé, des attributions conférées au médecin chef de la place par l'article 154 du décret du 25 août 1884 sur le service des armées en campagne.

J'ai chargé une commission, présidée par un officier général de la marine, d'étudier la question et de fixer, dans un projet de décret, les bases de la nouvelle organisation.

En me rendant compte de ses travaux, la commission a exprimé l'opinion qu'il importait de conférer aux directeurs du service de santé la direction complète des établissements hospitaliers dans les ports, en leur donnant une partie des attributions actuelles du commissaire aux hôpitaux dont les fonctions demeureront supprimées.

Comme conséquence de cette dernière disposition, les commissaires aux approvisionnements et aux subsistances auront à intervenir, à l'égard du service des hôpitaux, dans la préparation des clauses d'adjudications et de marchés pour fournitures et pour ventes. En outre, l'administration et la police intérieure des prisons qui, aux termes de l'article 41 de l'ordonnance du 14 juin 1844, étaient confiées au commissaire des hôpitaux, sans qu'il y eût connexité entre les deux services, seront dévolues au commissaire préposé au détail des fonds.

Appelé à délibérer sur les propositions de la commission, le Conseil d'amirauté a émis, dans sa séance du 1er mars courant, un avis entièrement conforme aux principes posés dans le projet de décret que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute sanction.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le sénateur, ministre de la Marine,
BARBEY.

II

DÉCRET

Le Président de la République française,

Vu l'ordonnance du 14 juin 1844, concernant le service administratif de la marine;

Vu le décret du 7 avril 1873, portant réorganisation des prisons maritimes;

Vu le décret du 29 juin 1876, concernant les infirmiers maritimes et les divers agents des hôpitaux de la marine;

Vu le décret du 27 mars 1882, portant modification aux attributions des chefs de service dans les ports militaires;

Vu le décret du 15 septembre 1882, relatif aux infirmiers maritimes et aux divers agents des hôpitaux de la marine;

Vu le décret du 25 août 1884 sur le service de santé des armées en campagne;

Vu le décret du 6 mars 1886, portant réorganisation du service des défenses sous-marines;

Vu le décret du 23 novembre 1887 sur l'organisation et la comptabilité des matières;

Vu le décret du 6 septembre 1888 sur l'organisation et la comptabilité des travaux de la marine;

Sur le rapport du sénateur, ministre de la Marine;

Le Conseil d'amirauté entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Dans chaque chef-lieu d'arrondissement maritime, le service de santé est dirigé, sous l'autorité du vice-amiral commandant en chef, préfet maritime, par le directeur du service de santé.

La direction, la police et l'administration des établissements hospitaliers et ambulances de la marine appartiennent au corps de santé. Elles sont exercées par le directeur du service de santé ou, à son défaut, par le médecin le plus élevé en grade, lequel remplit auprès de lui les fonctions de sous-directeur.

ART. 2. — Le directeur du service de santé a sous ses ordres les médecins, les pharmaciens, les sœurs hospitalières, les infirmiers maritimes détachés aux établissements hospitaliers, les jardiniers botanistes et tous agents inférieurs attachés au même service, ainsi que le personnel des agents administratifs de direction affecté à la comptabilité et à la tenue des écritures.

Il a sous sa direction et son autorité les ateliers et laboratoires où sont opérées les manutentions et transformations de matériel.

ART. 3. — Le directeur du service de santé possède, à l'égard des prévisions d'achat, de la conservation et de la délivrance du matériel des hôpitaux, les attributions de directeur telles qu'elles sont déterminées par le décret du 23 novembre 1887, sur l'organisation et la comptabilité des magasins de la marine.

Les dispositions du décret du 6 septembre 1888, relatives aux ordres d'exécution des travaux, à la responsabilité de leur exécution, à la tenue de leur comptabilité et au contrôle de cette comptabilité par le commissaire général, lui sont entièrement applicables.

Il établit annuellement le compte des hôpitaux avec l'évaluation du prix de revient de la journée de malade.

ART. 4. — Le médecin sous-directeur est spécialement chargé, sous l'autorité et la responsabilité du directeur, des différents détails de l'administration du service hospitalier.

ART. 5. — Le directeur du service de santé est médecin chef de la place et possède à cet égard les attributions conférées par les décrets et règlements sur le service de santé des armées en campagne.

ART. 6. — Les attributions d'administration et de police des hôpitaux prévues aux articles 27 et 41 de l'ordonnance du 14 juin 1844 cessent d'être exercées par le commissaire général de la marine et les chefs de détail sous ses ordres, sauf en ce qui concerne celles énumérées au paragraphe 2 de l'article 41, relatives aux achats et aux ventes de matériel.

ART. 7. — Le directeur du service de santé fait partie du conseil d'administration du port au même titre que les autres chefs de service appelés à le composer par les ordonnances et décrets en vigueur (art. 102 de l'ordonnance du 14 juin 1844, modifié par le décret du 27 mars 1882 et celui du 6 mars 1886).

Il prend rang entre le directeur des constructions navales et le directeur des défenses sous-marines.

ART. 8. — Les commissaires aux approvisionnements et aux subsistances exercent respectivement, à l'égard du service des hôpitaux, les attributions définies par l'article 37 de l'ordonnance du 14 juin 1844 et de l'instruction du 20 décembre de la même année, sauf en ce qui concerne la conservation du matériel en magasin et la délivrance aux services consommateurs.

Ils ne donnent suite aux achats et aux commandes qu'après l'accomplissement des prescriptions de l'article 21 du décret du 23 novembre 1887, paragraphes 7 et 8.

ART. 9. — Le commissaire aux fonds exerce, à l'égard des maisons d'arrêt et prisons, autres que celles qui sont établies à bord du bâtiment amiral et dans les casernes, les fonctions d'administration et de police intérieure dévolues au commissaire aux hôpitaux par les paragraphes 5 et 6 de l'article 41 de l'ordonnance du 14 juin 1844 et par le décret du 7 avril 1873 portant réorganisation des prisons maritimes. Toutefois, les opérations d'achat, de réception et de liquidation du matériel incombent au commissaire aux approvisionnements qui ordonnance les délivrances de ce matériel sur demandes visées par le commissaire aux fonds.

ART. 10. — Les attributions dévolues par l'article 12 du décret

du 7 avril 1873 à l'agent comptable des hôpitaux, en ce qui concerne le matériel des prisons, sont exercées, sous le contrôle du commissaire aux approvisionnements, par le garde-magasin général, qui est dépositaire, dans le groupe comptable dont il a la gestion directe, du matériel de ce service et des effets, valeurs, etc., appartenant aux détenus.

Art. 11. — Le ministre de la Marine est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 31 mars 1890.

Carnot.

Par le Président de la République :

Le sénateur, ministre de la Marine,

Barbey.

III

ARRÊTÉ

Le sénateur, ministre de la Marine,

Vu le décret du 31 mars 1890, attribuant l'administration et la police des hôpitaux de la marine aux directeurs du service de santé ;

Vu l'instruction du 20 décembre 1844 concernant le service du commissariat, des directions et du contrôle dans les ports et arsenaux de la marine,

Arrête :

TITRE PREMIER

DU DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ

Article premier. — Le directeur du service de santé exerce son action :

1° Dans les hôpitaux maritimes ;

2° Dans les ambulances dépendant de l'arsenal ;

3° A bord des bâtiments placés sous les ordres du vice-amiral, commandant en chef, préfet maritime ;

4° Dans les divisions des équipages de la flotte ;

5° Dans les corps de troupes de la marine et, en cas de mobilisation et de guerre, dans tous les corps de troupes cantonnés dans le rayon d'action de la place, sous les ordres du vice-amiral, commandant en chef.

Dans les hôpitaux, l'action du directeur est directe et se trouve définie par les articles ci-après.

En dehors des hôpitaux, il reçoit des médecins chefs de service, par l'intermédiaire du commandant en chef de corps, tous les renseignements relatifs à l'état sanitaire, les comptes rendus des opérations de la vaccination et de la revaccination, ceux concernant l'instruction spéciale donnée aux brancardiers et infirmiers régimentaires dans les corps de troupes.

Il visite le casernement des équipages et des troupes de la marine, au point de vue de l'hygiène et du fonctionnement des infirmeries appartenant au service de santé et s'assure que ce matériel est en bon état d'entretien et au complet réglementaire. Pour toutes ces opérations, il prend les instructions du vice-amiral, commandant en chef, préfet maritime.

Les commandants et chefs de corps sont informés hiérarchiquement de la visite du directeur du service de santé.

En ce qui touche spécialement le matériel des ambulances régimentaires des troupes, il établit, dans la première quinzaine de chaque semestre, pour la transmettre au ministre, une situation générale de ces approvisionnements. A cet effet, les corps de troupes et le garde-magasin général lui remettent, tous les six mois, une situation du matériel qui est arrêtée aux dates du 1er janvier et du 1er juillet.

Art. 2. — Le directeur est responsable des actes relatifs à ses fonctions. S'il était résulté de ces actes des dépenses en deniers ou en matières qui n'auraient pas été ordonnées par le ministre ou qui seraient contraires aux ordonnances, décrets et règlements en vigueur, il aurait à justifier qu'il a agi en conséquence des ordres écrits du préfet maritime et qu'il n'a pas négligé de lui faire des représentations qui n'ont pas été accueillies.

Art. 3. — Le directeur du service de santé a le droit de requérir les postes militaires chargés de la garde des hôpitaux ; ils doivent obtempérer à ses réquisitions.

Art. 4. — Il a le droit de police sur tous les malades, quel que soit leur grade.

Art. 5. — Il règle la répartition numérique du personnel dans les salles et dans les détails du service intérieur.

Art. 6. — Il propose à l'approbation du préfet maritime les consignes pour la police intérieure. Il tient la main à leur exécution.

Art. 7. — Il fait tenir une matricule des officiers et agents entretenus employés dans les hôpitaux, ainsi qu'une matricule des agents salariés à la journée et du personnel ouvrier.

Il fait tenir le registre des malades et dresser les états, qu'il certifie, relatifs à la situation et aux mouvements des hôpitaux.

Art. 8. — Il établit, dans les formes réglementaires, la statistique médicale, qui est transmise au ministre.

Art. 9. — Le directeur établit chaque année les prévisions d'achat du service des hôpitaux, dans les conditions prescrites par le titre III du décret du 23 novembre 1887.

Art. 10. — Il veille spécialement à ce que les délivrances du matériel en magasin aient lieu conformément aux prescriptions de l'article 20 dudit décret.

Il veille également à ce que le matériel en service ne soit pas détourné de sa destination, en dehors des prêts régulièrement autorisés, conformément aux instructions sur la comptabilité des matières.

Art. 11. — Le recrutement des ouvriers et ouvrières est exercé par le directeur qui, pour les admissions, la fixation des salaires, les avancements, etc., se conforme aux règles tracées par les ordonnances, décrets et règlements en vigueur.

Art. 12. — Le directeur fait expédier le décompte des salaires alloués au personnel ouvrier et au personnel subalterne employé à la journée. Ces décomptes sont remis au commissaire aux travaux, qui les vérifie et les transmet au commissaire général.

Art. 13. — Il établit annuellement le compte des hôpitaux. Ce document, arrêté par le sous-directeur et visé par le directeur, qui le certifie, est ensuite, après avoir été revêtu de la certification de concordance énoncée à l'article 27, transmis au préfet maritime qui le soumet à l'examen du conseil d'administration du port avant de l'adresser au ministre.

TITRE II

DU SOUS-DIRECTEUR

Art. 14. — Le sous-directeur veille à ce que les prescriptions de toutes sortes soient ponctuellement suivies dans les espèces et quantités déterminées par les cahiers de visite et à ce que les distributions générales soient faites, avec exactitude et célérité, aux heures fixées par les règlements.

Il s'assure, par de fréquentes visites, de la régularité du service dans l'intérieur des hôpitaux et dans leurs dépendances. Il porte son attention sur la bonne qualité et la préparation des aliments, l'entretien et la propreté des ustensiles.

Il veille à la bonne tenue des salles, donne ses soins au bien-être des malades, écoute leurs plaintes et y fait droit quand il y a lieu.

Art. 15. — Le sous-directeur a sous ses ordres, pour le service de l'administration et de la comptabilité, le personnel des agents administratifs des directions affectés aux hôpitaux.

Art. 16. — Il tient tous les documents concernant l'administration de l'hôpital et dresse les états relatifs à la situation et aux mouvements des hôpitaux.

Art. 17. — Il veille à ce que les effets et valeurs appartenant aux malades soient exactement inventoriés et conservés par l'agent comptable, avec les sûretés et les précautions prescrites

et à ce qu'ils reçoivent, à la sortie ou au décès des malades, la destination déterminée par les règlements.

Art. 18. — Il fait les déclarations de décès, conformément aux prescriptions du Code civil.

Art. 19. — Il expédie les billets de sortie.

Art. 20. — Il tient les casernets du personnel ouvrier ou payé à la journée, et veille à la distribution des salaires.

Il surveille la comptabilité du trésorier du conseil d'administration chargé de la solde.

Art. 21. — Il concourt, de concert avec les commissaires aux approvisionnements et aux subsistances, à la préparation des cahiers des charges et à celle des achats par traité de gré à gré ou par convention, concernant le service des hôpitaux.

Il fait partie de la commission des marchés et assiste aux séances d'adjudication.

Art. 22. — Il veille spécialement à ce que les dépenses et les consommations soient conformes aux prescriptions réglementaires, et, dans les cas d'urgence, pour lesquels il y est dérogé, à ce qu'elles soient justifiées par les ordres écrits du directeur.

TITRE III

DU MÉDECIN RÉSIDENT

Art. 23. — Un médecin résidant à l'hôpital est chargé, sous l'autorité du directeur et la surveillance du sous-directeur, des détails de police intérieure de l'établissement.

TITRE IV

DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SOLDE

Art. 24. — L'administration de la solde du personnel ouvrier du service des hôpitaux est exercée, dans les formes prescrites par le règlement du 7 février 1865, par un conseil d'administration composé ainsi qu'il suit :

Le directeur, président :

Le sous-directeur;

L'agent administratif, ce dernier remplissant les fonctions de secrétaire et de trésorier.

TITRE V

DES ATTRIBUTIONS RÉSERVÉES AU COMMISSARIAT DE LA MARINE

Art. 25. — Le commissaire aux approvisionnements assure l'approvisionnement et veille à la conservation en magasin du matériel du culte, ainsi que des bibliothèques de bord et du matériel pour l'enseignement élémentaire.

Il en opère la délivrance aux services consommateurs.

Il exerce la même action sur le matériel du service de la justice maritime.

Art. 26. — Le commissaire aux revues tient la matricule des agents entretenus du service et celle des sœurs hospitalières.

Art. 27. — Le commissaire général certifie, au pied du compte annuel des hôpitaux, la concordance des éléments de ce compte avec les écritures de la comptabilité en deniers et en matières.

TITRE VI

DU SERVICE DES MAGASINS

Art. 28. — La garde et la comptabilité du matériel du culte, des bibliothèques de bord et du matériel pour l'enseignement élémentaire incombent au garde-magasin général, qui en est chargé sous le contrôle du commissaire aux approvisionnements.

Le matériel du culte est spécialement laissé à la garde des sœurs, qui sont instituées, en ce qui le concerne, comme préposées-comptables du garde-magasin général.

Fait à Paris, le 31 mars 1890.

Barbey.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Brouardel.

Le criminel (1).

III

J'arrive aux caractères assignés par Lombroso à l'homme criminel. Le premier serait une capacité cranienne intérieure moindre que chez les autres hommes. Les anthropologistes admettent, en effet, pour la capacité intérieure du crâne, une limite minima, une limite maxima et une limite moyenne, dans laquelle rentrent la plupart des individus. D'après l'école italienne, les crânes des délinquants seraient, en général, petits, et cette observation s'accorde bien avec la loi anthropologique, qui veut que l'activité des fonctions intellectuelles soit proportionnée au volume du cerveau. Je dois ajouter que Lombroso s'est mis à l'abri d'une cause d'erreur assez commune, qui consiste à prendre le volume extérieur du crâne, lequel ne s'accorde pas toujours avec le volume intérieur. Il nous reste à demander : Est-il vrai que la capacité intérieure du crâne d'un individu soit en rapport avec ses facultés psychiques ?

Rien ne serait plus faux si on prenait cette proposition à la lettre. On a cité souvent le cerveau de Cuvier, qui pesait à peu près 1500 grammes, et, à une époque plus rapprochée de nous, celui de Gambetta, qui ne pesait que 1153 grammes. Les anthropologistes se sont défendus en disant que le petit volume du cerveau n'excluait pas la qualité de la substance cérébrale. Cela est vrai; mais alors il ne faut pas tirer un caractère scientifique du volume du cerveau. Nous pouvons tenir compte assurément des crânes microcéphales et hydrocéphales; mais c'est là que nous devons arrêter nos déductions. En observant un grand nombre de criminels, Lombroso a été obligé de reconnaître que, souvent, ils présentaient une grande capacité cranienne; mais il a constaté, en général, que ces individus étaient des criminels intelligents, organisateurs de bandes de voleurs. Il semble donc que les grandes capacités craniennes ne se trouvent que chez ces chefs de bande, très intelligents, et que les petites capacités craniennes soient dévolues aux autres.

Le second caractère a été mis en lumière, à l'École d'anthropologie de Paris, par M. Manouvrier : la voûte du crâne serait aplatie chez les criminels. Mais ce caractère n'a pas paru constant. On a comparé alors le développement de la partie antérieure de la tête au développement de la partie postérieure, et on a constaté que le développement occipital était beaucoup plus prononcé que le développement frontal chez beaucoup de criminels. Or, vous savez que les facultés nobles sont logées dans les lobes frontaux, tandis que les lobes occipitaux sont nuls au point de vue intellectuel.

On a noté aussi l'étroitesse du front et l'allongement considérable de la figure. Il y a, chez le criminel, 4 centimètres de plus que chez les autres hommes, en moyenne, entre le menton et le sommet du frontal.

Lombroso a trouvé que, parmi les criminels, les brachycéphales étaient en plus grand nombre que les dolichocéphales. Il a remarqué que les brachycéphales étaient révolutionnaires et les dolichocéphales plus réfléchis. Pour ma part, je crois que la race a une plus grande part dans

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 341.

ces indices céphaliques que la criminalité, et je reste sceptique à cet endroit.

Je passe à une série de caractères qui ne devraient pas être attribués au criminel-né : l'asymétrie du crâne, la sclérose des os du crâne et la précocité de leur soudure. Chez les sujets normaux, les soudures des os du crâne se font très tard, après quarante, cinquante et soixante ans. Mais lorsqu'il se produit, de ce côté, une inflammation quelconque, le diploé ne se développe pas, la table externe et la table interne sont juxtaposées l'une à l'autre, les soudures entre les différents os se font de très bonne heure, et la boîte cranienne est arrêtée dans son développement.

Comme, dans les conditions ordinaires, la capacité cranienne augmente très longtemps, on conçoit que, si la soudure se fait à quinze ans, le développement cérébral devient impossible et qu'il puisse en résulter des troubles mentaux. Remarquez cependant que c'est là un caractère d'évolution et un caractère primordial du criminel-né.

Lasègue avait remarqué que l'asymétrie faciale est très fréquente chez les épileptiques. L'asymétrie, décrite aussi par Lombroso, jouera un grand rôle dans nos études; mais, encore une fois, je ne puis l'accepter comme un caractère de naissance. J'ai assisté, à Berlin, à l'autopsie de Nobiling, l'auteur d'un attentat contre Guillaume I[er]. Il avait une asymétrie du crâne. L'os pariétal droit avait subi une sclérose; il était atrophié et mesurait 2 centimètres de moins que celui de l'autre côté. Il est possible que cette disposition ait pu empêcher le développement de certaines parties du cerveau. Mais on ne me fera pas admettre pour cela que Nobiling était un criminel-né; il a pu devenir criminel à la suite d'un arrêt de développement.

Lorsqu'un crâne se développe normalement, il existe, sur la face interne de l'occipital, une crête allant du pressoir d'Érophile au trou occipital. Or, Lombroso a remarqué que, chez les criminels, il y avait à cet endroit comme une division de la table interne et que cette crête se trouvait remplacée par une fossette occipitale. Au dernier Congrès anthropologique, le professeur Bénédict lui a objecté que cette fossette correspondait au vermis, et lui a demandé s'il connaissait les fonctions du vermis, auquel cas seulement on pourrait tirer des conséquences de la présence de la fossette. M. Moleschott a répondu alors que le vermis était en rapport avec la puissance musculaire. Mais M. Bénédict n'a pas paru accepter cette interprétation, rappelant l'histoire de ce candidat auquel un professeur demanda, à un examen, quelles étaient les fonctions de la rate. Le candidat répondit : « Je l'ai su, mais je l'ai oublié. — Écoutez tous, s'écria le professeur, et voyez ce jeune homme qui, ayant su les fonctions de la rate, les a oubliées! »

Néanmoins le triomphe était près de la défaite pour Lombroso, car, en sortant de la séance du Congrès, nous avons été faire l'autopsie d'Allorto et de Sellier qui venaient d'être exécutés : tous les deux avaient la fossette sous-occipitale. La joie de Lombroso a été profonde. Quant à moi, j'avoue que je ne crois pas du tout à la valeur anatomique de ces stigmates osseux, mais, lorsqu'on les rencontre, ils dénotent au moins qu'il y a eu une malformation de l'écorce et il est très possible qu'il y ait aussi, dans ce cas-là, une malformation dans le contenu. Les anomalies du cerveau sont malheureusement très difficiles à apprécier : il en est très peu que nous sachions reconnaître.

Les caractères tirés de la face sont au moins plus faciles à voir. D'après l'école italienne, la mâchoire inférieure du criminel est volumineuse, les arcades sourcilières saillantes, les oreilles détachées de la tête en ailes de chauve-souris et insérées plus bas qu'à l'ordinaire.

Pour le volume de la mâchoire inférieure, M. Manouvrier, qui a fait une critique très serrée de la doctrine de Lombroso, est obligé de reconnaître qu'il a trouvé ce caractère à peu près constant chez les criminels qu'il a examinés. Bien plus, Lombroso avait trouvé, pour les mâchoires des criminels exécutés, un poids moyen de 80 grammes; or, la statistique de M. Manouvrier donne une moyenne de 92 grammes.

Passons à l'examen du caractère tiré de la saillie des arcades sourcilières. Si vous venez à en parler à un magistrat, il ne manquera pas de vous demander comment il se fait que Lombroso décrive des bosses frontales chez le criminel, alors qu'en général on attribue, au contraire, des fronts fuyants aux individus déchus et inintelligents. Voici comment s'explique cette apparente contradiction : abstraction faite de ses divers points d'ossification, le maxillaire supérieur se développe en partie aux dépens d'un os intermaxillaire, qui constitue, chez la plupart des vertébrés, un os distinct. Cet os intermaxillaire se fusionne chez l'homme avec le maxillaire et donne naissance à la portion alvéolaire des deux dents incisives, ainsi qu'à la partie de la face et du bord antérieur de l'os qui correspondent à l'échancrure nasale. Il en résulte que, lorsque cet os prend un développement considérable, la mâchoire supérieure est très projetée en avant et forme une sorte de petit museau. C'est là une disposition fâcheuse puisqu'elle nous rapproche des races inférieures. Lombroso en a fait un caractère d'atavisme et il prête le caractère violent des sauvages aux hommes qui le présentent.

Eh bien! lorsque le menton est volumineux, la mâchoire supérieure proéminente, et l'arcade sourcilière saillante, si vous prenez l'angle facial, il est bien difficile que vous ne trouviez pas un front fuyant. J'ajoute même que, si on avait pris depuis longtemps, comme on le fait maintenant, la photographie des criminels, de face et de profil, on constaterait certainement que la plupart ont un front fuyant. Il y a là un caractère assez important.

Lombroso a trouvé, du reste, que l'angle facial fournissait un caractère beaucoup plus important que l'asymétrie. Il a noté, en général, comme indice chez le criminel, le chiffre 70 au lieu de 74, chiffre habituel. De plus, il a été frappé de ce que les prostituées offraient le même caractère; il a constaté que ces femmes avaient l'angle facial le plus inférieur qu'on puisse rencontrer, et il en a fait le type du criminel féminin.

A côté de ces caractères, je dois vous en signaler un autre, auquel je n'attache pas une réelle valeur, c'est la grandeur de l'orbite. Lombroso a décrit aussi comme caractéristiques, les nez tordus, camus, en bec de canne, etc.

En résumé, alors même qu'un individu présenterait tous les caractères anatomiques indiqués par Lombroso, je crois qu'il est impossible, *a priori*, de déclarer que cet homme est un criminel. Cependant, comme le mental se développe à l'ordinaire parallèlement au physique, s'il existe une tare physique, il faut ouvrir l'œil et examiner s'il n'y a pas aussi une tare mentale. Mais il n'est pas permis de conclure fatalement de la présence de l'une à l'existence de l'autre.

Le médecin légiste doit faire comme le juge d'instruction qui, à défaut d'une preuve absolue, totalise des renseignements qui n'ont pas, isolément, une grande valeur, et en tire une conclusion. Il en est de même au lit du malade :

dans la plupart des cas, il n'y a pas de caractère pathognomonique par lui-même, c'est l'ensemble des symptômes qui a une valeur clinique.

PLEURÉSIE TUBERCULEUSE ET PHTHISIE CASÉEUSE

Par M. le docteur Liberman,
Ancien médecin principal de première classe des armées.

Observation I. — Mme E. S... (de Calais) est âgée de trente-six ans; d'un tempérament mixte, de constitution moyenne, elle a des antécédents héréditaires dans sa famille. Il y a neuf ans, à la suite d'un refroidissement, elle fut prise d'un point de côté à gauche avec dyspnée, toux, inappétence, quelques crachats hémoptoïques, qui la décidèrent à venir me consulter à Calais, au mois de novembre 1888.

Sa toux était incessante, elle avait des crachats hémoptoïques tous les jours, des sueurs nocturnes, surtout aux mains et à la poitrine.

Je constatai à la percussion du poumon gauche une matité absolue s'étendant de l'angle de l'omoplate à la base de ce poumon; à l'auscultation un bruit de souffle doux, à l'angle de l'omoplate gauche; l'absence de vibrations thoraciques à gauche, avec légère déviation du cœur à droite; au sommet du poumon droit, matité en avant et en arrière avec craquements humides sous la clavicule en avant et dans la fosse sus et sous-épineuse en arrière. La pression des deux pneumogastriques était douloureuse dans la région cervicale inférieure.

Je diagnostiquai un épanchement pleurétique de nature tuberculeuse à gauche avec dépôt caséeux à droite, dus tous les deux à un refroidissement et à l'inflammation des deux pneumogastriques, dénotée par la douleur à la pression de ces nerfs dans la région cervicale.

Je soumis la malade à mon traitement : deux fois par jour, lotions d'une demi-minute, à l'éponge humide, avec enveloppement et frictions consécutifs; régime lacté, trois litres de lait cru par jour; deux repas à la viande, précédés chacun de l'absorption de deux cuillerées à bouche d'huile de foie de morue créosotée. Je procédai ensuite à l'électrisation des deux pneumogastriques : le pôle positif d'une machine à courants continus de Chardin fut placé au creux épigastrique, le pôle négatif sur la portion inférieure cervicale du pneumogastrique gauche; l'électrisation dura cinq minutes et l'intensité du courant ne dépassa pas 5 milliampères. Le pôle + restant toujours sur le creux épigastrique, je plaçai le pôle — sur la portion inférieure du pneumogastrique droit, qui fut électrisé de la même façon que le gauche.

Ces électrisations ne purent être répétées que trois fois par semaine, à cause de l'éloignement de la malade. A chaque électrisation, j'observais que le liquide pleurétique diminuait notablement, et sans la distance qui nous séparait je l'eus certainement électrisée tous les jours; néanmoins la toux et la dyspnée diminuèrent sensiblement, l'appétit revint et au mois de mai 1889, sept mois après le commencement du traitement, la malade était complètement guérie : plus de matité à gauche, l'épanchement avait disparu; plus de craquements à droite, respiration normale, en avant et en arrière de ce côté. La malade a augmenté de vingt livres; ses forces, sa gaieté sont revenues et, depuis, la guérison ne s'est pas démentie.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre :

1° Par la rapide guérison d'une affection aussi grave qu'invétérée qui avait débuté neuf ans avant le traitement;

2° Par l'influence de l'électrisation du pneumogastrique sur la disparition de l'épanchement pleurétique.

Après chaque électrisation, le liquide paraissait diminuer à vue d'œil et la malade respirait à plein poumon; cette indication pourra peut-être être utile pour le traitement de la pleurésie simple, par l'électrisation des pneumogastriques, qui président probablement aux fonctions de sécrétion de la plèvre.

Observation II. — Sydonie L... (de Saint-Martin-lès-Boulogne) est âgée de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible; elle est tombée malade en 1887, à la suite d'un refroidissement. A cette époque elle fut prise de toux, de dyspnée, d'hémoptysie avec sueurs nocturnes, d'amaigrissement et d'affaiblissement considérables.

Elle se présente à ma consultation, le 5 juillet 1889; à l'examen, je constate un amaigrissement notable (elle pèse 107 livres); à la percussion, elle présente, au sommet du poumon gauche, une matité s'étendant à quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule en avant, en arrière une matité absolue dans la fosse sus et sous-épineuse. A l'auscultation, des craquements humides dans toute l'étendue occupée par la matité; la pression du pneumogastrique gauche, dans la région cervicale inférieure, est très douloureuse; les hémoptysies sont incessantes, la faiblesse est extrême. La malade a été transportée chez moi sur un matelas, elle est soumise immédiatement à mon traitement. Lotions à l'éponge humide deux fois par jour; trois à quatre litres de lait par jour; deux repas à la viande et l'absorption de deux cuillerées à bouche d'huile de foie de morue créosotée. L'électrisation du pneumogastrique gauche fut pratiquée tous les jours suivant ma méthode, décrite plus haut; après les cinq premières électrisations les hémoptysies disparurent pour ne plus revenir, la toux et les expectorations diminuèrent ensuite graduellement sous l'influence des électrisations et du traitement.

Au mois de décembre 1889, cinq mois après le commencement du traitement, la malade était complètement guérie, avait augmenté de 20 livres; les craquements humides et la matité avaient disparu, en faisant place à une respiration normale.

Nous ferons remarquer, dans cette observation, la promptitude de la disparition des hémoptysies sous l'influence de l'électrisation du pneumogastrique correspondant au côté malade, ainsi que la disparition rapide et définitive de la pneumonie caséeuse du sommet gauche, avec retour des forces, de l'embonpoint et de la santé. La malade vient maintenant chez moi à pied, elle fait tous les jours pour cela deux kilomètres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite du décès de M. Blachez, les mutations suivantes ont lieu dans le service médical des hôpitaux :

M. Constantin Paul passe de Lariboisière à la Charité; M. Raymond, de Saint-Antoine à Lariboisière; M. Brissaud, de Tenon à Saint-Antoine; M. Faisans, de Sainte-Périne à Tenon; M. Talamon, de La Rochefoucauld à Sainte-Périne; M. Ballet, du Bureau central à La Rochefoucauld.

Par suite de la nomination de M. Duplay, comme professeur de clinique chirurgicale, et de M. Guyon, comme professeur de clinique des maladies des voies urinaires, les mutations suivantes ont lieu dans le service chirurgical des hôpitaux :

M. Le Dentu passe de Saint-Louis à Beaujon; M. Marchand, de Saint-Antoine à Saint-Louis; M. Blum, de Tenon à Saint-Antoine; M. Reynier, d'Ivry à Tenon; M. Horteloup, de la Maison municipale à Necker; M. Segond, de Bicêtre à la Maison municipale; M. Quénu, du Bureau central à Bicêtre; M. Nélaton, du Bureau central à Ivry.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Champenois, ancien médecin inspecteur des armées. Demain jeudi, à midi, les obsèques seront célébrées en l'église Notre-Dame-des-Champs. A l'issue de la cérémonie, le corps sera transporté à Launois (Ardennes).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 41. — SAMEDI 5 AVRIL 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 5 AVRIL 1890. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Du curage de l'utérus, par M. le docteur R. PICHEVIN, ancien interne des hôpitaux. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Du curage de l'utérus.

Par M. le docteur R. PICHEVIN, ancien interne des hôpitaux.

Le curage de l'utérus (1) est une opération qui consiste, soit à enlever des fragments spécimens ou la totalité (2) de la muqueuse utérine altérée et à débarrasser l'utérus des produits pathologiques qui l'encombrent, soit à attaquer un néoplasme de la matrice, à l'aide d'un instrument spécial introduit par la voie vaginale.

I

HISTORIQUE. — Le curage de l'utérus a subi le sort commun à quelques conquêtes chirurgicales d'origine française. L'opération, que Récamier préconisa le premier, en 1846, fut vivement attaquée. Défendue par des hommes éminents, l'abrasion de la cavité utérine s'imposa pendant quelques années à l'attention du monde savant. Pendant dix ans environ, cette opération fut assez fréquemment pratiquée par des chirurgiens et quelques médecins gynécologues. Mais le curage resta toujours une intervention discutée, qui eut des partisans convaincus et des détracteurs ardents.

De 1860 à 1872, le curage de l'utérus jouit d'une faveur moins marquée. En France, cette opération n'est pas proscrite d'une façon absolue, mais elle succombe sous le poids des méfaits qui lui sont imputés. Les accusations dont elle avait été l'objet avaient porté leur fruit : le curage fut à peu près banni du domaine chirurgical français.

L'année 1872 marque une ère nouvelle dans l'histoire du curage. L'opération est accueillie d'abord timidement de l'autre côté du Rhin ; puis elle gagne du terrain et est enfin adoptée définitivement en Allemagne. Le curage de l'utérus se relève du discrédit dans lequel il était plongé et se répand en Angleterre, aux États-Unis, en Suède, etc.

Après de longues pérégrinations à travers le monde, l'opération de Récamier revint en France, il y a cinq ans environ. Elle n'y reçut pas un accueil très empressé, il faut bien l'avouer.

Mis en suspicion par l'immense majorité des gynécologues et des chirurgiens, condamné sans plus ample examen par beaucoup de médecins, le curage de l'utérus fut en butte à des critiques violentes et surannées, qui ne tendaient à rien moins qu'à immobiliser la gynécologie française dans les anciens errements de nos pères.

L'opération de Récamier eut la chance de trouver un asile, presque secret, chez quelques jeunes chirurgiens français, amis du progrès, qui prirent le parti d'expérimenter avant de nier la valeur d'une intervention si répandue à l'étranger.

Mais le curage de l'utérus n'a dû son triomphe définitif, en France, qu'aux efforts incessants de M. Doléris, qui n'hésita pas à encourir publiquement les risques de l'excommunication majeure, en proclamant la bénignité, la simplicité et l'efficacité de cette opération dans la cure des endométrites.

Reconnu comme légitime, puis condamné et enfin réhabilité, le curage de la matrice a désormais conquis la place qui lui revient de droit dans la liste des bonnes opérations de la gynécologie moderne.

Comment cette opération a-t-elle pu subir tant de fluctuations ?

Pour comprendre ces changements dans l'opinion sur la valeur de l'abrasion de la muqueuse utérine, il suffit de parcourir l'histoire des interventions chirurgicales les plus simples et en même temps les plus brillantes.

Tant que les plaies furent livrées sans défense aux influences mal définies qui provoquaient l'explosion des accidents septiques, les opérations sanglantes furent renfermées dans d'étroites barrières et, le plus souvent, proscrites dans les cas où la vie n'était pas en danger immédiat.

Mais, depuis que l'on a appris à connaître les causes de l'infection et la méthode de défendre les plaies chirurgicales contre les envahissements des micro-organismes, le domaine des interventions armées s'est sensiblement accru.

Le curage a bénéficié de la sécurité des pratiques de la chirurgie moderne, sous le couvert de l'antisepsie et de l'asepsie.

(1) *Synonymie* : Abrasion (Récamier) ; râclement (Becquerel) ; râclage ; curettage (Walton) ; curetage ; grattage, etc.

(2) Il ne subsiste plus, après une bonne abrasion, qu'un petit nombre de culs-de-sac glandulaires qui s'enfoncent dans la musculeuse.

Ce rapide aperçu permet de diviser l'histoire du curage en quatre périodes.

A. C'est en 1846 que Récamier invente de toutes pièces l'abrasion de la muqueuse utérine, pour combattre une des formes de la métrite (1).

Robert montre les avantages du curage, dès l'année 1846. Marjolin est partisan de l'opération, pour mettre fin aux hémorrhagies utérines rebelles. Mais l'opposition se lève déjà menaçante. C'est d'abord Velpeau qui, dans la séance du 6 novembre 1849, rompt la première lance pour combattre l'abrasion de la muqueuse, opération inutile et redoutable. Deux mois plus tard, P. Dubois prononce un réquisitoire sévère contre le curage. Les attaques de l'illustre accoucheur sont vives et serrées.

En 1850, Récamier élève la voix pour défendre la valeur de son opération. Il fait appel à l'expérience des chirurgiens qui ont employé sa méthode.

Dans la *Gazette des hôpitaux*, des hommes d'élite préconisent le curage. Nélaton et Nonat (en 1853), Gosselin et Trousseau (en 1856), unissent leurs efforts pour défendre l'opération de Récamier.

En 1855, à la Société de chirurgie, Cloquet, Michon, Hervez de Chégoin sont opposés au râclage, mais M. Richet, Robert, Maisonneuve, Demarquay et Follin s'élèvent en faveur de l'abrasion de la muqueuse utérine. Il faut signaler la thèse de Rouyer (1858), écrite sous l'inspiration de Nélaton et favorable à l'opération. Vers cette même époque (1858-1860), Aran, adversaire redoutable, condamne l'abrasion qui est « un tir à la cible les yeux fermés ». En 1859, Becquerel qualifie sévèrement l'abrasion : l'opération est *barbare, irrationnelle* et *cruelle*.

A l'étranger, l'abrasion est peu connue. En Angleterre, Simpson pratique l'opération dès 1850. En 1853, Tilt prend la défense de l'abrasion, à la Société médicale de Londres.

En Allemagne et en Autriche, le curage est l'objet de toutes les railleries et de tous les blâmes; on lui applique le terme d'expérience brutale, au dire d'Olshausen. Braun (en 1857) et Scanzoni, l'année suivante, s'élèvent contre l'abrasion.

Dans cette première période, l'opération reste dans le domaine chirurgical français. Lisfranc, Malgaigne, Robert, Maisonneuve, Nélaton, Gosselin, Follin, M. Richet râclent la muqueuse utérine.

B. Dans la deuxième période (1860-1872), l'opération est vivement battue en brèche. M. de Sinéty n'est pas opposé à l'abrasion. Saint-Vel, pour la deuxième fois, vante les effets du curage. M. Conan, dans sa thèse (1869), se fait le défenseur de cette méthode. Courty (1870) comprend la nécessité de l'opération. Routh et Savage, en Angleterre, M. Sims pratiquent le curage de l'utérus.

Dans cette seconde période, l'opposition a fait des progrès. Les défenseurs de l'opération sont moins nombreux et moins convaincus. A cette époque, il ne faut pas l'oublier, les accidents septiques survenaient à l'occasion des plaies les plus insignifiantes.

C. Mais bientôt allait apparaître la troisième période. Sous l'égide de l'antisepsie, le curage reprend la place qui lui est due, du moins à l'étranger. Cette période s'étend de 1872 à 1884.

En France, le silence se fait sur l'abrasion de la muqueuse utérine. C'est en vain que MM. Nonat (1874), Demarquay (1876), Gallard (1877), Chéron (1881) et Courty, dans sa troisième édition, recommandent le curage. On ne veut même plus entendre ces voix discordantes. L'opération est condamnée, mais non sans appel.

En Allemagne, Simon remet en honneur le curage dans le traitement des tumeurs malignes de l'utérus (1872). Deux ans après, Hegar cure la muqueuse utérine enflammée. Kaltenbach suit cette pratique. Mais c'est Olshausen qui, en 1875, a inauguré l'ère nouvelle. Il traite l'endométrite chronique par le curage.

Depuis lors, les gynécologues des pays allemands et austro-hongrois adoptent cette pratique. Il suffit de citer quelques noms : Braun, Chrobak, Elischer, Landau, Rheinstäder, Bischoff, Brenneke, Prochownick, Duvelius Rabenau, L. Meyer, Schrœder, Kaltenbach, Hegar, Martin, Loehlein, Hofmeier, etc.

En Angleterre, Robert Barnes est très réservé sur l'emploi de la curette. Tait, en 1877, Duncan, Playfair, en 1880, Edis, Hart et Barbour préconisent le curage.

En Finlande, dès 1872, Pippingskjöld abrase la muqueuse dans les cas d'endométrite. Staltzmann, en 1877, pratique la même opération.

Eklund, en Suède, Meyet et Kragelung, dans le Danemark, grattent la cavité utérine.

En Suisse, Rapin (1), dès 1878, et Vulliet se rallient à l'opération de Récamier. La Belgique ne reste pas en arrière. Walton (2) et Fraipont doivent être nommés dans la liste des promoteurs de l'opération.

En Espagne, il faut signaler Cortiguera, Gutierrez, Cardenal, Candelna.

En Italie, Chiara, Fasolo, Manglagalli, Bergesio, Bompiani sont des adeptes du curage.

La Russie ne reste pas étrangère au mouvement qui entraîne les chirurgiens à adopter le curage. Martinow, Slawjanski, Lasarewitch abrasent la muqueuse utérine.

L'Amérique compte de nombreux partisans de l'opération : Nöggerath, Parvin, A. Simpson, Lusk, Mundé, Taylor, Howard, Barker, Goodel, Palmer, Transzky, Harrisson, etc., pratiquent le curage.

Tandis que le curage se glissait progressivement dans la pratique gynécologique du monde entier, cette opération était tombée dans l'oubli en France. De 1880 à 1884, quels sont ceux qui ont pratiqué le curage de l'utérus ? Dans tous les cas, l'opération n'a été faite que dans des cas absolument exceptionnels, et on peut dire qu'il y avait un concessus presque unanime pour repousser l'abrasion appliquée à la cure des métrites.

D. En 1884, M. Doléris déposa à l'Académie un pli cacheté portant exclusivement sur l'écouvillonnage de l'utérus. Il y mentionne déjà plus de cent observations recueillies par lui depuis 1880. En 1885, dans la thèse de Torres-Mendiola, on trouve deux observations de curage dans l'avortement.

(1) La bibliographie se trouve exposée très complètement dans l'excellente thèse de M. Boureau, *Du curage dans l'endométrite du corps de l'utérus*, Paris 1888.

(1) Rapin. Du râclage ou curettage de l'utérus, *Revue médicale de la Suisse romande*, n° 8, 20 août 1888.

(2) Ce gynécologue distingué a beaucoup fait pour acclimater le curage en Belgique.

M. Laroche (1) rapporte l'observation d'une femme qui avait des hémorrhagies utérines depuis quatre ans, et qui fut traitée par le curage. M. le professeur Richet avait diagnostiqué des polypes folliculaires et avait pratiqué l'opération avec une curette de Sims. M. Laroche avance que la curette de Récamier rend des services véritables dans le traitement des fongosités qui siègent au fond de l'utérus.

Dans le deuxième semestre de 1885, M. Sebileau publie, dans le *Bulletin général de thérapeutique* (2), une clinique de M. Terrillon sur le râclage de l'utérus. Ce chirurgien traite spécialement « des indications de cette opération dans la maladie où vous avez le plus souvent occasion de la faire et où elle rendra les plus grands services : c'est le cancer de l'utérus ». Il signale, en terminant sa leçon clinique, les résultats merveilleux que le curage peut donner dans l'endométrite chronique.

En octobre 1885, M. Adriet (3) soutient une thèse inspirée par M. Terrillon. Dans ce travail, on trouve les indications du curage : endométrite chronique végétante; polype fibreux sous-muqueux; adénome utérin; rétention du placenta; mole utérine; cancer et sarcome de l'utérus. Le curage, lit-on dans les conclusions de la thèse de M. Adriet, guérit radicalement l'endométrite chronique végétante, l'endométrite cervicale chronique rebelle. Mais toutes les observations d'endométrite guérie par le grattage sont d'origine étrangère. M. Adriet cite un cas de M. Terrillon : il s'agit d'un carcinome traité par la curette.

Les *Archives de tocologie* (4) reproduisent, en 1886, un article de Fraipont sur le traitement palliatif du cancer utérin par le râclage.

En France, le curage était donc essayé dans les cas de cancer utérin. On connaissait l'action de la curette dans la métrite fongueuse; mais les observations de métrites guéries par l'abrasion de la muqueuse étaient exceptionnelles. L'intervention de M. Doléris allait donner une vive impulsion à la question du curage. Le 11 mars 1886, M. Doléris fit une communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie (5) sur « huit cas d'avortement, traités par la dilatation rapide du col, le curage de la matrice, les injections antiseptiques ». Cette communication souleva une discussion sur la dilatation rapide de l'utérus et sur la traction du col employées par M. Doléris.

Le 8 juillet 1886, le même auteur lit un mémoire intitulé : « Conduite à tenir dans l'avortement; curage et écouvillonnage de l'utérus, pour l'extraction du placenta retenu dans la matrice (6). » Ce mémoire donna lieu à une polémique assez vive.

L'abaissement de l'utérus (7), dit M. le professeur Pajot, est une manœuvre dangereuse et qui peut avoir des conséquences fâcheuses immédiates ou éloignées. « Et on propose de râcler l'utérus. Mais où râcler? Qui nous dit que vous n'allez pas râcler où il n'y a rien ? Faut-il râcler, au hasard, toute la cavité utérine? Pensez-vous que ce soit là une manœuvre absolument indifférente ?... Non, une semblable intervention n'est pas exempte de dangers. *Le plus étonnant même, c'est que les accidents ne soient pas plus nombreux.* »

M. Guéniot déclare (1), de son côté, que l'intervention proposée par M. Doléris est, quoi qu'on puisse dire, violente; les tractions sur le col répugnent; c'est là une méthode qui doit être réservée pour quelques cas particuliers.

M. Doléris réfute les arguments de ses contradicteurs et s'explique sur l'emploi de l'écouvillon et de la curette (2) : « Je n'ai aucun grief sérieux contre la curette, je l'emploie volontiers avec l'écouvillon et les pinces. Si j'ai pensé à un autre instrument, l'écouvillon justement, c'est non seulement parce que je lui ai reconnu quelques avantages sur la curette, mais, en vérité, c'est surtout pour faire une concession à la timidité de nos confrères. » Et, plus loin, il ajoute : « Si vous ne voulez pas de la curette, prenez l'écouvillon : moi, je garde les deux. » M. Doléris passe en revue les différents auteurs qui ont préconisé le curage et qui ont vanté son innocuité. « M. Guéniot considère comme impossible qu'il ne soit survenu aucun accident sur le grand nombre des observations invoquées par M. Doléris. » Cette discussion ne fut pas toujours très courtoise. Elle eut un certain retentissement par l'ardeur même des adversaires et des défenseurs du curage. Bientôt la Société obstétricale et gynécologique allait avoir à traiter de nouveau la même question, mais en lui donnant plus d'ampleur.

Dès le mois de juillet 1886, M. Doléris avait déposé, sur le bureau de cette Société, un très long et très complet mémoire sur l'endométrite et son traitement. Toutes les métrites ont un élément commun : le microbe pathogène. L'inflammation utérine est le plus souvent provoquée par un micro-organisme venu de l'extérieur. L'auteur insiste sur la nature parasitaire de l'endométrite. Il faut appliquer à celle-ci un traitement local énergique. La technique du curage est exposée en détail dans ce mémoire. L'antisepsie vaginale doit être faite plusieurs jours avant l'opération. La dilatation n'est pas indispensable, mais elle est toujours utile, soit comme opération préliminaire du curage, soit comme traitement curatif des formes légères d'endométrite : la chloroformisation est ad libitum. Traction sur le col, curage, écouvillonnage avec écouvillon chargé de glycérine créosotée; enfin, tampons antiseptiques dans le vagin : voilà le résumé de cette technique.

Ce mémoire (3) fut l'objet d'une discussion le 13 janvier 1887 et le 10 mars 1887.

MM. Martineau, Alp. Guérin et Pajot s'inscrivent contre les théories et la pratique de M. Doléris. M. Martineau (4), entre autres arguments, présente le suivant : « Il ne faut pas, avec les auteurs allemands, anglais et américains, admettre que, parce qu'on a, par la cautérisation, par le curage, provoqué la production d'une nouvelle muqueuse utérine, on a guéri la métrite. Cette croyance, je le répète, pourrait faire reculer la gynécologie française de trente à quarante ans... »

M. Alph. Guérin ne croit pas à la fréquence des fongosités

(1) Laroche. *Contribution à l'étude de la métrorrhagie symptomatique*, Thèse de Paris, 1885, nº 161.
(2) 1885, t. CIX, p. 193.
(3) Adriet. *Contribution à l'étude du grattage de l'utérus*, Thèse de Paris, 1885, nº 5.
(4) Fraipont. Du traitement palliatif du cancer utérin par le râclage, *Archives de tocologie*, 1886, p. 206 (reproduction du travail paru dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, février 1886).
(5) Doléris. *Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris pour l'année 1886*, Paris 1887, p. 54.
(6) Doléris. *Idem*, p. 145.
(7) Pajot. *Idem*, p. 192.

(1) Guéniot. *Idem*, p. 194.
(2) Doléris. *Idem*, p. 198.
(3) Doléris. *Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris pour l'année 1887*, Paris 1888, p. 4-117.
(4) Martineau. *Idem*, p. 101.

utérines. Comment les reconnaît-on? Le curettage, suivant ce chirurgien, doit être réservé pour le cas où l'exploration indique l'existence des saillies molles à la surface de la muqueuse utérine. Le curage n'est pas aussi bénin qu'on l'a dit. Un jour, on perforera la matrice avec une curette et la mort sera la conséquence de cette opération. Si, dans un cas d'endométrite légère, un jeune médecin traverse les parois utérines et que la mort soit la conséquence de cette opération, qui n'est pas indispensable pour guérir, qu'arrivera-t-il? M. Guérin soulève la question de la responsabilité de l'opérateur, dans le cas où le parquet viendrait à prescrire une enquête.

M. Pajot se rallie à l'opinion de M. Guérin et fait le panégyrique des cautérisations intra-utérines.

Il faut passer sous silence d'autres joutes oratoires qui ne brillèrent pas par l'observance des règles ordinaires de la discussion scientifique.

En dépit de ses adversaires, le curage faisait son chemin en France, ainsi qu'on peut en juger par l'énumération de quelques thèses récentes.

M. Pozzi fait écrire deux thèses sur la question. M. Melik (1) et M. Desmoulins (2) vantent les bons effets du curage.

Sous l'inspiration de M. Doléris, MM. Veper (3), Boureau (4) et Chartier (5) font paraître leur travail inaugural.

M. Péraire (6) publie le résultat des recherches qu'il a entreprises à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier.

Enfin, Trélat, qui était un partisan convaincu du curage, expose ses doctrines dans la thèse de M. Cantin (7) et dans celle de Mlle de Finkelstein (8).

M. Terrillon (9), dans des leçons publiées en 1889, déclare que la métrite hémorrhagique constitue la meilleure indication du curage. Cet auteur est-il un adepte fervent de l'opération? On en douterait, si l'on s'en rapportait à cette phrase : « Et vous aurez la satisfaction de procurer à vos malades, sinon une guérison rapide, au moins une amélioration certaine. »

A la Société de chirurgie (février et mars 1890), MM. les docteurs Bouilly, Richelot, Trélat, Terrillon, Terrier, Routier reconnaissent les avantages du curage dans le traitement de l'endométrite. Enfin, M. Desprès (10) est venu à son tour prôner le curage. L'adhésion de ce chirurgien n'est pas la moins caractéristique.

L'accord semble être parfait sur la question du curage. Pas une voix discordante ne s'est élevée dans le concert d'éloges adressé à celui qui avait provoqué la discussion

(1) Melik. *Des indications du raclage de l'utérus dans les cas de fongosités*, Thèse de Paris, 1887.

(2) Desmoulins. *Quelques considérations sur le curettage de la cavité utérine comme traitement de la métrite blennorrhagique*, Thèse de Paris, 1888.

(3) Veper. *De la dilatation artificielle de l'utérus en gynécologie*, Thèse de Paris, 1887.

(4) Boureau. *Du curage dans l'endométrite chronique du corps de l'utérus*, Thèse de Paris, 1888.

(5) Chartier. *Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus*. Thèse de Paris, 1889.

(6) Péraire. *Endométrites infectieuses*, Thèse de Paris, 1889.

(7) Cantin. *Des lymphangites péri-utérines non puerpérales et de leur traitement*, Thèse de Paris, 1889.

(8) Finkelstein. *De l'influence du curage de l'utérus sur les complications des endométrites*, Thèse de Paris, 1889.

(9) Terrillon. *Leçons de clinique chirurgicale professées à la Salpêtrière*, 1889, p. 78.

(10) Desprès. Curettage ou curage de l'utérus, *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 221.

sur l'abrasion de la muqueuse utérine. M. Polaillon a exposé sa méthode de cautérisation intra-utérine (1) mais sans oser attaquer le curage. « Il serait mal venu, disait-il, de critiquer le curage, puisque celui-ci a trouvé tant de défenseurs à la Société de chirurgie. » Cependant ce chirurgien, en défendant son procédé, dans la dernière séance de la Société de chirurgie (2), a adressé quelques reproches à l'opération de Récamier.

II

L'abrasion de la muqueuse utérine est pratiquée dans deux buts différents : tantôt on fait le curage pour établir un diagnostic précis; tantôt on a en vue une action thérapeutique. De là, la division en : 1° *curage explorateur*; 2° *curage thérapeutique*.

Le curage thérapeutique s'adresse à différentes altérations de la matrice. Dans certains cas, le chirurgien pratique l'abrasion de la muqueuse et le nettoyage de la cavité utérine dans le but d'obtenir la guérison radicale des lésions.

Dans d'autres circonstances, l'opérateur a la prétention plus modeste de combattre certains symptômes qui sont produits par un néoplasme de l'utérus.

Il s'agit, en réalité, de deux opérations distinctes qui s'adressent à des altérations différentes et qui ne se pratiquent pas exactement de la même façon.

Quand la curette enlève la muqueuse utérine, dans le cas d'endométrite, l'opération a pour objectif la rénovation de l'endométrium qui présentera, dès lors, toutes les propriétés physiologiques de la muqueuse utérine normale. C'est le *curage* proprement dit, c'est l'opération préconisée par Récamier dans le traitement de l'endométrite fongueuse. C'est de ce curage qu'il s'agit, dans le langage usuel, quand on n'ajoute aucun qualificatif.

Si l'opération consiste à détruire plus ou moins profondément un néoplasme utérin, en entamant largement au besoin le tissu musculaire infiltré, dans le but d'atténuer certains symptômes, le *curage* est dit *destructeur* ou *palliatif* (3).

Dans cette revue, il ne sera question que de l'abrasion de la muqueuse, du curage proprement dit (rénovateur de la muqueuse).

Technique opératoire. — Quand on se décide à attaquer avec la curette les lésions de l'endométrite du corps utérin, il est nécessaire de se rappeler que l'on porte un traumatisme sur un terrain où pullulent des micro-organismes (4). Il faudra donc agir avec prudence et désinfecter le milieu septique — autant que faire se peut — avec des substances puissamment microbicides.

A. *Antisepsie pré-opératoire*. — Le curage (rénovateur de la muqueuse) doit être précédé d'irrigations et de tamponnements antiseptiques. C'est là une précaution indispensable, si l'on veut réduire au minimum toutes les chances possibles d'infection. Quand les accidents de la métrite ne

(1) Polaillon. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 301.

(2) Polaillon. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 353.

(3) Il ne faut pas attacher une importance exagérée à ces appellations. La division du curage en curage proprement dit (rénovateur de la muqueuse) et curage destructeur ou palliatif, a pour avantage de favoriser la description d'une opération dont la technique et les indications varient suivant le but que l'on veut atteindre.

(4) Péraire. Loc. cit., p. 9 et suiv.

forcent pas la main de l'opérateur, comme c'est la règle, on aura soin de faire, au moins pendant une semaine avant l'opération, une ou mieux deux injections vaginales par jour. Les injections seront pratiquées par le médecin lui-même qui ne craindra pas de frotter les parois vaginales, de façon à obtenir une propreté parfaite.

Les injections seront de préférence chaudes (40 degrés environ). Il sera bon de faire passer dans le vagin un ou deux litres de liquide antiseptique à chaque séance. L'antiseptique de choix est le sublimé corrosif. La solution ordinairement employée est la solution au millième ou à 1/2000e. Il faudra avoir la précaution de bien vider le vagin, après l'irrigation. Un tampon d'ouate ou mieux d'étoupe, porté dans le cul-de-sac postérieur, enlèvera le liquide qui tend à y séjourner. On évitera ainsi la production de petites érosions dues au sublimé et toute possibilité d'intoxication hydrargyrique.

Chaque lavage sera suivi de l'introduction d'une gaze iodoformée, qui restera dans le vagin jusqu'au moment où sera pratiquée la nouvelle irrigation.

Il est inutile d'insister davantage sur cette antisepsie préventive qui se résume en peu de mots : injections au sublimé et tampons de gaze iodoformée.

Parfois, la situation exige une intervention rapide. Il s'agit, par exemple, d'arrêter une hémorrhagie par le curage. *Si on a la main forcée*, si le curage est indiqué sur l'heure, le lavage antiseptique sera plus prolongé, plus soigneusement fait encore que de coutume. On pourra, non seulement frotter le vagin avec les doigts, mais encore brosser le conduit vaginal avec un écouvillon. Le curage ne sera pratiqué, dans ces conditions, qu'à titre absolument exceptionnel. Il faudra que les accidents soient à ce point pressants, que la vie de la malade soit en jeu. Force est, dans ces cas, de sacrifier quelques précautions, nécessaires à la sécurité parfaite, pour courir au danger le plus imminent et le plus grave.

Sauf dans ces cas exceptionnels, il faut le répéter, le curage ne sera pratiqué qu'après une période de préparation dont la durée moyenne est de sept à huit jours.

B. *Dilatation de l'utérus.* — La dilatation de l'utérus est-elle utile, nécessaire, indispensable? Peut-on s'en passer pour faire le curage de l'utérus? La question est mal posée dans ces termes. Il faut faire des distinctions nécessitées par la clinique.

La dilatation de l'utérus est parfois une méthode de nécessité : il est impossible à la curette de passer à travers le col; il faut lui ouvrir la voie. Dans d'autres circonstances, l'instrument peut franchir le trajet cervical : la dilatation devient alors une méthode de choix et est pratiquée dans un but spécial.

La dilatation n'est pas indispensable dans tous les cas où l'on fait le curage. S'agit-il de combattre une septicémie puerpérale, alors que le col est suffisamment béant pour exécuter toutes les manœuvres : l'opérateur n'a pas une heure à perdre. Il introduit sa curette immédiatement, sans recourir à une dilatation qui est sans objet. On agira de la même façon, s'il faut mettre fin à une hémorrhagie inquiétante. Mais si la curette ne peut pas pénétrer dans l'utérus, on sera dans la nécessité de faire, au cours même de l'opération, la dilatation extemporanée.

Différents instruments sont en usage pour pratiquer cette dilatation rapide. Il suffit de citer les dilatateurs de Lemenant-Deschenais, de Busch, de Huguier, de Sims, de Scanzoni, etc. On peut se servir, dans les mêmes conditions, de bougies ou de sondes graduées. Mackintosch, Aussandon, Haneks, Lawson Tait ont inventé des instruments de ce genre. Les bougies de Hegar sont d'un usage assez répandu.

En cas de nécessité, il faut donner la préférence au dilatateur de Sims. On forcera ainsi le passage, alors que la malade est anesthésiée.

Mais dans les cas d'endométrite qui laissent au chirurgien le choix du moment pour accomplir l'acte opératoire, c'est-à-dire dans la grande majorité des cas, la dilatation pratiquée avant l'opération n'a pas obtenu l'assentiment unanime des gynécologues. Les Allemands, du moins le plus grand nombre de gynécologues, sont même opposés à la dilatation lente.

En France, les chirurgiens ne la pratiquaient guère. M. Pozzi n'est pas partisan de cette méthode. Cependant, lors de la récente discussion à la Société de chirurgie, la dilatation préalable a été favorablement accueillie. M. Doléris, depuis plusieurs années, donnait le conseil de ne pas la négliger.

Cette dilatation s'obtient à l'aide de tiges de laminaire antiseptiques et quelquefois, mais rarement, avec des éponges préparées et rendues antiseptiques.

La dilatation par la méthode de Vulliet sera avantageusement essayée dans quelques cas. Mais en règle générale, c'est à la laminaire qu'il faut s'adresser. Les meilleures tiges sont celles qui sont perforées. Avant de s'en servir, il faudra les laisser séjourner pendant vingt-quatre heures au moins dans une solution concentrée d'éther iodoformé.

Ce n'est qu'après avoir pratiqué l'antisepsie pendant plusieurs jours, que l'on introduira la première laminaire dans l'utérus. Au préalable, le chirurgien aura reconnu, par le palper et le toucher combinés, la direction précise de l'utérus, et il pratiquera le cathétérisme pour avoir la notion exacte du trajet cervico-utérin.

Pendant combien de temps faut-il dilater l'utérus? On a dit à la Société de chirurgie qu'il fallait dilater pendant deux jours. D'autres chirurgiens ont affirmé qu'il fallait mettre des laminaires pendant quatre ou cinq jours. La vérité est, que la dilatation doit se faire pendant un temps qui varie dans des limites assez étendues, suivant différentes circonstances.

Certains utérus flasques, appartenant d'ordinaire à des femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, laissent pénétrer d'emblée une laminaire déjà grosse. En vingt-quatre heures, on peut obtenir une dilatation suffisante, pour introduire le doigt dans la cavité utérine. Il suffit pour cela de mettre une laminaire le matin et, le soir, une éponge préparée. Ces utérus se contentent de vingt-quatre heures de dilatation avec une seule laminaire. On fait ensuite le curage dans de bonnes conditions.

Dans d'autres cas, chez certaines nullipares, par exemple, le trajet cervical est étroit, la musculature utérine puissante, l'orifice interne douloureux et spasmodiquement contracté, l'antéflexion concomitante très marquée. Ces utérus méritent d'être traités par une dilatation prolongée, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ces utérus résistent à l'effort dilatateur des tiges qui sont parfois étranglées profondément, au niveau de l'orifice interne. En trois ou quatre jours, on n'obtient pas une dilatation comparable à celle qui est produite en vingt-quatre heures, à l'aide d'une seule tige introduite dans une matrice sans toxicité. Quand

on se trouve en présence d'un utérus qui ne se laisse pas facilement distendre, chez des femmes jeunes, nerveuses, qui ont une antéflexion marquée et un sphincter utérin contractile et douloureux, il faut dilater lentement. Trois, quatre, cinq jours et plus sont nécessaires, non pas pour obtenir le maximum de dilatation, mais pour corriger l'antéflexion et vaincre ce spasme qui ne tarderait pas à se manifester après le curage.

La tige de laminaire a pour but, non seulement de rectifier et de dilater le canal cervico-utérin plus ou moins dévié, de façon à faciliter le curage qui acquiert ainsi un grand degré de précision, mais les tentes antiseptiques sont des « porte-topiques, des véhicules permanents d'une substance topique, antiseptique, dont ils sont imprégnés, mise et retenue au contact de la muqueuse utérine, au fur et à mesure que cette muqueuse s'étale sous l'influence de l'ampliation de la cavité (1) ». La laminaire produit une sorte de massage mécanique qui n'est pas sans influence sur la disparition des spasmes douloureux de l'utérus. Somme toute, la dilatation progressive doit être faite presque toujours avant le curage. En règle générale, il suffit de mettre deux laminaires dans l'utérus. Mais dans les cas de contaacture et de flexion aiguë, la dilatation est plus indiquée que dans tous les autres cas. Il sera bon de la faire pendant cinq jours et même de la suspendre pour la recommencer quelques jours après. Ensuite le curage sera exécuté. Cette dilatation a l'inconvénient d'être quelquefois douloureuse, mais elle ne produit pas l'état semi-fébrile dont a parlé M. Pozzi.

A QUEL MOMENT DOIT-ON FAIRE LE CURAGE? — Nonat recommandait de pratiquer le curage cinq ou six jours après les règles. MM. Hart et Barbour conseillent d'attendre une semaine après la disparition de l'écoulement menstruel. On doit, en effet, opérer en dehors de la période menstruelle, et de préférence quelques jours après les règles. Mais il est inutile de faire remarquer que l'hémorrhagie utérine étant une indication urgente de curage, on sera parfois obligé d'agir au moment même où les pertes sanguines sont les plus abondantes. En réalité, on peut curer à toutes les époques. Il est préférable d'attendre la disparition des règles pour agir sur l'utérus.

La veille de l'opération, on purgera la malade. Certains opérateurs rasent d'avance les poils du pubis, de façon à faire l'antisepsie parfaite de toute la région. C'est une bonne précaution. Quand il s'agit de faire une périnéorrhaphie, une colporrhaphie ou les opérations plastiques sur le col, il est presque indispensable de raser les poils. Mais pour pratiquer un curage, la précaution est utile sans être absolument nécessaire, à condition de laver à la solution de sublimé le mont de Vénus et de faire une bonne antisepsie sur les organes génitaux externes, au cours de l'opération et quelques jours auparavant.

III

OPÉRATION. — *Anesthésie.* — Faut-il anesthésier les malades? Il y a deux ou trois ans, les gynécologues étaient très divisés sur cette question. Hégar n'endormait pas les malades qu'il devait curer. Schrœder, au contraire, les soumettait au sommeil chloroformique. En France, on était assez éclectique : tantôt on chloroformisait les malades, tantôt on ne se servait pas de l'anesthésie. Le curage était une opération très contestée. On craignait d'endormir les malades et la chloroformisation ou la non-chloroformisation était laissée au choix de l'opérateur. Le curage est, en effet, assez bien supporté par des femmes courageuses et l'opération peut être menée à bien sans anesthésie.

Mais, à cette heure, on admet généralement qu'il faut soumettre les malades à la narcose chirurgicale. C'est la seule façon de pratiquer une opération complète, en l'entourant de toutes les garanties capables d'assurer un succès définitif.

(1) BRISSAY. *Fragments de chirurgie et de gynécologie opératoire.* Introduction, p. VII. Paris, 1887.

Préparatifs de l'opération. — L'opérateur et ses aides prennent les précautions antiseptiques usitées en pareil cas. Il s'agit de faire une opération sans exposer la malade aux risques de l'infection.

Les mains sont soigneusement lavées au savon et trempées dans la solution de sublimé.

Tous les instruments ont été rendus aseptiques par l'ébullition, et sont placés dans un plateau où ils baignent dans une solution faible d'acide phénique (1).

Pour pratiquer le curage, il faut avoir à sa disposition : 1° une pince à traction; 2° plusieurs curettes; 3° une sonde à irrigation intra-utérine; 4° un ou deux écouvillons; 4° un dilatateur dans le genre de celui de Sims; 6° un liquide modificateur, antiseptique ou caustique.

1° La pince à traction la meilleure est celle qui est

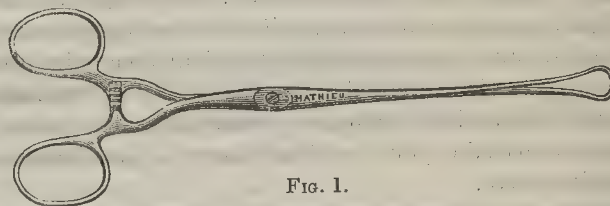


FIG. 1.

construite d'après le modèle ci-joint (fig. 1). Cette figure dispense d'une longue description.

2° Le choix de la curette n'a pas toute l'importance que l'on croit. Au besoin, on peut se servir avantageusement d'une des curettes qui ont été inventées à foison, depuis quelques années. Pour qui connaît l'épaisseur de la muqueuse malade et la résistance que l'instrument transmet à la main, lorsqu'on gratte le muscle utérin dépouillé de l'endométrium, toute curette peut servir à abraser complètement la muqueuse. Cependant, certaines curettes permettent d'obtenir un résultat plus rapide et plus complet.

Il faut lire le mémoire de Walton (2) pour prendre connaissance de la longue liste des instruments qui ont été construits pour remplacer la curette de Récamier. Quel est le gynécologue qui n'a pas fait subir une ou plusieurs modifications aux curettes déjà connues! C'est à ce point qu'il règne une réelle confusion sur le nom qu'il faut appliquer aux différentes curettes.

Chaque opérateur a son instrument de prédilection :

(1) La stérilisation à l'étuve est excellente, mais il suffit de faire subir aux instruments une ébullition de quelques minutes pour obtenir l'asepsie.

(2) WALTON. *De la curette et de ses applications en gynécologie*, 1886. — Voir aussi la Thèse déjà citée de M. Boureau. Nous avons fait quelques emprunts à ce travail, qui est le résumé d'une pratique que nous connaissons tout particulièrement.

Martin, Spiegelberg, Rothe, Duke, Kaltenbach, Schrœder ont fait construire des curettes qui portent leur nom. Trélat en avait une de son invention. M. Terrillon a fait fabriquer une curette à hélice.

On peut ramener toutes les curettes à quatre types : la curette de Récamier, la curette mousse de Thomas, les curettes mousses et tranchantes de Sims, à tige malléable, enfin les curettes ou cuillères tranchantes de Simon, à tige rigide.

La curette de Récamier est une tige métallique grosse comme une plume d'oie et terminée à chacune de ses extrémités par une gouttière, à bords assez minces. La curette est tantôt large, tantôt moyenne, tantôt étroite. Les bords peuvent être mousses ou tranchants.

Cette curette est excellente. Pour qu'elle soit bien en main, il faut supprimer une des gouttières terminales et doter l'instrument d'un manche de bonne grosseur.

La curette de Simon est en acier (fig. 2). Elle se compose essentiellement d'une petite cupule ou d'une cuillère excavée et

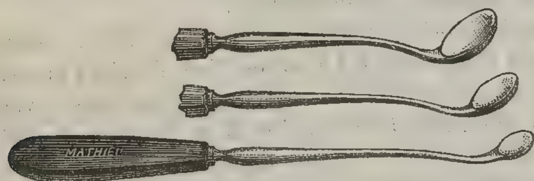


Fig 2.

non perforée à bords tranchants. La cupule a des dimensions très variables. La tige est incurvée tantôt dans un sens et tantôt dans un autre. Cette curette rend des services dans le curage des tumeurs de mauvaise nature. Il existe des curettes en forme d'œillet (fig. 3), à boucles plus ou moins larges.

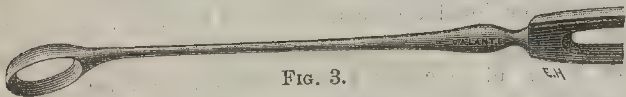


Fig. 3.

Il est inutile d'insister sur la description de toutes ces curettes, mais il y a lieu de se demander s'il faut employer les curettes mousses de préférence aux curettes tranchantes.

Les gynécologues sont divisés sur cette question. En Allemagne, la curette tranchante est l'instrument de choix. En France, M. Pozzi préfère la curette mousse qui donnerait plus de sécurité à l'opérateur. Trélat faisait remarquer, avec juste raison, qu'une curette mousse ne peut enlever que difficilement les profondes lésions de l'endométrite chronique.

La curette tranchante n'est pas dangereuse. Pour perforer un utérus dans le cas d'endométrite, il faut déployer une grande force et pousser l'instrument avec violence sur un point de l'utérus. Ce n'est pas en grattant la paroi interne de l'utérus qu'on arrivera à pénétrer jusqu'à la séreuse.

La curette tranchante abrase vite et profondément. C'est elle dont il faut se servir dans les cas d'endométrite pour ne pas laisser des fragments plus ou moins larges de muqueuse.

Pour exécuter un bon curage, il faut avoir plusieurs curettes à sa disposition. La curette de moyenne grandeur de Récamier est très souvent utile. Elle permet de faire rapidement de la bonne besogne.

Une petite curette à *boucle étroite et allongée* (fig. 4) est indis-



Fig. 4.

pensable pour faire le curage explorateur. Elle rend aussi de réels services, quand il s'agit d'attaquer les angles latéraux de l'utérus. Une grosse curette ne pénétrerait pas aisément jusqu'à l'ouverture utérine des trompes. Or, il est nécessaire d'enlever toute la muqueuse utérine, et, en particulier, celle de cette région. Dans tous les cas, l'instrument dont on se sert doit être bien en main. Il faut rejeter toute tige qui ne donne pas une prise sérieuse et qui glisse entre les doigts.

3° Pour laver la cavité utérine, on peut se servir d'instruments différents. Les sondes intra-utérines sont nombreuses et on n'a que l'embarras du choix. Trélat ouvrait le col avec le dilatateur de Buch et introduisait dans la cavité utérine une canule de verre. M. Mangin (1), dans une excellente étude consacrée à l'administration des injections intra-utérines, donne quelques préceptes qu'il est utile d'indiquer rapidement.

Le récipient contenant le liquide ne devra pas être élevé à plus de 25 à 30 centimètres au-dessus du lit.

« Il existe plusieurs modèles de sondes à double courant. L'une des meilleures, à notre avis, est celle de M. Doléris

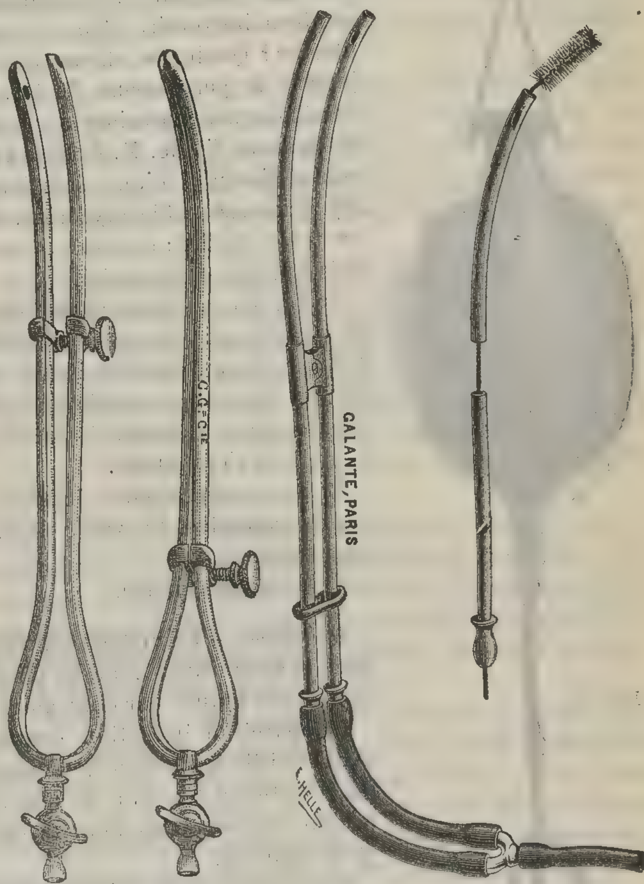


Fig. 5. Fig. 6. Fig. 7.

(fig. 5), formée de deux branches creuses pouvant s'écarter au moyen d'une vis et servir d'instrument de dilatation. Le retour du liquide se fait entre les deux branches... La sonde en fer à cheval de M. Budin (fig. 6) est également très bonne, on doit craindre cependant l'engorgement assez facile de la gouttière de retour par les caillots ou des débris de membrane. »

Il faudra amorcer la sonde avant de l'introduire dans l'utérus et laisser s'écouler au dehors, pendant une minute environ, le liquide contenu dans le tube qui unit la canule au récipient.

La sonde de M. Doléris a été modifiée par Mme Gache-Sarraute (fig. 7).

(1) Mangin. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 25 décembre 1887, janvier et février 1888.

4° *Écouvillons.* — On se procurera des écouvillons de volume variable. Ils doivent tous avoir des crins égaux et de résistance uniforme. Il faut que l'extrémité de l'écouvillon en soit bien exactement pourvue et représente l'extré-

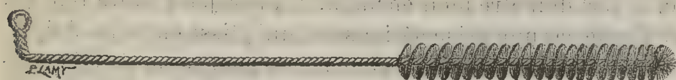


Fig. 8.

mité hérissée d'une tête de loup (Doléris). Il est inutile d'ajouter que ces instruments devront avoir été désinfectés d'une façon soigneuse avant l'opération.

5° Le dilatateur de Sims construit par Mathieu est un bon instrument. Les bougies de Hégar peuvent le remplacer à la rigueur. Mais il est préférable de se servir des dilatateurs à deux ou trois branches que des bougies graduées. La dilatation extemporanée se fait mieux avec un dilatateur dans le genre de celui de Sims.

6° Quel liquide antiseptique devra-t-on introduire dans la cavité utérine ? Quelques chirurgiens injectent du perchlorure de fer. Des gynécologues autorisés se servent de teinture d'iode. M. Doléris a préconisé l'emploi d'une solution de glycérine créosotée (glycérine, deux ou trois parties ; créosote pure de bois de hêtre, une partie).

7° Un sac en caoutchouc (fig. 9) ou un récipient de verre rempli de liqueur de van Swieten, sera relié par un tube en caoutchouc à une canule qui se trouvera à portée de la main de l'opérateur.

8° Deux valves pour écarter les parois vaginales. La valve de Sims est excellente.

9° Un hystéromètre.

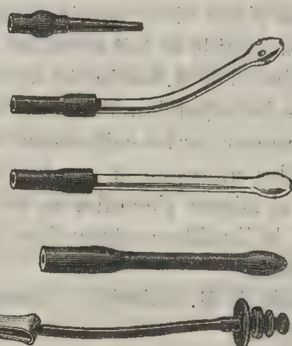
GALANTE, PARIS

Fig. 9.

Opération. — La malade est placée dans le décubitus dorsal, les jambes relevées et tenues par deux aides.

L'appareil à irrigation continue (eau bouillie faiblement phéniquée) est installé, de façon à ce que l'on puisse baigner largement la vulve et le vagin (1).

L'opérateur lave soigneusement la vulve et le vagin avec la solution de sublimé, et met à nu le col de l'utérus à l'aide de 2 valves. La valve inférieure la plus large déprime le périnée et n'est que médiocrement enfoncée dans le vagin.



(1) L'irrigation continue est utile, sans être indispensable.

Pincement du col. Traction. Fixation de l'utérus. — Le col est bien apparent. Il faut saisir la lèvre antérieure avec une bonne pince à traction.

Une des dents de l'instrument est introduite dans la cavité cervicale, et l'autre dent placée sur un point correspondant de la partie vaginale de la lèvre antérieure. La lèvre antérieure doit être pincée à sa partie médiane et à une certaine hauteur de l'orifice externe (8 ou 10 millimètres environ). Si l'on ne saisissait que l'extrémité de cette lèvre, la pince ne tarderait pas à déchirer des tissus trop minces pour résister à la moindre traction.

La pince étant solidement fixée, l'opérateur exerce une traction modérée sur l'instrument avec une de ses mains, tandis que l'autre va déprimer la paroi abdominale pour repousser l'utérus et lui faire suivre le mouvement de descente imprimé par la traction.

Celle-ci doit-être lente, modérée, mesurée, continue et faite sans soubresauts. Le col est tiré d'arrière en avant, et un peu de bas en haut. Les valves, placées dans le vagin, ne devront pas nuire à l'efficacité de la traction. Il suffira de ne pas enfoncer les écarteurs dans les culs-de-sac vaginaux. Du reste, dès que le col est saisi, il y aura avantage à mettre de côté la valve supérieure qui n'est plus d'aucune utilité.

La traction exercée sur le col a des avantages incontestables sur lesquels il serait trop long d'insister.

Le col est bien apparent et à portée des doigts. Il n'y a plus à craindre de le voir disparaître au cours de l'opération. Une traction légère est toujours suffisante. Il ne s'agit pas d'amener l'orifice externe du col à la vulve. La traction rectifie le trajet cervico-utérin, s'il existe encore un angle entre le col et le corps. Elle a surtout pour but, dans le curage, de faciliter l'introduction des instruments dans l'utérus. La fixité de la matrice est ainsi obtenue et ce n'est pas un mince bénéfice que d'agir sur un organe qui ne subit pas des vacillations perpétuelles, dès qu'on introduit un instrument dans sa cavité. L'utérus n'a plus sa mobilité si gênante au cours d'une opération. Grâce à l'immobilisation artificielle et momentanée de l'organe utérin, on peut agir avec précision dans sa cavité. Donc fixation de l'utérus par en bas.

La traction est suffisante. On pratique le cathétérisme de l'utérus. La direction exacte et la longueur du trajet cervico-utérin sont de nouveau relevées. On a des notions sur l'étendue de la cavité utérine. Le col est bien ouvert et laisse facilement pénétrer la curette dans le corps.

Si l'instrument a de la peine à franchir le canal cervical, s'il manœuvre mal dans la cavité du corps de l'utérus, on complètera immédiatement la dilatation en se servant du dilatateur de Sims ou des bougies de Hégar. Ce précepte est important à retenir.

La traction sur le col étant confiée à un aide, l'opérateur saisit la curette moyenne de Récamier de la main droite, et la fait glisser sans la moindre violence dans le conduit cervical et de là dans la cavité du corps, en suivant l'axe connu du trajet cervico-utérin. La main gauche du chirurgien est appliquée sur l'hypogastre de façon à sentir le fond de l'utérus.

« Dès qu'on a senti le contact de l'instrument qui indique que son extrémité a touché le fond de la cavité, on râcle fortement en allant de droite à gauche et en faisant décrire

des demi-cercles qui se complètent les uns les autres, de telle sorte que toute la surface de la cavité soit abrasée. De plus, il faut que la curette agisse profondément et enlève toute l'épaisseur de la muqueuse jusqu'à la couche musculaire. » Il faudra revenir deux et trois fois sur les mêmes points, même avec la curette tranchante, pour être sûr de ne pas laisser des portions de muqueuse altérées. Les coups de curette seront dirigés hardiment du fond vers le col. On devra donc faire, avec la curette, le tour complet de l'utérus à deux ou trois reprises. Mais quand saura-t-on qu'on a enlevé toute la muqueuse et rien que la muqueuse ?

L'instrument travaille dans un tissu mou, tant qu'il est dans la muqueuse. Dès qu'il arrive sur le muscle utérin, il éprouve une résistance qui se traduit à la main de l'opérateur par une sensation spéciale que l'on acquiert très vite. La curette semble grincer et râcler comme si elle était au contact d'un épais trousseau de tissu fibreux. Cette sensation a été appelée cri utérin, mot peut-être pas très heureux, car il s'agit d'une sensation plus tactile qu'auditive. Quand l'opérateur éprouve cette sensation, il sait que la portion d'utérus sur laquelle la curette vient d'agir est dépouillée de sa muqueuse et qu'il est temps de s'arrêter. Il ne faut pas craindre de râcler une dernière fois, en cas de doute. Du reste, le chirurgien saura que toute la muqueuse est bien enlevée, quand, après avoir bien vidé l'utérus des débris qui s'y sont accumulés pendant l'opération, la curette ne ramène plus aucun lambeau de muqueuse.

La curette aura déjà parcouru deux fois la totalité de la surface utérine, quand on pensera à l'ôter de la cavité de la matrice. Estime-t-on qu'une bonne partie de la besogne est faite, on pratique le nettoyage de la matrice. En deux ou trois coups de curette, on enlève les débris accumulés à la paroi postérieure de l'utérus et au voisinage de l'orifice interne.

La curette est sortie de l'utérus pour accomplir cette besogne. Il faut profiter de cette circonstance pour introduire dans l'utérus une curette plus forte que la précédente. Ce nouvel instrument fait peut-être un meilleur travail. Les coups de curette seront libéralement et méthodiquement distribués dans toute l'étendue de la cavité utérine.

On aura soin de ne jamais oublier de curer les angles de l'utérus. La curette à boucle, délicate à manier, abrase très bien la muqueuse dans la région des orifices des trompes. Il y aura donc lieu de se servir de cette petite curette, dans ce but spécial.

La curette reviendra avec prédilection au niveau de l'ancien angle de flexion. Contrairement à ce qui a été écrit, il faudra abraser largement et profondément cette partie de l'utérus. A deux ou trois reprises, au moment où l'on fait sortir la curette de la cavité du col, on imprimera à l'instrument une sorte de roulement, de mouvement de vrille, de façon à gratter l'orifice interne.

Bien que le curage ne s'adresse pas au col utérin, la curette abrasera la muqueuse cervicale. Dans l'immense majorité des cas, l'endométrite du col marche de pair avec l'endométrite du corps. Si le col doit subir l'opération de Schrœder, il ne sera pas nécessaire d'abraser avec la curette toute la muqueuse cervicale. Dans tous les cas, il est bon que l'instrument dépasse, en grattant la muqueuse, l'orifice interne (1).

(1) Le traitement qui convient à la cervicité sera envisagé dans une autre Revue.

Sous l'influence du curage, l'utérus a une tendance à se défendre, c'est-à-dire à se contracter. Cette action est heureuse, car les chances de perforation sont ainsi évitées. Mais dans des cas exceptionnels, l'utérus semble s'agrandir et s'agrandit, en effet, dans le cours de l'opération. La cavité utérine augmente de quelques centimètres. Ce phénomène est fait pour effrayer l'opérateur et surtout l'opérateur novice qui pense sans cesse à la possibilité d'une perforation. Les utérus qui se paralysent ainsi sous l'action de la curette sont des utérus atones, sans réaction. Quoi qu'il en soit, si semblable fait se présente, il faut ôter la curette et exercer quelques pressions par la paroi abdominale sur le globe utérin. Il s'écoule une certaine quantité de sang à demi coagulé et la matrice retrouve sa première capacité. Il ne restera plus qu'à continuer le curage.

Somme toute, on voit que l'opération ne consiste pas à effleurer la muqueuse utérine en quelques points ou même dans toute son étendue. Pour obtenir un résultat sérieux, il est de toute nécessité de gratter profondément la totalité de l'endométrium.

Toute intervention qui n'aboutira qu'à une abrasion superficielle de la muqueuse sera incomplète. Si l'on néglige de curer un point de la muqueuse utérine, ou n'est pas sûr de la réussite, même en parachevant l'opération par un lavage antiseptique et une cautérisation intra-utérine.

Lavage intra-utérin.— Après le travail de la curette, il faut débarrasser complètement la matrice des débris et des caillots qui encombrent sa cavité. C'est dans ce but que l'on fait un lavage intra-utérin avec un liquide antiseptique dont la température doit être de 35 à 40 degrés. L'irrigation intra-utérine achève le nettoyage de la matrice. Elle favorise la contraction de l'utérus et met au contact de la paroi interne un liquide microbicide.

Dans tout lavage intra-utérin, il faut s'assurer que le liquide injecté s'écoule facilement hors de la matrice. Il y aura donc lieu de surveiller l'état du col. Une bonne sonde intra-utérine doit être construite de telle façon que le retour du liquide s'effectue sans difficulté, malgré l'intervention de la contraction de la matrice.

Ces précautions étant prises, on introduit la sonde dans la cavité utérine et on écarte largement les deux branches de l'instrument. Le robinet est assez ouvert pour laisser passer un jet convenable, pas trop violent, mais suffisant pour entraîner les fragments de muqueuse. M. Pozzi se sert d'une solution phéniquée à 1 p. 100 ; nous préférons la solution de sublimé à 1 p. 2000. Après une minute de ce lavage intra-utérin, la sonde est enlevée de l'utérus.

Quelques auteurs ne pratiquent pas de lavage intra-utérin. A notre sens, c'est un tort. L'irrigation dans la cavité intra-utérine assure l'asepsie et débarrasse la matrice de tous les caillots et des fragments de muqueuse altérée.

Après le curage proprement dit de la muqueuse, les gynécologues sont divisés sur la conduite qu'il faut suivre. Il y a presque unanimité pour reconnaître que l'on doit porter dans la cavité utérine une solution antiseptique. Les uns font, avec la seringue de Braun, une injection de teinture d'iode. D'autres injectent une solution de perchlorure de fer à 30 degrés. M. Pozzi lance dans la matrice 2 ou 3 centimètres cubes de la solution de perchlorure de fer. Mais il a soin de laver immédiatement la cavité utérine avec la sonde à double courant, afin d'enlever l'excès de perchlorure de fer.

Certains auteurs se servent d'une solution d'acide phénique au trentième ou au quarantième, pour cautériser la cavité utérine.

Kaltenbach fait usage d'un bâtonnet en bois à l'extrémité duquel se trouvent des entailles circulaires qui permettent d'enrouler l'ouate trempée dans la solution caustique. M. Terrillon garnit d'ouate l'extrémité du stylet boutonné, et après avoir trempé ce petit bourdonnet dans la teinture d'iode ou le perchlorure de fer, il le porte sur toute la surface de la cavité utérine. On pourrait se servir aussi du porte-ouate intra-utérin de M. Tennesson ou du graphidomètre de M. Ménière.

Notre ami M. Péraire (1) recommande de pratiquer, après le curage, le *lissage* et le *polissage* de la cavité utérine. Il a fait construire, dans ce but, un instrument qui se compose d'une tige cylindrique cannelée, ayant 8 à 9 centimètres de longueur et mue par une manivelle. Le polisseur complète l'action de la curette. Cet instrument un peu compliqué n'est pas nécessaire si le curage a été fait suivant les règles indiquées plus haut.

Par contre, nous recommandons volontiers l'écouvillon pour porter dans la cavité utérine la solution antiseptique que l'on aura choisie. Le liquide antiseptique pénétrera bien dans le tissu utérin qui frotte sur les crins de l'écouvillon.

Écouvillonnage. — Dès que l'on a ôté la sonde intra-utérine de la matrice, on saisit l'écouvillon chargé de glycérine créosotée. Le col est toujours béant. L'aide continue la traction. Par précaution, on glisse dans le cul-de-sac postérieur un petit tampon de gaze iodoformée pour soustraire la muqueuse vaginale à l'action de la créosote. La main gauche de l'opérateur est placée sur le fond de la matrice. De sa main droite, il introduit l'écouvillon dans le col en imprimant à l'instrument un mouvement en spirale. L'écouvillon est porté dans le fond de l'utérus. On recommence les mouvements spiroïdes et on ôte l'écouvillon de la même façon qu'il est entré, mais en le faisant tourner en sens inverse. Dès que l'écouvillon est sorti, on essuie les lèvres du col et on enlève le petit tampon iodoformé placé dans le cul-de-sac postérieur.

Parfois le premier écouvillonnage est insuffisant et il est bon de recommencer immédiatement la même manœuvre.

Pansement. — L'opération est terminée. On fait passer un bon courant de solution de sublimé dans le vagin. On nettoie le cul-de-sac postérieur avec de l'ouate ou de l'étoupe, de façon à ne pas laisser de liquide dans la cavité vaginale. Celle-ci est légèrement tamponnée avec de la gaze iodoformée.

Quelques chirurgiens mettent dans la cavité utérine une mèche de gaze iodoformée : précaution inutile, sauf quand on a en vue la dilatation permanente de l'utérus. Dans ce cas, il faut remplir la cavité utérine, pendant plusieurs jours, avec une longue bande de gaze iodoformée et glycérinée.

Mais cette thérapeutique intra-utérine post-opératoire ne doit pas être considérée comme le traitement ultime de l'endométrite. Le tamponnement intra-utérin, fait après le curage, a pour but d'exercer une action sur l'altération concomitante de la trompe. Si l'endométrium est seul malade, on ne fera aucun pansement intra-utérin, après l'abrasion de la muqueuse et l'écouvillonnage.

Telle est la technique de cette opération qui est facile et rapidement exécutée.

Suites opératoires. — Les suites opératoires sont d'une simplicité remarquable. Les femmes, après leur réveil, n'éprouvent, le plus souvent, aucune douleur. Il survient parfois quelques légères coliques, peu d'heures après l'opération. Mais les souffrances, quand elles existent, sont très modérées, et il est exceptionnel qu'on ait besoin d'avoir recours à un petit lavement laudanisé pour calmer la sensation de tension, de pesanteur, de plénitude abdominale que ressentent les opérées. L'apyrexie est complète. Il existe parfois des vomissements dus à la chloroformisation.

Quant à l'hémorrhagie, elle n'est pas à craindre. Les pertes de sang, si elles existaient avant l'opération, sont immédiatement arrêtées. Le curage est un excellent hémostatique.

D'ordinaire, il s'écoule de l'utérus, les jours qui suivent l'opération, un liquide rosé, filant, discret, et qui est dû à la déliquescence des cellules épithéliales abrasées, et à une légère transsudation séreuse : cet écoulement de liquides aseptiques dure quelques jours.

Antisepsie post-opératoire. — Les malades doivent rester au lit pendant deux semaines environ. On renouvelle le pansement vaginal toutes les quarante-huit heures, ou même tous les trois jours seulement. Une injection vaginale au sublimé est utile, sans être nécessaire. Dans tous les cas, le tampon de gaze iodoformée (1) ne sera enlevé que pour être remplacé immédiatement par un autre. L'antisepsie vaginale doit être rigoureusement continuée et surveillée pendant trois ou quatre semaines environ. Le coït sera prohibé pendant toute cette période.

Suites éloignées. — Dans l'immense majorité des cas, le curage guérit radicalement l'endométrite du corps. Les insuccès sont imputables à différentes fautes opératoires ou à l'existence d'autres lésions qui réclament une intervention spéciale. Cette question sera, du reste, reprise dans une prochaine Revue.

Il est bon de savoir que très souvent les règles n'apparaissent pas à l'époque ordinaire. La première menstruation, après le curage, est avortée et généralement retardée d'un mois. Mais les règles reviennent toujours et il est remarquable de constater combien elles sont heureusement influencées par l'opération. Enfin, il faut signaler la fréquence relative de la grossesse après le curage, chez des femmes dont la stérilité était due, du moins en partie, à une endométrite invétérée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, les emplois de médecin inspecteur et de médecin inspecteur adjoint, près des eaux minérales de Vals, sont supprimés.

— Le banquet annuel des internes en médecine de Paris aura

(1) Péraire. Loc. cit., p. 54.

(1) La gaze iodoformée est de beaucoup supérieure à la gaze salolée, à la gaze créolinée, etc.

lieu le samedi 12 avril, à sept heures et demie, salle Kriegelstein, rue Charras, derrière l'Opéra.

Le montant de la cotisation (20 francs pour les anciens internes et 16 francs pour les internes en exercice) peut être remis soit à l'interne économe de la salle de la garde dans les hôpitaux, soit à M. le docteur Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges, à Paris.

— *Erratum.* — Dans la leçon de M. Brouardel, publiée dans notre dernier numéro, une erreur typographique a changé le sens d'une phrase. — A la 17e ligne, 1re colonne de la page 369, il faut lire : « Remarquez cependant que c'est là un caractère d'évolution et *non* un caractère primordial du criminel-né. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 42. — MARDI 8 ET JEUDI 10 AVRIL 1890. 63e ANNÉE. MARDI 8 ET JEUDI 10 AVRIL 1890. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Heckel (de Marseille) a étudié les effets physiologiques de la noix de kola. On trouvera exposés plus loin les résultats remarquables obtenus par cet expérimentateur, qui espère pouvoir substituer le kola à la caféine, dans des cas déterminés.

M. Lesage a fait connaître à l'Académie les recherches qu'il a entreprises, depuis trois ou quatre ans, sur le choléra infantile. Il a découvert un bacille, qui est peut-être le micro-organisme pathogène du choléra infantile.

M. Georges Gautier a fait une communication sur la thérapeutique intra-utérine des fibromes de la matrice, dans le but d'exposer les résultats que la méthode de M. Apostoli lui avait donnés après une pratique de sept années. La publication sincère et intégrale des succès et insuccès obtenus dans le traitement des fibro-myomes par l'électricité permettra de faire avancer une question intéressante à plus d'un titre.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Inflammations des annexes de l'utérus.

Il n'y a pas très longtemps, je faisais une leçon pour dire que la propagation de l'inflammation de l'utérus aux trompes est extrêmement fréquente. La preuve de l'exactitude de cette assertion, c'est que, ces jours-ci, cinq malades, entrées dans mes salles, sont atteintes de salpingite. L'affection des trompes est due, chez ces cinq malades, à une métrite. Lundi dernier encore, nous avons vu, à la consultation, une femme âgée de trente ans et qui présentait tous les signes d'une inflammation des annexes. Cette malade n'a pas voulu entrer à l'hôpital.

Je profite de l'occasion qui m'est offerte pour développer deux points très importants.

Tout d'abord, une question se pose : en présence d'une propagation inflammatoire plus ou moins aiguë s'étendant de la matrice aux annexes, faut-il oui ou non traiter la métrite? A cette question, les anciens chirurgiens n'étaient pas embarrassés pour faire une réponse catégorique. Ils affirmaient qu'il ne fallait pas toucher à l'utérus et que l'on devait proscrire tout traitement chirurgical. A l'heure actuelle, la question ne comporte pas une solution aussi facile.

Sur les cinq malades dont je vous ai parlé, trois ont été traitées par le curage; deux n'ont pas subi l'abrasion de la muqueuse utérine. De ces deux dernières, l'une n'a pas été curée, faute de temps; l'autre n'a pas été traitée par la curette, en raison des phénomènes aigus.

La première malade est une marseillaise de vingt et un ans, qui avait une métrite post-puerpérale et une salpingite droite très caractérisée et présentant le volume d'une noix.

Le curage a amené rapidement la guérison de la métrite. Quant à la salpingite, elle a disparu au point qu'il n'est plus possible de la trouver.

La deuxième malade, une nommée C..., était dans les mêmes conditions. La métrite était accompagnée d'une tuméfaction douloureuse située dans le cul-de-sac gauche. Le curage fut suivi de la guérison de la métrite et de la salpingite.

La troisième malade, la femme M..., entre à l'hôpital. Après l'avoir longuement examinée, je trouve qu'il y a indication de faire le curage et de pratiquer ensuite l'extirpation des annexes. Or, le curage a suffi à guérir cette femme.

La marseillaise était malade depuis un an, la femme C... depuis deux ans. Donc, trois curages et trois guérisons ou à peu près.

Il reste une femme que nous n'avons pas traitée par le curage.

Elle nous a été adressée alors qu'elle avait une poussée aiguë, dans le cours d'une affection chronique des annexes.

Cette femme, bonne nourrice, avait une métrite depuis son accouchement. La poussée aiguë était survenue dix jours avant son entrée à l'hôpital. Le diagnostic était : métrite post-puerpérale, salpingite, pelvi-péritonite à droite. On lui appliqua un vésicatoire, on la soumit à des injections chaudes et au repos prolongé. Ce traitement amena une amélioration marquée des phénomènes inflammatoires qui siégeaient à droite. Mais, à l'hôpital, cette femme eut une poussée de salpingite à gauche. Cette inflammation aiguë est en voie d'amélioration. Nous pratiquerons bientôt le curage de l'utérus.

Il faut vous rappeler que cette malade a subi une poussée inflammatoire du côté gauche des annexes, au cours du traitement. Donc, sur quatre malades, trois ont été prodi-

gieusement améliorées, une a été en proie à une nouvelle poussée.

Faut-il s'abstenir de pratiquer le curage, dans la période aiguë des inflammations des annexes? Je crois que la malade, qui a vu récidiver l'inflammation aiguë, aurait bénéficié de l'opération, si je m'étais décidé à la curer en pleine période aiguë. Je pense qu'elle aurait échappé à la complication qu'elle a eue dans les annexes de l'autre côté.

M. Picqué a traité une rétroversion adhérente par la mobilisation utérine. Il croit avoir déterminé une poussée de péritonite. Dans l'observation de ce chirurgien, il n'est pas dit si le traitement de la métrite avait été fait au préalable. Ce que l'on rapporte, c'est que la malade a été curée, à une époque indéterminée, et qu'elle a suppuré après son curage. Quoi qu'il en soit, la salpingite est survenue après ces mobilisations.

M. Poulet (de Lyon) a communiqué le cas d'une malade atteinte de métro-péritonite consécutive à l'accouchement. Il y avait suppuration. M. Poulet a commencé par réaliser l'asepsie de l'utérus et a ouvert ensuite le foyer de suppuration. Et il a parfaitement bien fait d'agir ainsi.

Ce qu'il y a de dangereux, ce sont les microbes et non pas le contact des instruments. Il faut se comporter vis-à-vis d'une métrite, comme on a l'habitude de se comporter en présence d'un foyer quelconque de suppuration. On doit commencer par désinfecter le foyer originel de la suppuration.

Il me paraît légitime d'agir, de la même façon, sur la cavité utérine, siège des premiers phénomènes infectieux.

J'aborde maintenant une autre question plus importante. Les ovaro-salpingites, les ovaro-péritonéo-salpingites sont extrêmement fréquentes. Quand on examine avec soin les femmes qui viennent à nos consultations, on constate qu'un très grand nombre d'entre elles avaient des complications du côté des annexes.

Faut-il traiter toutes ces femmes par l'extirpation de leurs annexes? C'est impossible, à cause même de la fréquence de ces ovaro-salpingites? Il y a donc des indications qui doivent guider le chirurgien dans le choix de l'intervention. La gravité de certaines de ces salpingites, les douleurs extrêmes éprouvées par quelques malades, constituent des indications.

MM. Routier, Richelot, Lucas-Championnière ont dit : « Quand une femme présente une tumeur salpingienne appréciable, quand les douleurs durent depuis longtemps, il y a lieu de pratiquer l'extirpation. » Mais parfois on entend des chirurgiens demander, dans une conversation familière : « Vous est-il arrivé d'avoir vu opérer des femmes qui n'avaient pas de tumeurs et chez lesquelles on a dû se résoudre à détruire des brides péritonéales? »

Cette femme M..., dont je vous ai parlé au commencement de cette clinique, est là pour témoigner qu'il ne faut pas se hâter d'enlever les annexes. Tout semblait se réunir pour inviter le chirurgien à lui ouvrir le ventre. L'ancienneté de la maladie, la douleur récidivante, l'existence d'une tumeur, ne sont pas suffisantes pour légitimer l'extirpation des ovaires.

Quand j'ai examiné cette femme, elle était très souffrante. Elle avait peine à monter les escaliers. Pâle, défaite, malade depuis six ans, elle avait des accidents du côté de la menstruation. Depuis son mariage, les douleurs qu'elle éprouvait avaient augmenté. Depuis quatre mois, les pertes étaient plus abondantes, les douleurs plus vives et presque constantes. Elle était immobilisée dans son lit depuis cette époque. Elle avait une métrite, de l'antéversion et une double salpingite. L'indication du curage et de l'extirpation des annexes était bien nette. Je fis le curage. L'état général s'améliora. J'examine les culs-de-sac : plus de douleurs. J'ai peine à trouver de petites indurations non douloureuses au niveau des annexes. Après un mois, cette femme a complètement changé. Elle est magnifique de santé, elle n'a plus de douleurs. Ses tumeurs ont presque entièrement disparu. On me dit : Cela reviendra. La chose n'est pas certaine. Cette femme est guérie de sa métrite. Il n'est pas sûr qu'elle ait de nouveau une métrite. Le fait certain, c'est qu'elle a été guérie par un curage et qu'elle présentait tous les symptômes qui indiquaient la nécessité de faire l'extirpation des annexes.

Il se peut que l'indication d'une opération nouvelle surgisse encore. La persistance de la salpingite peut ramener la métrite. Je pense qu'il faut faire l'extirpation dans tous les cas de pyo-salpingite. Dans les autres salpingites, il faut attendre. Je crois qu'il est nécessaire d'enlever les foyers purulents qui siègent dans les trompes, mais qu'il faut temporiser quand on est en présence des hydro-salpinx, etc.

J'ai soigné avec M. Terrier une femme qui, disait-on, avait une tumeur péri-utérine. Je fis le diagnostic de corps fibreux. Il s'agissait d'une salpingite. Chaque fois que la malade se levait, elle allait mal. En 1883 et 1884, les symptômes persistaient sans amélioration ni aggravation. C'est alors que je me ralliai au diagnostic de salpingite.

J'opérai cette femme à Bichat. Je tombai sur un foyer purulent en communication avec l'intestin! L'opération, quoique longue et pénible, semblait devoir être couronnée de succès. Mais trois mois après l'intervention, cette femme mourut d'une rupture intestinale. Si j'avais opéré plus tôt cette malade, peut-être eût-elle été sauvée.

Il ne faut donc opérer ni trop tôt ni trop tard. Je crois qu'il faut constater des récidives de poussées inflammatoires greffées sur un état chronique pour se décider à pratiquer l'extirpation des annexes.

DE LA RUBÉOLE (1)

Par M. Ed. Juhel-Rénoy, médecin des hôpitaux.

I

La question de la rubéole a déjà occupé l'attention de la Société médicale des hôpitaux, à l'occasion d'une communication de M. Desplats, de Lille (23 juillet 1886), et d'une note de M. Desnos (13 août 1886); cependant il ne semble pas que tous les médecins soient convaincus de l'autonomie de la maladie, c'est le motif qui m'invite à vous communiquer les cas que j'ai observés depuis deux ans, et qui, par leur netteté, me paraissent devoir entraîner la conviction, et aussi, je pense, commander enfin aux pathologistes d'écrire sur la rubéole un chapitre qu'on cherche en vain dans nos plus récents traités. Si j'en excepte celui de M. Jaccoud qui, d'après les auteurs anglo-américains et allemands — car ce maître n'aurait jamais vu lui-même la maladie — donne une courte description de la maladie, et le manuel de Laveran et Teissier, ni les traités spéciaux anciens (Rilliet, Barthez, Bouchut), ni les récents (Cadet de

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.

Gassicourt, Descroizilles) ne la mentionnent. Si l'on ouvre les dictionnaires qui nous sont familiers, même indigence, et si, d'aventure, le nom de rubéole vient sous la plume de l'écrivain, ce n'est que pour contester la réalité de la maladie, que pour tenter la démonstration que les soi-disant cas de rubéole ne sont que des erreurs de diagnostic, des hybrides, des associations, en un mot, que la rubéole n'existe pas. Cette opinion n'est plus soutenable aujourd'hui, la littérature étrangère est si riche en faits probants, que si ce n'était au public médical français que je m'adresse, je me garderais de tenter une pareille démonstration, alors qu'elle est faite d'une façon indiscutable depuis plus de dix ans. Dès 1880, Johann Steiner regardait la rubéole comme un exanthème aigu, autonome, contagieux, n'ayant avec la rougeole ou la scarlatine aucun caractère d'identité, et cela me paraît tout à fait conforme à la vérité. J'en dirai plus loin les raisons. Pourquoi donc l'existence de la rubéole a-t-elle rencontré chez nous tant d'incrédulité? Est-ce, comme le disait William Squire au Congrès de Londres, en 1881, parce qu'il a fallu un siècle pour distinguer la rougeole de la variole, qu'un autre siècle s'est écoulé de Sydenham à Withering avant que la fièvre scarlatine fût nettement séparée de la rougeole? On peut ajouter, avec le pathologiste anglais, que le siècle est accompli qui donnera à la *rubelle* (rubéole) son autonomie.

Voici les observations abrégées qui font l'objet de cette communication et dont j'espère pouvoir tirer un enseignement suffisant pour résumer l'histoire clinique de la rubéole bénigne, la seule que j'aie observée; ces observations sont très comparables avec celles publiées en notre pays, il y a déjà longtemps, par Gintrac, et celles qui ont fait l'objet de critiques et de leçons intéressantes de la part de MM. Lecorché et Talamon (1), Raymond (2), Longuet (3), et surtout de la remarquable thèse de M. Delastre (Lyon, 1883), inspirée par M. le professeur Boudet; je ne saurais en dire autant du mémoire de MM. Bourneville et Bricon (4), qui me paraît maintenir la confusion regrettable établie jadis entre la roséole et la rubéole, et à laquelle Trousseau a tant contribué. Il n'est que juste de citer l'intéressante communication de M. Comby à la Société clinique (1886), et les articles des *Annales de dermatologie*, pour terminer l'énumération des documents français récents sur la question litigieuse de la rubéole.

Observation I. — Le 8 mars 1888, un jeune Anglais, ayant eu la rougeole, est pris, après son arrivée à Paris, d'un malaise très léger, frissonnements, mal de tête, légères nausées. Débarqué à neuf heures, je le vois à midi. La face est le siège d'une éruption ressemblant à celle d'une rougeole bien sortie, légère injection des conjonctives. Sur le corps, en particulier au cou et sur le sternum, larges plaques érythémateuses d'un rouge framboisé avec pointillé, état granité de la peau, rappelant l'éruption de la scarlatine. Température axillaire, 38°4; pouls 96. Aucune angine, aucun catarrhe nasal, pulmonaire. Je réserve mon diagnostic, mais, vu la nationalité du sujet, je dis aux parents mes craintes sur la possibilité d'une scarlatine sans angine.

Le lendemain, apyrexie complète, l'éruption de la face a pâli, celle du corps est restée vive, elle est prurigineuse, enfin, le jeune malade attire mon attention sur une légère douleur du cou. Je songe seulement à la possibilité d'une rubéole en constatant une tuméfaction générale des ganglions jugulaires, cervicaux, sous-maxillaires. Malgré tout, je fais isoler avec la plus grande sévérité M. C... et le visite quotidiennement.

Le 10 mars, toute éruption s'est éteinte, le malade, grand mangeur, réclame énergiquement des aliments, la diète lactée étant loin de lui suffire; il désire aussi se lever. Toujours en butte à l'idée de méconnaître une scarlatine, je m'y oppose, et ce n'est que le 14 que, devant la parfaite santé du malade, je me relâche de ma sévérité. Aucune desquamation en larges plaques, à peine un peu de furfur visible à la loupe. Le malade est vaseliné, baigné, les urines examinées quotidiennement, et bientôt force m'est de cesser toute précaution hygiénique, malade et entourage ne comprenant rien à mes réserves. Les adénopathies cervicales disparaissent en quatre ou cinq jours et le malade retourne en Angleterre.

Chargé par moi de s'informer s'il n'existait pas dans son entourage de cas de scarlatine, il m'écrit dès son retour que le collége qu'il fréquente a vu plus de vingt cas de « rubelle ». Dès cet instant, les doutes qui pouvaient me rester s'effacent et le diagnostic de rubéole me paraît certain.

Obs. II. — Joseph C..., trente-cinq ans, a eu la rougeole; il entre le 31 janvier 1889 au service annexe de l'hôpital Necker. Le motif de son admission est une *vaste tuméfaction* occupant l'angle des mâchoires et qui rappelle celle des oreillons; ce ne sont pas seulement les parotides qui sont prises, mais encore toute la chaîne ganglionnaire cervicale, de telle sorte qu'il semble avoir un véritable carcan et que, de ce fait, les mouvements du cou sont assez difficiles; il convient d'ajouter qu'il existe très peu de douleur, une apyrexie presque complète, 37°8, aucune rougeur, et que le malade, très affirmatif, dit qu'il en est ainsi depuis trois jours. La langue est un peu saburrale, intégrité complète des poumons, du cœur et des reins. Aucun diagnostic n'est porté. Six jours se passent ainsi, le gonflement diminuant spontanément, le malade s'alimentant, quand, dans la nuit du 6 au 7 février, sans phénomènes prémonitoires, apparaît une éruption caractérisée comme suit :

Face. Papules plates rouge fauve, séparées par des intervalles de peau saine et rappelant à s'y méprendre l'éruption de rougeole.

Tronc. Même éruption confluente, plus discrète aux membres supérieurs et inférieurs.

Cou. L'éruption diffère totalement en cette région où elle se présente sous l'apparence d'un véritable collier scarlatineux. Rougeur vive ne laissant voir en aucun point la coloration normale de la peau, état granité, raie de Borsieri. Aucun catarrhe des muqueuses, aucune rougeur de la gorge. Température le 6 au soir 37°8, le 7 au matin 37°5.

Le malade se plaint de démangeaisons et d'avoir peu dormi.

8 février. L'éruption est complète sur les membres inférieurs et supérieurs, quelques vésicules de miliaire sont également notées sur le dos et le ventre. Température 37°2.

9 février. L'éruption de la face et du tronc a pâli, seule celle du cou persiste et donne l'impression de la coloration obtenue par un violent sinapisme appliqué au-devant du cou. Température 37 degrés.

Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires diminuent, le malade désire manger.

12 février. Une nouvelle poussée exanthématique apparaît, très discrète, mais indéniable, elle s'efface en trente-six heures.

Desquamation pityriasique très légère.

Intégrité constante des reins.

Réflexions. Tuméfaction généralisée des ganglions *dix jours avant l'apparition de l'exanthème.*

Éruption polymorphe, apyrétique, avec poussée secondaire.

J'ajouterai en terminant que le diagnostic de rubéole a été porté sans hésiter par plusieurs médecins qui ont vu le malade.

(1) Lecorché et Talamon. *Études médicales.*
(2) Raymond. Clinique de l'Hôtel-Dieu.
(3) Longuet. *Union médicale*, 1883.
(4) Bourneville et Bricon. *Progrès médical*, 1884.

DES MIROIRS ROTATIFS

ET DE LEUR ACTION THÉRAPEUTIQUE

Par M. Luys,
Membre de l'Académie de médecine.

I

En songeant à l'action toute spéciale exercée par les miroirs en rotation sur les yeux des alouettes, je me suis demandé si cette même action fascinatrice, qui développe en même temps un état spécial du système nerveux, ne produirait pas sur l'œil humain des effets identiques.

L'expérience a pleinement justifié cette prévision, et je suis actuellement amené à dire qu'elle est absolument confirmée, et que, chez l'homme, des surfaces brillantes en rotation produisent, chez des sujets prédisposés, un état particulier de la rétine et ultérieurement du système nerveux, accompagné d'anesthésie, d'immobilité des muscles, de suggestionnabilité, phénomènes connexes que nous avons précédemment décrits sous le nom de fascination (1). Cette facilité de produire ainsi des états spéciaux chez des sujets prédisposés, a permis du même coup d'élargir le champ des actions hypnotiques, et c'est ainsi que j'ai pu agir, non seulement sur les états dynamiques du système nerveux, tels que les phénomènes hystériques, épileptiques, choréiques, mais encore sur tout ce groupe d'états chroniques, réfractaires jusqu'à présent à la thérapeutique usuelle, en déterminant des modifications très heureuses dans certaines maladies réputées incurables, entre autres la paralysie agitante et certaines lésions chroniques attribuables à la sclérose en plaques.

L'objectif de la méthode consiste à envoyer dans les yeux du sujet en expérience des rayons lumineux intermittents, irradiés d'une surface brillante en rotation pendant cinq à quinze minutes.

Le miroir à alouettes vulgaire, en principe, peut être employé, mais au point de vue de son adaptation à l'œil humain, il est insuffisant à cause de l'obliquité des surfaces brillantes qui sont destinées à darder en haut les rayons réfléchis. Pour obvier à cet inconvénient, j'ai fait construire les surfaces réfléchissantes suivant un plan vertical, de façon à réfléchir les rayons horizontalement dans les yeux du sujet. Ordinairement, je me sers d'un miroir à deux têtes dont les mouvements de rotation sont contrariés à l'aide d'un mécanisme spécial.

J'ai fait pareillement construire un miroir dont les surfaces brillantes se meuvent dans un plan vertical, et j'ai reconnu que, dans certains cas, cette disposition a une très heureuse influence là où les autres miroirs échouent.

Quel que soit le modèle employé, le but à atteindre c'est l'irradiation lumineuse continue à exercer sur la rétine. Le miroir tout monté est disposé sur un support vertical, dont la planche d'appui est susceptible de se monter ou de s'abaisser suivant les circonstances. Le sujet étant assis le dos tourné à la lumière, le miroir est présenté devant lui, les surfaces brillantes étant mises au niveau des yeux. Il faut avant de commencer avoir bien soin de bien éclairer le miroir devant une fenêtre et de constater si le jet des rayons lumineux tombe bien sur les yeux du sujet. Ceci fait, on recommande au sujet de fixer le miroir et de s'immobiliser. J'ajouterai encore, comme condition indispensable au succès de l'opération, que le sujet doit s'y prêter de bonne grâce et ne pas présenter d'opposition mentale à ce qui va se passer. Dès les premiers moments, les sujets prédisposés à subir l'action des miroirs fixent d'une façon intensive les surfaces réfléchissantes ; ils sont en quelque sorte en arrêt, les yeux immobilisés, et s'imprègnent des vibrations lumineuses qui se répandent sur la rétine et l'ébranlent. Peu à peu, les muscles des yeux se fatiguent, la paupière supérieure s'abaisse et on voit les yeux se fermer. Ce n'est pas encore là le sommeil complet, le moindre bruit suffit pour réveiller les sujets, mais néanmoins, il s'est produit à la suite un état d'ébranlement du système nerveux et de préparation spéciale en vertu duquel, à la séance suivante, cet état ébauché de sommeil s'accentue de plus en plus, si bien que les sujets qui, au début, ne faisaient que de fermer progressivement les yeux, finissent à la cinquième ou sixième séance par présenter un sommeil profond avec les caractères cliniques de la fascination : anesthésie, catalepsie, suggestionnabilité, et c'est là le caractère essentiel qui fait reconnaître que l'on n'a pas affaire à un sommeil simplement naturel. J'ajoute encore que, chez un certain nombre ce sujets bien disposés, j'ai vu l'état de fascination se développer dès la première séance.

Il est encore un point intéressant à noter, c'est qu'il n'est pas nécessaire que le sommeil soit complet pour obtenir des effets thérapeutiques appréciables : il suffit simplement qu'un sujet reçoive sur sa rétine des vibrations lumineuses, pendant des séances de quinze à vingt minutes, pour déterminer dans son système nerveux un état *sui generis*, caractérisé vraisemblablement par une ischémie centrale et qui est suivi d'une véritable sédation.

Le premier sujet que j'ai guéri d'une paralysie agitante, bien et dûment constatée par plusieurs de mes collègues des hôpitaux, n'a subi d'autre traitement que l'action des miroirs rotatifs ; il n'a presque jamais dormi avec perte de connaissance ; il a été simplement soumis à quinze ou vingt séances d'irradiations lumineuses.

Comment donc agissent ces irradiations ? Comment peuvent-elles modifier le système nerveux central et dans quelles limites leur puissance se renferme-t-elle ? Nous n'avons jusqu'ici aucune solution scientifique à donner, c'est de l'empirisme pur que nous pratiquons, et c'est au nom de l'empirisme, en voyant la peau de la face d'un sujet congestionné devenir pâle, en voyant un sujet qui a la peau du front injectée et chaude pâlir et se rafraîchir pareillement, à la suite d'une séance de miroirs rotatifs, que nous arriverons à dire que leur mode d'action sur le système nerveux se résume à produire, dans les régions centrales, par l'intermédiaire des voies conductrices des impressions optiques, un état d'ischémie partiel et un véritable sommeil mécanique.

L'étude anatomique, en effet, du parcours des voies optiques, nous montre que les fibres blanches du nerf optique, émanation des réseaux rétiniens, après s'être entrecroisées au niveau du chiasma, vont déposer un fort contingent de fibres grises dans la masse du tuber cinereum qui représente, comme on sait, un point central d'amortissement pour une partie des fibres du nerf optique. On sait, du reste, que cet amas de substance grise est en rapport comme développement avec les dimensions des nerfs optiques, ainsi que cela peut se constater dans l'encéphale des différentes espèces animales. La substance grise du tuber cinereum, ainsi que je l'ai déjà indiqué, est directement en connexion par continuité de tissu avec la substance

(1) Voir *Revue d'hypnologie*, 1890, n° 1.

grise de la région centrale du troisième ventricule, et c'est ainsi que les vibrations lumineuses doivent, par ces conducteurs, pouvoir se propager jusque dans les régions cérébro-spinales.

D'un autre côté, les fibres blanches optiques, après avoir abandonné ce contingent de fibres grises, continuent leur trajet; elles se divisent en deux cordons et chacun d'eux va se perdre dans une masse ganglionnaire, corps genouillés externe et interne, qui représente ici les ganglions postérieurs des nerfs spinaux. Ces ganglions sont à leur tour, à l'aide d'une série de fibres radiculaires, reliés aux tubercules quadrijumeaux supérieurs et inférieurs.

Ceci posé, on voit que des vibrations lumineuses irradiées, reçues par la rétine, sont dispersées, d'une part, à l'aide des fibres grises, dans les réseaux du tuber cinereum et dans les noyaux spéciaux de la couche optique, et, d'autre part, dans les réseaux gris des corps genouillés, des tubercules quadrijumeaux et de la région centrale grise; or, comme cette région centrale est reliée à l'aide des fibres cortico-thalamiques à certains départements de l'écorce, ces vibrations trouvent des voies toutes préparées et arrivent à produire ces effets si curieux, dont nous avons enregistré l'existence sous le nom de fascination et qu'on pourrait si justement appeler, au point de vue de leur genèse, sommeil mécanique (1).

Pour se rendre compte de l'action toute-puissante qu'exercent les vibrations lumineuses sur la mise en action des lobes cérébraux, il suffit de se rapporter à ce fait de pratique hypnotique, que tous les expérimentateurs connaissent bien, et en vertu duquel, un sujet hypnotique étant en léthargie, il suffit de faire arriver la lumière sur sa rétine dans un œil en relevant la paupière, pour modifier la vitalité du lobe cérébral du côté opposé et le faire passer de l'état léthargique à l'état cataleptique, si bien que ce même sujet, dont le cerveau a été illuminé d'un seul côté, se trouve dédoublé et placé simultanément d'un côté en hémi-catalepsie, et de l'autre en hémi-léthargie (2).

La durée des séances d'exposition au miroir doit varier suivant les effets obtenus. En général, elle peut être portée sans inconvénient de vingt à trente minutes. Certains sujets peuvent fixer les miroirs pendant trois quarts d'heure sans être notablement modifiés. Néanmoins, au bout de quelques séances, il est à noter que les sujets subissent un véritable entraînement; ils dorment plus rapidement et, bientôt, ils peuvent arriver à dormir au commandement.

On doit chercher à obtenir ce résultat pratique, chez les sujets pour lesquels on a une opération chirurgicale à accomplir pendant l'anesthésie hypnotique, ou bien chez les femmes que l'on veut faire accoucher sans douleur. Jusqu'à présent, nous avons pu obtenir ces résultats chez les trois femmes enceintes que nous avons eues dans notre service. Elles avaient été entraînées toutes les trois pendant environ six semaines et étaient arrivées à tomber dans l'état de fascination au commandement.

J'ajouterai encore que cette méthode qui, au point de vue chirurgical et obstétrical, est destinée dans l'avenir à avoir des applications répétées, est complètement sans danger. Sur près de deux cents sujets fascinés qui m'ont passé entre les mains, je n'ai constaté jusqu'ici aucun résultat fâcheux. Seulement, pour éviter les crises de nerfs et les effets d'aberration mentale consécutive, il faut, comme en tout, agir avec prudence et discernement, il faut surtout savoir réveiller les sujets et, avant de les laisser en liberté, s'être bien rendu compte qu'ils ont pleinement récupéré la connaissance du milieu ambiant. Je ne saurais donc trop engager les expérimentateurs qui désirent obtenir cette anesthésie bienfaisante, exempte de danger, à se conformer scrupuleusement aux préceptes énoncés précédemment.

D'habitude, les malades se réveillent d'eux-mêmes au bout d'un certain temps, et il faut savoir que ce sommeil n'est jamais complet. Chez les fascinés, le réveil se fait d'une façon très simple, beaucoup plus que dans le grand hypnotisme. Comme ils sont suggestionnables, on leur donne simplement la suggestion de se réveiller au bout d'une ou de deux minutes.

(1) Luys. *Petit atlas photographique du système nerveux.*
(2) Luys. *Leçons sur l'hypnotisme*, p. 220 (Charité).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 avril 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs P. Berger, Terrier, Horteloup et Nicaise qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale;

2° Des lettres de MM. Cadet de Gassicourt, Duguet, Kelsch, qui se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale;

3° Une lettre de M. le docteur Bertrand, médecin de la marine, qui se porte candidat au titre de correspondant national;

4° Une lettre de M. le docteur Corradi (de Pavie) qui se porte candidat au titre de correspondant étranger;

5° Un pli cacheté par M. Schmidt, de Paris (accepté);

6° Un travail de M. le docteur Beugnies-Corbeau (de Givet).

COMMUNICATIONS

Action physiologique de la noix de kola. — M. Heckel (de Marseille), au cours de ses recherches concernant l'action de la noix de kola sur les marcheurs, a constaté qu'après épuisement de la caféine par le chloroforme, la poudre de kola agit encore d'une manière très sensible sur l'élément musculaire et alors l'excitabilité nerveuse est à peine sensible. Aussi est-il porté à admettre que ce que M. Schlagdenhauffen et lui ont désigné sous le nom de rouge de kola, et qui subsiste dans la graine après épuisement par le chloroforme, est une substance complexe dans laquelle se trouvent vraisemblablement des principes très actifs (alcaloïdes, tannins, etc.), qui n'ont pu être isolés. Il ne serait pas étonnant que le rouge de kola fût le principal agent de l'excitabilité surnutritive musculaire, et il y aurait dans ce sens des recherches à faire, en ne perdant pas de vue toutefois que la caféine est, par elle-même, un excitant nervo-musculaire indiscutable.

La poudre de kola agit en tant que suspenseur de la fatigue musculaire, à doses très faibles.

En Afrique et en France, on a constaté des faits qui démontrent que des marcheurs ont pu, en usant de kola frais ou sec, maintenir la tension musculaire et faire de grandes marches, sans accuser la fatigue correspondant à la dépense musculaire. C'est ainsi que le colonel et le lieutenant-colonel du 16e d'infanterie ont pu accomplir l'ascension du Canigou en douze heures, avec un repos de vingt-cinq minutes seulement, en n'absorbant qu'une quantité de poudre de kola sec correspondant à 12 centigrammes de caféine. Plusieurs officiers du 124e d'infanterie ont pu, en quinze heures et demie, franchir 72 kilomètres, et, durant cet effort considérable, ils n'avaient absorbé (à doses fractionnées) que le poids de kola correspondant à 15 centigrammes de caféine.

Or, M. Heckel s'est assuré, par des expériences comparatives entre l'action, sur la fatigue dans la marche, de l'alcaloïde et du kola, qu'il y a toujours bénéfice, à doses alcaloïdiques égales, dans l'emploi de la poudre de semence. Donc, il y a d'autres principes que la caféine qui influent sur la marche. Il est bon de noter aussi que la graine de kola fraîche (dont l'emploi n'est pas possible en France) est de beaucoup plus excitante que la graine sèche. Cela tient à ce que le kola frais contient une huile essentielle qui est très active en tant qu'excitant général du système nerveux et particulièrement des appareils génésiques.

Grâce à ce principe, qui disparaît en partie dans la graine sèche, les nègres peuvent se passer d'ingérer le rouge de kola qu'ils rejettent avec la trame végétale de la noix. Cette huile essentielle doit être soigneusement éliminée de la graine sèche quand celle-ci est appliquée à l'alimentation de marche.

En ce qui touche à la disparition de l'essoufflement dans la marche, et qui est aussi le résultat de l'emploi du kola, l'expérience journalière des alpinistes vient de tous points confirmer les assertions de M. G. Sée.

M. Heckel s'occupe de faire admettre officiellement l'introduction du kola dans l'alimentation du soldat en marche et en campagne. Le kola exerce une action tonique sur les voies digestives. Il n'est pas douteux que les armées en marche, dont la dysentérie est un des fléaux les plus communs, tireront un grand profit de cette tonicité.

M. L. COLIN rend hommage aux recherches entreprises par M. Heckel. Le kola diminue la fatigue, mais la caféine, qui est expérimentée en ce moment par le comité technique de santé de l'armée, donne les mêmes résultats.

Il faut se préoccuper d'avoir à sa disposition des substances définies, facilement dosables, comme les alcaloïdes végétaux, et non pas des substances végétales, dont la composition varie sous des influences diverses. Tant que l'on n'aura pas trouvé et isolé d'une façon certaine le principe actif du kola, on ne peut entreprendre des expériences pour savoir dans quelle mesure le kola peut diminuer la fatigue musculaire des soldats.

Du choléra infantile. — M. LESAGE poursuit des recherches sur le choléra infantile depuis l'année 1886, dans le laboratoire de M. Hayem.

Dans beaucoup de cas de choléra infantile, on trouve dans l'intestin grêle un microbe particulier. Sur une plaque d'isolement de gélose, ce microbe se développe presque seul. Les autres micro-organismes disparaissent en grande majorité.

Il a peu de tendance à se développer sur la gélatine et se présente sous l'aspect de petites cultures bleuâtres. Le maximum de son développement se fait à 38 degrés. Il se développe à cette température et dans le bouillon sous forme de couche mucilagineuse.

Ce microbe revêt la forme d'un bacille dans l'intestin grêle et le bouillon. Parfois il se présente sous la forme de microcoque. On peut colorer ce micro-organisme par la méthode de Gram. Cultivé à 38 degrés, soit sur la gélose, soit dans le bouillon neutre, il produit une substance alcaline, d'odeur d'aubépine. Ce microbe résiste plus que le bacille virgule aux agents extérieurs et s'atténue moins vite.

Ce micro-organisme, inoculé suivant la méthode de Koch ou de Doyen, donne naissance au choléra expérimental. On le retrouve dans le contenu intestinal.

On peut obtenir cette maladie expérimentale, sans préparation de l'animal.

M. Lesage pense que ce microbe joue un grand rôle dans la production du choléra infantile. Il donne naissance à une substance toxique qui peut être isolée et qui, injectée à de faibles doses, donne naissance au choléra expérimental.

Sur la thérapeutique intra-utérine des fibromes utérins. — M. G. GAUTIER fait une communication dont voici les conclusions :

1° La thérapeutique électrique des fibromes utérins a été, dès les premières tentatives (Routh et Althaus, A. Martin, Onimus, Chéron, Carpenter, etc.), extra-utérine et vaginale et a utilisé les interruptions et les renversements des courants galvaniques. C'est cette même thérapeutique qui vient d'être restaurée sous un nom nouveau ;

2° Depuis l'année 1883, M. Gautier applique intégralement la méthode qui est vraiment personnelle à M. le docteur Apostoli, et qui consiste dans la galvanocaustique chimique intra-utérine et monopolaire de l'utérus. Il a fait 1 329 applications galvaniques chez 67 malades atteintes de fibromes utérins; 18 lui ont été envoyées par des confrères qui ont pu constater les résultats obtenus; il a revu 62 d'entre elles qui restent guéries symptomatiquement; il compte 4 insuccès, dont 2 tenant à des tumeurs malignes qui se sont affirmées pendant le cours du traitement, et 1 décès, certainement dû à des lésions des annexes méconnues;

3° Les premiers effets du traitement portent sur la douleur et l'hémorrhagie. Dans les fibromes hémorrhagiques, l'orientation du courant n'est pas indifférente : le pôle positif est hémostatique et décongestionnant ;

4° Il n'y a ni basses, ni moyennes, ni hautes intensités obligatoires constamment et l'observation clinique exige d'élever le plus haut possible, suivant les cas, l'intensité utilisée et de s'arrêter toujours dès l'apparition de la douleur. Les courants forts diminuent le temps nécessaire à la cure des fibromes et précipitent la guérison symptomatique; si les courants faibles sont utiles pour la douleur, ils sont généralement inefficaces à produire rapidement l'hémostase. Il applique des intensités variables de 30 à 250 milliampères et, entre ces doses extrêmes, il se maintient à 120 ou 140 comme moyenne. Ce traitement restaure les forces des malades et assure la cure symptomatique de la plupart des fibromes, qu'il diminue anatomiquement dans une proportion variable suivant les cas, mais notable;

5° Cette méthode n'est ni impuissante ni dangereuse, et en face de l'hystérectomie (mortalité 42,85 p. 100), et de la castration (mortalité 13,3 p. 100, Lucas-Championnière, 1889), elle s'impose comme traitement initial de choix de tout fibrome ;

6° Les 106 observations de Keith, les 59 de Slavianski, les 200 de Sneguireeff, ajoutées aux 97 de Delétang, aux 600 de M. Apostoli et aux siennes et à celles qui, de tous les côtés, en Europe et en Amérique, sont publiées par les gynécologistes les plus éminents, forment un total de plus de deux mille cas de fibromes utérins, qui ont reçu au bas mot plus de trente mille applications galvaniques, qui plaident en faveur de la thérapeutique intra-utérine et de son innocuité, et sont, de plus, les preuves matérielles irréfutables qui démontrent qu'un grand nombre de chirurgiens désarment en face de la méthode d'Apostoli et la considèrent comme le traitement médical symptomatique le plus efficace des fibromes de l'utérus.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Segond, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de pathologie chirurgicale.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association amicale des internes et anciens internes aura lieu, sous la présidence de M. le professeur Hardy, le samedi 12 avril, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France aura lieu les 13 et 14 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Colin (de Menton).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

AVIS A MM. LES MÉDECINS

ÉLIXIR ET PILULES GREZ
CHLORHYDRO-PEPSIQUES
(*Amers et ferments digestifs*)

Traitement physiologique des dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse, troubles gastro-intestinaux des enfants. Doses : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert.

ALBUMINATE DE FER soluble
LIQUEUR DE LAPRADE

Le plus assimilable des ferrugineux : 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.
Envoi d'échantillons par colis postal.

10

CAPSULES DE SULFATE DE QUININE
DE PELLETIER
(DIT DES 3 CACHETS)

Suppression d'amertume, facilité d'absorption et solubilité garanties. Chacune d'elles porte le nom PELLETIER et renferme 10 centigr. **Le prix pour le pharmacien est de 6 centimes pièce par flacon de 100; il peut les détailler au gré du médecin.** Les sels suivants se délivrent également en capsules de 10 centigrammes : **Bisulfate de quinine. — Bromhydrate de quinine. — Lactate de quinine. — Valérianate de quinine.**

PELLETIER

DÉPÔT, phie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

32

SIROP DE RAIFORT IODÉ
préparé à froid, de GRIMAULT et Cie.

Combinaison intime de l'iode avec le suc des plantes anti-scorbutiques. Toujours bien toléré, il est pour les médecins un puissant auxiliaire pour combattre chez les enfants le lymphatisme, le rachitisme, le goître, l'engorgement des glandes du cou, les gourmes, les croûtes de lait, les éruptions de la peau, de la tête et du visage. 5 centigr. d'iode par cuillerée à bouche. Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

18

PERLES DE PEPSINE PURE DIALYSÉE
de CHAPOTEAUT

Cette pepsine est cinq fois plus active que la pepsine du *Codex*. Elle digère 150 fois son poids de viande et ne contient ni amidon, ni sucre de lait, ni gélatine. Chaque perle contient 20 centigrammes. — Dose : 2 à 4 perles après les repas.
Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

241

LIQUEUR MARIANI A LA TERPINE ET A LA COCA
Titrée à 20 centigr. de Terpine pr cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

45

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après les repas.
MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

14

ANTIPYRINE CHAUMEL
Solution titrée à 1 gramme par cuillerée à soupe.

La seule acceptée par les malades les plus délicats
Flacon **5** fr. demi **3** fr. — 87, rue Lafayette, Paris.

54

DYSPEPSIE, GASTRALGIE
ENTÉRITES guéries par les
DRAGÉES de PANCRÉATINE PAULAY

Dépôt gal : Phie Centrale, fg Montmartre, 52, Paris.

BROMURE DE CAMPHRE DU Dr CLIN
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin**
« au **Bromure de Camphre**, sont employées
« avec succès toutes les fois que l'on veut pro-
« duire une sédation énergique sur le système
« circulatoire et surtout sur le système nerveux
« cérébro-spinal.
« Elles constituent un *antispasmodique* et un
« *hypnotique* des plus efficaces. »
(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin**
« ont servi à toutes les expérimentations faites
« dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.* »

Chaque Capsule du Dr Clin renfme 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renfme 0,10 } Camphre pur

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

87

ARISTOL MARQUE DÉPOSÉE
SUCCÉDANÉ DE L'IODOFORME

PHÉNACÉTINE-BAYER

SULFONAL-BAYER

BROMURE D'ÉTHYLE-BAYER
chimiquement pure avec une addition de 1 p. 100 d'alcool.

Pour garantir la pureté de ces produits, leur fabrication est soumise à un contrôle permanent.

Dépôt chez Jean KAHRÈS, 19, r. d'Enghien, Paris.

53

VIANDE, FER ET QUINA

VIN FERRUGINEUX AROUD
AU QUINA
ET A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Ce **médicament-aliment,** à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparation.

DOSE : 2 cuillerées à bouche avant chaque repas.
Prix : 5 francs.

Se vend chez FERRÉ, pharmacien à Paris, 102, rue de Richelieu, successeur de AROUD, et dans toutes les pharmacies de France et de l'Étranger.

99

PERLES DE GAÏACOL
DU Dr CLERTAN

Il peut être avantageux, dans certains cas, de remplacer la créosote par le *Gaïacol*, qui la constitue dans la proportion de 60 à 90 p. 100. On a ainsi un agent défini et, de plus, doué d'une odeur aromatique agréable. Les résultats obtenus sont les mêmes que ceux que donne la créosote. Le *Gaïacol* convient particulièrement aux phthisies lentes qui exigent un traitement de longue durée.

Chaque perle de gaïacol du Dr Clertan contient cinq centigr. de gaïacol, en solution dans l'huile de faîne.

Dose : 3 à 4 par jour. *Prix* : **2** fr. **50** *le flacon.*

MAISON L. FRERE, 19, RUE JACOB, PARIS.

23

VIN DU DOCTEUR A. REVIL
Hématogène phosphaté.
CORDIAL DES HÔPITAUX AU QUINQUINA
Phosphate de chaux monobasique et Coca.

Ce vin, très agréable au goût et supporté par tous les estomacs, est le meilleur des toniques, stimulants et reconstituants.

Dépôt : DARASSE FRÈRES et LANDRIN, 21, rue Simon-le-Franc, Paris. — Détail : Toutes phies.

22

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

SIROP ET GRANULES CROSNIER MINÉRAL-SULFUREUX

au goudron et monosulfure de sodium inaltérable
Phthisie, Bronchites chroniques, Catharres, Laryngites; Maladies de la peau.
E. NITOT, 21, r. Vieille-du-Temple, Paris, et phies.

49

VACCIN DE GÉNISSE

pour 4 pers., **75** cent.; pour 20 pers., **1** fr. **50.**
Echantillon gratuit. — Dr CHAUMIER, Tours.

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'ACONITINE et au QUINIUM calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles, ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient :
Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée.
Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

59

LE QUINIUM ROY GRANULÉ

formé de l'extrait aqueux et du quinium (extrait alcoolique à la chaux), représente poids pour poids la **POUDRE DE QUINQUINA CALISAYA.** Il est soluble dans l'eau et le vin.

A. Roy, pharmacien de 1re classe, PARIS-AUTEUIL, et pharmacies.
Exiger la signature.

A. Roy

42

LE VÉRITABLE THAPSIA
doit porter les Signatures

Ch. Le Perdriel — Reboulleau

Veuillez les exiger pour éviter les accidents.
LE PERDRIEL ET Cie, PARIS.

63

GOUTTE
LIQUEUR DU Dr LAVILLE
Spécifique éprouvé de la **goutte.**
ACTION PROMPTE ET INFAILLIBLE
A TOUTES LES PÉRIODES DE L'ACCÈS.
1 à 3 cuillerées à café par 24 heures.

SIROP D'AUBERGIER
AU LACTUCARIUM D'AUVERGNE
Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.
RHUMES. BRONCHITES. GRIPPE

DÉPÔT : Paris, F. COMAR et Cie, 28, r. St-Claude.

19

PHTHISIE, TUBERCULOSES
BRONCHITES, CATARRHES

LES CAPSULES COGNET
à l'Eucalyptol *ABSOLU* **iodoformo-créosoté**
constituent dans l'état actuel de la science
L'ANTIBACILLAIRE PAR EXCELLENCE
Paris, 4, rue de Charonne, et toutes phies.

25

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.
viande crue, Alcool, Ec. d'oranges am.
Phthisie, anémie, convalescence.
Paris, 20, place des Vosges.

22

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD
VIN DE BAYARD
Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge. (Ech. fo.)

86

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE
Approbation de l'Académie de médecine.
MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle** et **Quevenne** (1) qui doit **SEULE** être délivrée.

Dose pr jour Granules (1 à 3). — Solution pr us. int. (10 à 30 gttes.)

(1) A cause des *imitations impures*, formuler la **Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.**
Phie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris, et ttes phies.

N° 43. — SAMEDI 12 AVRIL 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 12 AVRIL 1890. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice.

Par M. ROUFFINET, interne des hôpitaux.

I

HISTORIQUE. — Les troubles oculaires par lesquels l'ataxie locomotrice peut se manifester attirèrent d'emblée l'attention des observateurs. En 1858, Duchenne (de Boulogne) les signale en bloc : il relate les troubles pupillaires, les paralysies des nerfs moteurs de l'œil et l'amblyopie. Romberg, Trousseau, Radcliffe signalent des faits de ce genre. Stellwag-Von-Carion apporte de nouvelles observations.

En 1859, avec Argyll Robertson commence une ère nouvelle. La découverte particulière de cet auteur, découverte contrôlée par Lebert (de Gœttingen), Wernicke, Hempel, incite à s'appesantir davantage sur les manifestations oculaires du tabes ; on pressent leur modalité et l'importance qu'elles peuvent prendre dans la séméiologie de cette maladie.

L'école de la Salpêtrière les étudie avec l'ardeur et le succès qui la caractérisent. Un grand fait jaillit de ses travaux : l'importance et la fréquence des troubles oculaires dans la période pré-ataxique.

Dans ses leçons à l'hôpital Saint-Louis, M. le professeur Fournier démontre l'allure spéciale des paralysies des muscles de l'œil sous l'influence de l'ataxie. L'analogie anatomo-pathologique des lésions des nerfs oculo-moteurs et du nerf optique avec celles des cordons postérieurs de la moelle est signalée par MM. Luys, Lebert, Ranvier, Renault et Pierret (de Lyon). De jour en jour, les travaux s'accumulent, des thèses importantes, la thèse d'agrégation de M. Albert Robin (1880), les thèses de MM. les docteurs Vincent (1877) et Delecluze (1880), tout en rapportant les progrès accomplis, indiquent des points nouveaux.

Enfin, ces dernières années ont vu la grande triade symptomatique du tabes oculaire s'enrichir de détails et de signes inédits.

Les rappeler, les montrer avec leur physionomie si typique, mettre en lumière le secours dont ils peuvent être dans la recherche de l'ataxie à cause de leur apparition précoce, tel est le but de cette Revue.

II

FRÉQUENCE DES TROUBLES OCULAIRES CHEZ LES ATAXIQUES. — Tous les ataxiques ne présentent point, tant s'en faut, des troubles oculaires, et les statistiques établies en vue d'élucider ce point fournissent des données qui semblent, en apparence, contradictoires mais qui, en réalité, sont parfaitement concordantes : celles recueillies dans les services spéciaux de maladies d'yeux sont, et rien de plus naturel, plus chargées que celles provenant des services généraux.

Ainsi, tandis que les premières portent à 50 p. 100, et quelquefois davantage, le nombre des ataxiques offrant des troubles de l'organe de la vision, les secondes accusent seulement 20 ou 30 p. 100.

Le même désaccord semble régner quant à la fréquence des manifestations oculaires entre elles. Cependant, tous les auteurs qui se sont occupés de la question admettent comme fréquence, à titre à peu près égal, l'atrophie de papille du nerf optique et les paralysies musculaires. Les modifications de la pupille seraient les plus rares. Citons, comme exemple, une statistique de Cyon [de Saint-Pétersbourg (1)], dans laquelle nous trouvons les cas de troubles oculaires dépendant de l'ataxie ainsi répartis :

Atrophies de papille.	33
Paralysies musculaires.	30
Troubles pupillaires isolés.	13

Nous étudierons d'abord ces derniers.

III

TROUBLES PUPILLAIRES. — La pupille peut subir des modifications pendant toute l'évolution de l'ataxie locomotrice ; mais, tandis que les unes, sous la dépendance de lésions oculaires qui les ont précédées, sont simplement intéressantes comme ajoutant au complexus symptomatique du tabes, car elles se rencontrent surtout alors que l'ataxie, voire même la paralysie, est dans son plein : telle la mydriase survenant comme conséquence d'une paralysie de la troisième paire, ou encore le myosis qu'on observe chez les ataxiques

(1) DELECLUZE. *Troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice*, Thèse de doctorat, 1880.

atteints d'atrophie avancée de la papille; les autres, survenant dès le début de la période pré-ataxique, et sans autre lésion de l'œil. prennent de ce fait même une importance énorme.

Parmi les troubles précoces apportés par le tabes aux fonctions de la pupille, vient en première ligne le phénomène auquel Argyll Roberston a attaché son nom, phénomène caractérisé par ce fait que la pupille myotique, sous l'influence d'un foyer de lumière même intense, reste paresseuse ou, dernier terme, ne réagit plus. Tandis qu'en faisant fixer au malade un objet situé à une certaine distance, on voit l'orifice pupillaire s'agrandir, et cela d'autant plus que l'objet est plus éloigné; et si, au contraire, on rapproche l objet aussi près que possible, l'ouverture pupillaire se resserre au point même de dépasser quelquefois le myosis constaté au début de l'expérience. Ce qu'on énonce ainsi : perte du réflexe lumineux, conservation du réflexe accommodateur.

Ce signe fait également partie de la période confirmée du tabes, ainsi qu'il résulte des recherches de M. le docteur Vincent (1), et évidemment perd, à cette période, de son importance révélatrice de cette affection.

La *mydriase*, non accompagnée de la paralysie de la troisième paire se rencontre le plus souvent (2) au début de la première période et aussi à la deuxième; mais de même que l'*inégalité pupillaire*, elle joue un rôle moins important que dans la paralysie générale.

Le myosis (3), par ordre de fréquence, vient immédiatement après le signe d'Argyll Robertson, il s'en accompagne toujours, mais, comme on le voit surtout à la période confirmée de l'ataxie, il n'a aucune importance comme symptôme de la période initiale de cette affection. Il se présente à des degrés divers : le rétrécissement pupillaire peut, dans les cas extrêmes, atteindre un millimètre, voire même un demi-millimètre, quelquefois même mesurer à peine le diamètre d'une piqûre d'épingle. Généralement la contraction pupillaire existe au même degré dans les deux yeux, cependant il peut se faire qu'elle soit plus accentuée d'un côté.

A côté de ces troubles fonctionnels n'altérant en rien sa forme circulaire, la pupille peut être le siège de déformations très bien étudiées par Ed. Berger (de Gratz) et qui ont été l'objet d'une communication à l'Académie des sciences (octobre 1888). Cette déformation, affectant deux aspects principaux, se montre surtout dans la période pré-ataxique et devient beaucoup plus rare dans les deux autres. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, la pupille affecte une forme elliptique, son plus grand diamètre étant dirigé de dedans en dehors et de haut en bas; tantôt, mais cette seconde variété de déformation est plus rare, le grand diamètre est dirigé dans le sens transversal. Le plus souvent ces changements dans la forme de la pupille sont symétriques.

Enfin, la pupille peut encore, dans le tabes, fournir un autre signe, c'est le symptôme de Gowers consistant en ce fait qu'elle réagit contre l'irritation lumineuse par des mouvements oscillatoires.

(1) Vincent. *Des troubles oculo-pupillaires dans l'ataxie*, Thèse de doctorat, 1877.

(2) Vincent. Loc. cit.

(3) De Beurmann. *Archives de médecine*, 1881; — Delerse. Thèse de doctorat, 1888.

IV

Symptômes musculaires. — Les muscles de l'œil, comme nous l'avons laissé pressentir, fournissent une large part à la symptomatologie du tabes. Ils viennent par ordre de fréquence avant les troubles pupillaires et marchent de pair avec les lésions du nerf optique. Les chiffres suivants mettent facilement ce fait en lumière : Duchenne (1), sur 20 ataxiques, en trouve seulement 3 chez lesquels ce symptôme fait défaut. Cyon [de Saint-Pétersbourg (2)], sur 100 ataxiques présentant des troubles oculaires, les note 30 fois. Uhthoff [de Berlin (3)], porte à 40 p. 100 dans les services particuliers et 20 p. 100 dans les services généraux, les paralysies des muscles de l'œil observés chez les tabétiques.

Ces paralysies affectent surtout la musculature externe de l'œil. Cependant, M. Galezowski (4) a signalé la paralysie de l'accommodation sans mydriase avec anesthésie du front et des tempes chez les ataxiques au début. Il n'en est pas moins vrai que c'est là une rareté pathologique.

Les muscles les plus souvent pris sont ceux qu'innervent la troisième et la sixième paires. Duchenne, M. Charcot (5), M. Leyden (6) insistent sur cette prédilection du tabes pour les nerfs que nous venons d'indiquer. La paralysie du muscle grand oblique est exceptionnelle.

Il est également très rare de voir l'existence simultanée de ces paralysies dans les deux yeux; un de leur caractère est d'être monoculaires, mais, en revanche, on peut rencontrer sur le même œil l'association des paralysies des troisième et quatrième paires.

Ce fait d'électivité du tabes pour des groupes musculaires déterminés de l'œil, donne déjà à leurs paralysies un commencement d'individualité; mais c'est surtout leur période d'apparition dans l'évolution de cette maladie qui les marque d'un sceau spécial et rend si intéressantes celles qui surviennent dans la période pré-ataxique.

En effet, ces paralysies qui peuvent marquer le début de l'ataxie et se montrer, de même que l'atrophie de la papille, bien avant qu'aucun autre symptôme précoce de la sclérose des cordons postérieurs ait fait son apparition, débutent d'une façon brusque et subite.

A son réveil, dans le courant de la journée, au milieu de ses travaux, un sujet jusque-là bien portant, ou du moins paraissant tel, s'aperçoit inopinément qu'il voit double. Ce trouble plus ou moins accentué disparaît avec la même rapidité que celle qui a présidé à sa venue. Quelques instants suffisent, ainsi que M. le professeur Fournier (7) en rapporte des observations pour le voir naître et périr. Ces cas sont rares. Plus fréquents sont ceux où la diplopie s'installe pour un plus long bail : mais, même dans cette condition dernière, elle présente des rémissions pendant lesquelles la vision simple reprend toute sa pureté. Ces rémissions varient de quelques minutes à des jours, un, deux, souvent davantage. Enfin, en dernière occurrence, la diplopie peut ne donner aucun répit et se conduire comme

(1) Duchenne (de Boulogne). De l'ataxie locomotrice, *Archives générales de médecine*, 1858 et suiv.

(2) Delecluze. Loc. cit.

(3) Uhthoff. *Recueil d'ophthalmologie*, 30 septembre 1889.

(4) Galezowski. Société de biologie, 18 février 1888.

(5) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1873.

(6) Leyden. *Maladies de la moelle épinière*.

(7) Fournier. *Période pré-ataxique du tabes*.

dans une paralysie vulgaire, restriction faite pour sa durée et sa terminaison qui affectent, de même du reste que tous les troubles musculaires du tabes à sa période de début, une allure toute bénigne.

Légère dans la plupart des cas et entraînant alors peu de gêne pour celui qui en est porteur, elle est souvent assez accentuée pour déterminer du vertige et toutes ses conséquences : chutes, lipothymies (1).

Elle peut être, et cela est loin d'être rare, la seule manifestation de la paralysie du moteur oculaire commun, ou bien du moteur oculaire externe et, croisée dans le premier cas, elle est homonyme dans le second. Cependant, il n'est pas fatal qu'elle soit isolée et on la trouve aussi réunie aux autres signes qui caractérisent la paralysie de la troisième paire. Disons également qu'il est bien rare de rencontrer complète cette paralysie dans la période pré-ataxique, ce fait est plus commun pour la sixième paire. Quelques jours, quelques semaines, moins fréquemment quelques mois, telles sont les limites de sa durée.

La paralysie oculaire pré-ataxique peut également se manifester et seulement se manifester par du strabisme divergent ou convergent (2), selon la paire nerveuse affectée.

En troisième lieu, un plosis à des degrés variés, la paupière recouvrant le tiers, la moitié de la cornée, ou retombant comme un voile sur le globe oculaire qu'elle cache entièrement, peut être le seul témoin, mais témoin irrécusable d'un trouble musculaire qui marque, nous ne dirons pas l'imminence, mais l'éclosion de l'ataxie. Strabisme et, plosis, comme la diplopie, sont arrivés tout à coup, brusquement, disparaîtront de même en aussi peu de temps, et pendant cet intervalle, restent isolés ou s'associent, fait rare, rendant ainsi plus complète la paralysie qu'ils ébauchaient.

C'est, en effet, le caractère des paralysies du début de l'ataxie locomotrice d'apparaître ainsi dissociées, parcellaires, suivant l'expression de M. le professeur Fournier (3), incomplètes presque toujours. Et même, dans les cas tout à fait extraordinaires où, à cette période, elles sont complètes, elles conservent cet esprit de mobilité (4), ce défaut de fixation permanente pour les muscles qu'elles atteignent, à tel point que, durant la recherche à l'aide du mode de diplopie du ou des muscles atteint dans sa fonction, il est difficile, souvent même impossible, d'arriver à diagnostiquer le muscle pris, la paralysie passant, pour ainsi dire, de celui-ci à celui-là pendant la durée même de l'examen.

En somme, *début souvent instantané*, *durée variable* mais courte, parfois *même éphémère*, tel est l'aspect bien tranché des paralysies oculaires tabétiques pré-ataxiques. Ajoutons encore qu'elles peuvent récidiver avec une grande facilité, ce qui n'aggrave pas de beaucoup le pronostic de leur gravité relative et qu'il n'est vraiment pas besoin de se mettre en frais de médications pour les combattre, la *guérison spontanée* étant encore un de leurs attributs.

Cette physionomie bien spéciale les éloigne grandement et les différencie des paralysies des mêmes paires, dites par compression. Ces dernières, en effet, offrent un début lent, une marche progressive, frappent tout le système musculaire dépendant du nerf comprimé. Leur durée peut être indéfinie, et lorsqu'elles guérissent ce n'est qu'avec le secours de l'art. Enfin, elles ne sont point, au moins celles de la troisième paire, accompagnées du signe de Robertson.

Les paralysies diphthéritiques oculaires, outre qu'on les rencontre dans le jeune âge et qu'elles sont précédées de l'angine spécifique, s'en différencient par le même caractère. Les paralysies musculaires dyscrasiques s'en rapprocheraient un peu plus, mais la présence d'œdème, d'albumine dans les urines, feront reconnaître qu'on a affaire à une paralysie tenant au mal de Bright. Quant à celles que peut occasionner le diabète, elles sont tellement rares que ce fait seul permet de les éliminer.

A la période confirmée du tabes, on rencontre aussi des paralysies des muscles de l'œil. Un point seul les rapproche de celles du début, à savoir que ce sont le plus souvent des paralysies des troisième et sixième paires ; elles s'en éloignent par les caractères suivants.

D'abord, elles n'affectent point ces formes imparfaites, caractéristiques des premières ; leur symptomatologie est plus complète.

Une paralysie du moteur oculaire commun, par exemple, ne se manifestera plus seulement par quelque trouble isolé : elle s'étalera au grand complet. Plosis, strabisme divergent, abolition des mouvements de l'œil en haut, en bas, en dedans, diplopie croisée, mydriase, rien n'y manque. Même remarque pour les paralysies atteignant la sixième paire. Plus fréquemment qu'à la période pré-ataxique, elles seront bilatérales. Ce fait est surtout vrai pour les paralysies de la sixième paire.

En second lieu, loin de présenter le début subit et la mobilité d'évolution des précédentes, elles s'établissent progressivement et ont une durée beaucoup plus longue lorsqu'elles guérissent, ce qui est l'exception, car il est de règle qu'une fois installées elles ne rétrocèdent plus. Enfin, toute la musculature externe peut être frappée d'un coup constituant l'ophthalmoplégie externe.

Cette dernière variété, pour être moins fréquente que dans certaines maladies nerveuses, le goître exophthalmique, par exemple, comme l'a montré M. Gilbert Ballet, est cependant signalée par tous les auteurs (1).

Pour expliquer cette différence entre les paralysies du début de l'ataxie et celles de sa période confirmée, on avait émis l'opinion que les premières étaient d'ordre purement réflexe (2) ou bien encore tenaient à des troubles de circulation ayant leur siège dans les muscles eux-mêmes (3). Des recherches plus précises ont donné une explication plus plausible de leur genèse et éclairé d'un jour nouveau la bénignité relative des unes et la gravité et la ténacité des autres.

Aujourd'hui, en effet, on peut admettre que toute l'histoire clinique des premières tient à ce qu'elles sont le résultat de névrites périphériques, caractérisées par ce fait que les nerfs atteints sont le siège d'un processus à la fois destructeur et régénérateur, l'avantage restant, en fin de compte, à ce dernier.

Quant aux paralysies survenant alors que le cortège des symptômes tabétiques est déjà à son summum, leur aspect plus sombre dépend de ce que les noyaux d'origine des paires nerveuses qui animent les muscles paralysés sont atteints profondément et d'une façon irréparable (4).

---

(1) Panas. *Leçons sur le strabisme et les paralysies oculaires.*
(2) Landolt. Société d'ophthalmologie, avril 1886.
(3 et 4) Fournier. Loc. cit.

(1) Hutchinson, Bousquet.
(2) Thèse de Pierret.
(3) Vincent. Loc. cit.
(4) Déjerine. De l'état des noyaux des nerfs moteurs de l'œil chez les tabétiques, Société de biologie, 5 février 1885.

Peut-être même une simple congestion passagère de ces noyaux (1) pourrait-elle donner naissance aux paralysies partielles et éphémères de la période pré-ataxique.

V

Troubles des glandes de l'œil. — Avant d'aborder l'étude du troisième grand ordre de symptômes oculaires du tabes, les atrophies de papille, nous devons signaler quelques troubles sécrétoires des glandes de l'œil, observés dans le cours de ces dernières années et encore peu connus. Trousseau (2) avait déjà vu chez quelques ataxiques une augmentation de sécrétion de la conjonctive, laquelle présentait à ce moment une couleur plus sombre, une épaisseur plus considérable, une apparence boursouflée. Ces phénomènes unis ou bi-latéraux coïncidaient toujours avec une crise de douleurs fulgurantes et s'évanouissaient avec elles.

Des troubles du même genre mais se passant dans la glande lacrymale furent signalés par Petrotucci.

M. Féré (3), dans une communication à la Société de biologie (8 janvier 1887), a rapporté des observations d'ataxiques présentant de temps en temps de véritables douleurs fulgurantes au niveau de l'orbite et ces douleurs s'accompagnaient toujours d'une hypersécrétion de larmes cessant brusquement au bout d'un court espace de temps; leur durée, en effet, ne dépassait jamais une minute.

Cette dacryorrhée s'observait seulement d'un côté.

Le docteur Ed. Berger [de Gratz (4)] s'est trouvé fréquemment en présence de cas semblables, mais le larmoiement seul existait, les douleurs fulgurantes péri-orbitaires faisaient défaut.

Ces troubles nous semblent devoir être rattachés à une paralysie vaso-motrice des vaisseaux des glandes de la conjonctive et de la glande lacrymale et peuvent être rapprochés de troubles du même genre se passant dans les glandes sudoripares et les glandes salivaires chez les tabétiques.

Nous ne voyons pas non plus d'autre explication possible que de les rattacher à des troubles du grand sympathique, pour rendre compte de ces phénomènes de tension oculaire signalés par Ed. Berger (5).

Cet auteur, en effet, indique, comme trouble oculaire du tabes, une diminution de la tension intra-oculaire présentant les caractères suivants : généralement double, cette hypotomie du globe de l'œil s'est montrée cependant plusieurs fois seulement d'un côté. Elle peut offrir les degrés les plus variés comme intensité, jusqu'à une faible résistance du globe oculaire. Enfin, c'est surtout dans la période paralytique de l'ataxie locomotrice qu'elle se montre. L'exagération de la tension oculaire est très rare, mais lorsqu'elle se montre, c'est tout à fait au début de la période pré-ataxique qu'elle survient.

VI

Atrophie de papille du nerf optique tabétique. — Le nerf optique, de même que les nerfs moteurs de l'œil, entre pour une large part dans les symptômes céphaliques de l'ataxie. Sur 20 ataxiques Duchenne a trouvé 17 atrophies de papilles. Rosenthal (1) affirme que le tiers des tabétiques examinés par lui ont présenté ce symptôme. Lebert, M. Galezowski accusent dans leurs statistiques 20 à 25 p. 100 d'atrophies papillaires. Peltesohn (2) admet un chiffre plus élevé. Sur 98 atrophies de cause spinale ou cérébro-spinale, 78 étaient au compte du tabes.

En général, l'intervalle entre le début de l'atrophie et celui du tabes proprement dit est de quelques mois, cependant certaines observations relatent un intervalle pouvant s'élever à des années; témoins le cas cité par M. Charcot (3), où les accidents du tabes confirmé survinrent seulement dix ans après, et celui de Kahler (4), où l'atrophie les précéda de sept ans. Lorsque la période pré-ataxique se passe sans que le sujet ait présenté des troubles du côté du nerf optique, il est rare que l'atrophie se développe. Mais si elle se montre dans la période avancée du tabes, elle affecte une marche beaucoup plus rapide et cela d'autant plus que le tabes était plus avancé.

La majorité des cas observés l'ont été chez des hommes, les femmes ataxiques seraient moins sous le coup de cet accident. C'est du moins ce qui résulte de la statistique de Lebert (5) qui porte à 87 p. 100 les hommes atteints, tandis que les femmes n'y entrent que pour 13 p. 100. Il est également fréquent de voir l'atrophie combinée à d'autres lésions de l'œil, au myosis, par exemple, ou à une paralysie musculaire.

Elle affecte toujours les deux yeux, mais jamais ils ne sont pris en même temps et au même degré. Elle débute par des troubles tellement caractéristiques qu'ils peuvent suffire à faire préjuger la nature de sa cause.

La vision au loin diminue et s'affaiblit tout à fait, puis la vision de près; les caractères fins de l'écriture ne sont plus perçus, bientôt les grosses lettres elles-mêmes ne peuvent plus être lues. Enfin, la cécité absolue survient.

Lorsqu'on fait l'examen du champ visuel périphérique, on peut s'assurer qu'au début il n'est pas altéré ; cette étude, renouvelée lorsque la maladie a progressé, montre, au contraire, qu'il s'est rétréci, mais d'une façon irrégulière. Ce rétrécissement du champ visuel périphérique se fait d'une façon progressive, il est toujours plus marqué en dehors qu'en dedans [Forster (6)] et présente des échancrures, de véritables secteurs dont le sommet aboutit non à la macula, mais à la papille. Ce rétrécissement concentrique du champ visuel augmente de plus en plus, mais il peut évoluer d'une façon plus rapide que l'amblyopie et on observe alors ce phénomène curieux de rétrécissement concentrique du champ visuel presque total et d'acuité visuelle intacte.

Enfin, il est d'autres cas exceptionnels où l'on observe simplement des troubles progressifs de la vue sans rétrécissement du champ visuel (7).

Outre cet affaiblissement de l'acuité visuelle, les malades accusent un autre trouble fonctionnel qui est comme la

(1) Blanc. Thèse de doctorat, 1885.
(2) Trousseau. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, t. II.
(3) Féré. *Semaine médicale*, 12 janvier 1887.
(4) Ed. Berger. Résumé d'un travail publié dans les *Archives de Knapp et Schweigger* (*Revue générale d'ophthalmologie*, 31 mai 1889).
(5) Ed. Berger. *Semaine médicale*, 1888.

(1) Delecluze. Loc. cit.
(2) Pelteshon. Ursachen und Verlauf der Schnervenatrophie, *Centralbl. f. Prakt. Augenheilk*, avril 1886.
(3) Charcot. Loc. cit.
(4) Kahler. *Semaine médicale*, 5 février 1890.
(5) De Wecker et Landolt. *Traité des maladies des yeux*.
(6) Delecluze. Loc. cit.
(7) Kahler. Loc. cit.

signature de cette variété d'atrophie (1). Il consiste dans une achromatopsie particulière, signalée en premier lieu par MM. Galezowski et Benedict (2). On observe, au début, la perte de la notion des teintes secondaires (nos 5 et 11 de l'échelle de Galezowki), puis, ni le vert, ni le rouge ne sont perçus, tandis que la perception du bleu et du jaune persiste longtemps intacte.

Les malades se plaignent encore de scotomes périphériques, mais jamais on ne trouve le scotome central à l'inverse de ce qu'on observe dans les amblyopies par intoxication.

Le plus généralement, ces troubles s'établissent lentement et sans douleur, cependant, dans quelques cas assez nombreux suivant M. Charcot (3), il existerait de la douleur tantôt permanente et siégeant alors au front et à la nuque, tantôt revenant par crises à l'instar des douleurs fulgurantes.

L'examen ophthalmoscopique donne, pour une atrophie de papille tabétique, les signes suivants : la papille, sans présenter aucun changement ni dans sa forme, ni dans ses dimensions, a ses contours fortement accusés. Sa teinte rosée normale a fait place à une teinte blanc bleuâtre, au début, puis blanc nacré crayeux dans une période plus avancée. Elle réfracte fortement la lumière. Les vaisseaux centraux ne présentent, le plus souvent, aucune modification ni dans leur volume, ni dans leur direction.

Cet aspect de la papille du nerf optique, de même que le rétrécissement spécial du champ visuel dans cette variété d'atrophie, trouve sa raison d'être dans les lésions du nerf optique.

En effet, à l'état normal, la papille doit sa couleur rosée à ses nombreux capillaires; mais sous l'influence de la sclérose dont est atteint le nerf optique ils disparaissent, d'où son aspect blanc nacré et sa propriété de réfracter fortement la lumière. Car c'est bien une véritable sclérose analogue à celle des cordons postérieurs qui constitue l'histoire anatomique de l'atrophie de papille du nerf optique. D'où la dénomination d'induration grise progressive, dont l'a baptisée M. Charcot.

A l'œil nu le nerf optique apparaît diminué de volume et de consistance; il est ramolli, se casse facilement, sa couleur est grisâtre. Cette dégénérescence grise prédomine à la périphérie, la partie centrale, le plus souvent, conserve son aspect normal.

Après durcissement dans le bichromate de potasse, les parties altérées prennent une coloration jaunâtre qui les rend beaucoup plus apparentes sur des coupes transversales.

L'examen histologique (4) montre que la myéline des tubes s'est émulsionnée ou a disparu et que les fibres nerveuses diminuées de volume ont une apparence variqueuse. Ces fibres ont perdu leur cylindre-axile.

A côté de ces fibres atrophiées, on peut rencontrer d'autres fibres en nombre variable et pourvues encore de leur myéline et de leur cylindre-axe. Entre ces fibres on aperçoit de petits noyaux appartenant aux cellules du tissu conjonctif, des cellules du tissu conjonctif augmentées de volume, enfin des corpuscules amyloïdes (1). Cette atrophie grise s'étend à des degrés très variés sur les nerfs optiques, le chiasma et les bandelettes ; mais tantôt elle est diffuse et envahit le nerf dans toute son étendue, tantôt elle est absolument limitée à la papille.

M. Charcot (2) l'a vue dépasser les bandelettes, s'avancer jusqu'aux corps genouillés et même envahir les tubercules quadrijumeaux. La marche de cette atrophie du nerf optique va donc de la périphérie au centre, inversement de ce qu'on observe dans les lésions analogues des nerfs spinaux où l'atrophie marche du centre à la périphérie.

Sa symptomatologie et son anatomie pathologique forment donc à l'atrophie tabétique une figure spéciale qu'accroît encore la marche de cette affection. Celle-ci, en effet, est lente, tellement lente que parfois elle semble rester stationnaire, mais après ce temps de repos elle reprend sa marche progressive et aboutit inévitablement à la cécité absolue.

Son évolution totale se fait dans un espace de temps très variable suivant les cas, mais dont les limites extrêmes sont de six à huit mois à quatre ou cinq ans.

Son début et sa marche progressive la distingue nettement de la névrite rétro-bulbaire et de la sclérose multiple.

L'ataxie héréditaire est loin de présenter une richesse aussi grande en symptômes oculaires. Leur bilan est léger et le plus souvent se borne à du nystagmus (3). Ajoutons, néanmoins, qu'on y peut aussi rencontrer l'atrophie de papille : la preuve en est dans une observation du docteur Eichberg [de Cincinnati (4)].

VII

Conclusions. — D'après l'étude que nous venons de faire des troubles oculaires de l'ataxie, il est facile de déduire leur importance dans la recherche de cette affection. Elle leur donne, en effet, un caractère tellement personnel que, lorsqu'ils apparaissent dans la période pré-ataxique, distançant de longtemps les signes les plus précoces du tabes proprement dit, ils peuvent suffire à eux seuls pour le diagnostic en devenant ainsi les signes révélateurs.

Aux autres périodes, il seront également d'un grand poids pour affirmer l'existence de certaines formes d'ataxie anomales. Ils peuvent également être l'élément le plus précieux de diagnostic entre la sclérose des cordons postérieurs et le pseudo-tabes des intoxications.

La présence du signe de Robertson, d'une paralysie, d'une amblyopie avec rétrécissement périphérique du champ visuel et sans scotome central, élimineront d'emblée le pseudo-tabes où le premier et le second de ces signes ne se rencontrent pas et où l'amblyopie se caractérise par une altération du champ visuel central (5).

Mais leur rôle s'étend encore plus loin, ils peuvent être de précieux auxiliaires dans l'appréciation de l'évolution de l'ataxie.

En 1881, Benedict signale l'opposition singulière qui existe entre les altérations du fond de l'œil et la marche du

(1) Ranvier.
(2) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XVI, p. 317 et suiv.
(3) Charcot. Loc. cit.
(4) Galezowski. *Traité des maladies des yeux.*

(1) Galezowski. *Traité des maladies des yeux.*
(2) Charcot. Loc. cit.
(3) Blanc. Loc. cit.
(4) Eichberg. *Recueil d'ophthalmologie*, août 1889, no 8, p. 516.
(5) Parinaud. *Pseudo-tabes.* Thèse de doctorat O. Leval-Picquechef, 1885.

tabes. D'après les observations de cet auteur, il résulterait que, lors d'apparition de la cécité au cours d'une ataxie établie, les symptômes moteurs s'arrêtent et peuvent même disparaître.

M. Déjerine (1), tout en combattant l'exagération de ce fait, lui reconnaît, cependant, une part de vérité, et, si l'apparition d'une atrophie de papille, au cours d'une ataxie des membres inférieurs déjà confirmée, ne fait point rétrograder ces désordres d'une façon définitive, elle paraît, cependant, en modérer et en retarder l'évolution.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique (2), publiée sous la direction du docteur J. Rochard.

La librairie Lecrosnier et Babé continue régulièrement la publication de « l'Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique », dirigée par M. J. Rochard. Nous avons antérieurement annoncé l'apparition de cet intéressant compendium.

Dans les fascicules nouveaux, on trouvera la fin de l'article « épidémiologie » de M. Léon Collin; l'article « épizooties » de MM. Nocard et Leclainche et le commencement du chapitre « aliments » par M. G. Pouchet.

M. Léon Collin, dans son « Traité des maladies épidémiques » et dans diverses publications, en particulier dans des articles du « Dictionnaire des sciences médicales », a fait connaître déjà son opinion sur l'étiologie et le mode de propagation des maladies épidémiques. Il y a peut-être lieu de regretter qu'il n'ait pas donné une place plus grande aux connaissances récemment acquises et, en quelque sorte, certifiées par la bactériologie. La notion de l'influence perverse de l'agglomération, de l'influence nocive des variations météorologiques, la connaissance du fait brut de la transmission de voisinage ont permis de prendre des mesures réellement efficaces contre certaines épidémies et de rendre de signalés services aux armées et aux populations. La médecine militaire, dont M. L. Collin est un des représentants les plus justement estimés, a, grâce aux mesures suggérées aux autorités, fait beaucoup dans ce sens et on doit lui être très reconnaissant de ses efforts. Elle pourra plus encore à l'avenir, et cela, parce que des notions étiologiques plus précises, plus scientifiques, rendront plus nettes et plus impératives les précautions à prendre. La fièvre typhoïde, surtout si l'on considère son évolution dans les milieux militaires, est un merveilleux exemple et un puissant encouragement; sa propagation très prédominante, sinon exclusive par l'eau, permet d'en combattre la diffusion, d'en restreindre considérablement la fréquence et d'en réduire les ravages au minimum.

A l'heure actuelle, l'histoire étiologique de la fièvre typhoïde est bien faite pour donner à réfléchir au médecin et à l'hygiéniste; elle mérite donc d'être exposée avec détail. Évacuer les casernes dans lesquelles règne la maladie est bien; empêcher la maladie d'y pénétrer est infiniment mieux, et cela s'obtient par un moyen d'une extrême simplicité : il suffit de donner aux soldats de l'eau pure, exempte de bacilles typhogènes.

M. L. Collin est grand ennemi des miasmes; il n'est pas assez l'ennemi des bactéries; est-ce parce qu'il n'est pas assez l'ami de la bactériologie?

Le chapitre VI, consacré aux épizooties, écrit par MM. Nocard et Leclainche, ne vise que les maladies transmissibles à l'homme. C'est un résumé clair et précis des symptômes de ces maladies observées chez les divers animaux, des conditions de leur transmissibilité à l'homme et des règles générales de leur prophylaxie, au point de vue hygiénique et administratif.

Les deux derniers tiers du second fascicule du tome II renferment le commencement d'un chapitre important : les aliments. La rédaction en a été confiée à M. Gabriel Pouchet. Sa compétence en chimie biologique le met, plus que tout autre, à même de mener à bien cette étude générale des substances alimentaires, de leur valeur nutritive, de leur rôle dans l'alimentation des individus et des collectivités.

Albert Mathieu.

(1) Déjerine. Société de biologie.

(2) Fascicule I et II du tome II. Prix de chaque fascicule : 3 fr. 50; l'ouvrage complet, à forfait : 120 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

27. M. Sigalas. Recherches expérimentales de calorimétrie animale (mesure de la radiation calorique et des combustions respiratoires). — 28. M. Roy. Le muscle orbiculaire des lèvres. — 29. M. Jean. Étude critique sur la médication phéniquée dans la fièvre typhoïde. — 30. M. Gombaud. Contribution à l'étude de la tuberculose du testicule et particulièrement de son traitement par la castration. — 31. M. Biscons. De quelques recherches anatomiques et physiologiques sur les artères cérébrales. — 32. M. Roux. Contribution à l'étude chimique du lait de vache naturel. Constitution des laits de l'arrondissement de Rochefort-sur-Mer. — 33. M. Vaton. Étude comparative des différents traitements du prolapsus utérin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour trois places de médecin du Bureau central s'ouvrira, le vendredi 16 mai 1890, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 14 avril 1890, à midi, sera clos le lundi 28 avril, à trois heures.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Charier, chef des travaux anatomiques et physiologiques, est chargé des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à ladite École.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Boisard, professeur agrégé au lycée de Besançon, est chargé d'un cours de physique à l'École de médecine et de pharmacie de cette ville, en remplacement de M. Henry, démissionnaire.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Broussolle, suppléant, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Fleurot, d'un cours de pathologie chirurgicale à ladite École.

— La Société française d'otologie et de laryngologie a fixé la première séance de la Réunion annuelle au vendredi 23 mai (huit heures du soir, palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la suspension dans l'ataxie locomotrice progressive et dans deux cas de sclérose en plaques, par William Gosselin, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Broch. in-8° de 70 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Éloge de A. Dechambre, lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 29 avril 1889, par le docteur Ant. Ritti, secrétaire général de la Société, médecin de la Maison nationale de Charenton. Broch. in-8° de 50 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 44. — MARDI 15 AVRIL 1890. 63e ANNÉE. MARDI 15 AVRIL 1890. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 14 avril 1890.

La Société française de dermatologie et de syphiligraphie a tenu sa première séance le jeudi 10 avril à 9 heures du matin, dans la salle de conférences voisine de la bibliothèque de l'hôpital Saint-Louis, sous la présidence du professeur Hardy. Deux autres séances ont complété cette session, les 11 et 12 avril.

C'est la première fois que se réunit cette société fondée l'an dernier à l'époque du Congrès international de dermatologie. Paris, qui possède un merveilleux centre d'étude, l'hôpital Saint-Louis, un musée de dermatologie absolument unique, n'avait pas de société de dermatologie et de syphiligraphie. Les bulletins de la société nouvelle ne manqueront pas d'être riches en matériaux intéressants au point de vue de la science et de la pratique médicales.

Les sessions devaient avoir seulement lieu chaque année : c'était bien peu. Aussi un certain nombre de membres ont-ils demandé de rendre les réunions plus fréquentes : c'est évidemment un moyen d'augmenter la valeur et l'intérêt des travaux de cette réunion. Pour qu'une semblable entreprise soit vivante, et marque sa place dans le mouvement, il faut que les séances ne soient pas démesurément espacées. Les sessions annuelles de trois séances consécutives seront en quelque sorte les grandes assises de la dermatologie française, dans laquelle se retrouveront les savants de Paris et de la province. Elles auront lieu les jeudi, vendredi et samedi de la semaine qui suit Pâques.

Des séances intercalaires auront lieu le second jeudi de chaque mois.

Il appartient aux journaux spéciaux de donner le compte rendu complet des communications et des discussions. Un certain nombre de présentations de malades, ou de lectures d'observations, concernent des cas exceptionnels, curieux par leur rareté même ; nous n'en donnerons que le compte rendu sommaire ; d'autres contributions sont d'un intérêt plus pratique et plus général, nous les mentionnerons plus longuement.

L'attention de la Société de dermatologie et de syphiligraphie a été appelée sur un fait réellement grave et des plus regrettables. Trois jeunes femmes ont été présentées atteintes toutes trois de chancres mammaires ; toutes trois avaient servi de nourrices à des enfants assistés confiés par l'Assistance publique. Elles avaient successivement donné le sein à une série de nourrissons, quatre, six et même dix.

C'est un principe absolu, a déclaré M. le professeur Fournier, qu'un enfant inconnu ne doit, sous aucun prétexte, être confié à une femme saine. Personne ne peut affirmer l'absence de la syphilis chez un enfant dont on ne connaît pas les parents. Quel médecin serait assez sûr de son diagnostic pour le confier à sa propre femme ? (Fournier.)

Chaque année, près de 3000 enfants arrivent aux Enfants-Assistés. Tous ceux qui ne sont pas en puissance manifeste de syphilis sont confiés à des nourrices ; la syphilis peut se révéler au bout de quelques jours seulement ; mais l'examen des enfants est tellement délicat, l'examen de la cavité buccale en particulier, des érosions se cachent si facilement à la base de la langue, que le doute peut toujours persister. Malgré tout leur savoir, tout leur zèle, tout leur dévouement, les médecins laissent forcément échapper un certain nombre de syphilitiques, dont les nourrices courront des chances presque certaines de contagion.

M. le professeur Fournier s'est élevé avec émotion et éloquence contre un semblable état de choses. Il faut absolument que l'on prenne des mesures pour y remédier. La solution n'est pas facile, puisqu'il s'agit de pourvoir à l'allaitement artificiel de peut-être 1500 enfants. Cependant, il faut protéger les nourrices contre la contamination qui les menace : il y a là un devoir social. La tâche de l'Assistance publique est difficile, mais il n'est pas douteux qu'elle fera tout ce qu'il lui sera possible de faire dans la voie indiquée par les hommes compétents.

Une commission de dix membres a été nommée par la Société de dermatologie pour étudier la question et chercher les moyens de mettre un terme à une situation aussi regrettable.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE

Première session de l'année 1890.

Séance du jeudi 10 avril. — Présidence de M. Hardy.

COMMUNICATIONS

Dermatose bulleuse congénitale avec nodules épithéliaux et cicatrices indélébiles. — M. HALLOPEAU. Cette affec-

tion n'est pas réellement congénitale : elle s'est montrée vers l'âge de six semaines seulement. Elle consiste en des bulles pemphigoïdes qui se développent par poussées successives, sur un malade actuellement âgé d'une vingtaine d'années. Ces bulles non douloureuses, non prurigineuses, facilement saignantes, laissent après elles des cicatrices superficielles indélébiles. La peau du malade en est comme tatouée. A ce niveau on trouve par biopsie (Darier) de petits nodules épidermiques, sortes d'invagination de l'épiderme dans le derme, qui paraissent communiquer profondément avec un conduit sudoripare.

MM. **BESNIER** et **JACQUET** ont vu une semblable disposition anatomique, mais sans relation avec les glandes sudoripares, et cela dans des affections diverses, non classées encore.

Hémi-atrophie linguale syphilitique. — M. **MAURIAC.** L'hémi-atrophie linguale n'a guère été signalée jusqu'à présent que dans le cours de l'ataxie locomotrice. M. Mauriac l'a vue survenir au cours d'accidents d'encéphalopathie spécifique, en même temps qu'une hémiplégie incomplète, et que la paralysie du moteur oculaire externe du même côté.

Le traitement antisyphilitique a eu une action favorable qui démontre bien la nature première de lésions dont la localisation exacte serait assez difficile.

Lichen plan. — M. **FEULARD** montre deux cas de lichen plan sur lesquels on peut très bien voir la coexistence et le passage du lichen plan incolore miliaire, au lichen ruber, et au lichen verruqueux. Les deux malades ont des lésions de lichen plan buccal. C'est un nouvel argument en faveur de l'unité de la maladie de Wilson.

Vaccine compliquée de gangrène au cours d'une syphilis précoce. — M. **BALZER.** Une jeune femme scrofuleuse, atteinte de syphilis maligne précoce, et de blennorrhagie grave, fortement déprimée, présenta à la suite de la vaccination, et au niveau d'une des pustules vaccinales, une ulcération progressive que les pansements humides ne purent arrêter, mais qui guérit sous l'influence du pansement sec au salol. C'est là un cas très exceptionnel.

M. du Castel fait en effet remarquer qu'on vaccine couramment, dans les hôpitaux spéciaux, un grand nombre de syphilitiques, et cela sans aucun inconvénient.

M. Mauriac est toutefois d'avis qu'il faut hésiter à vacciner les syphilitiques qui présentent une tendance manifeste aux accidents ulcéreux.

Syphilide de la lèvre simulant un lupus érythémateux. — M. **FOURNIER.** Une jeune femme de vingt-cinq ans portait une lésion de la lèvre dont tous les caractères étaient ceux du lupus érythémateux : ce diagnostic fut du reste confirmé, sur la demande de M. Fournier, par un des maîtres reconnus de la dermatologie. La malade eut peur des scarifications. Bien lui en prit, car, six semaines après, elle se présentait à M. Abadie avec une kératite interstitielle compliquée d'iritis. Le savant ophtalmologiste déclara que ces lésions étaient syphilitiques. En effet, le traitement spécifique fit disparaître et l'ophthalmie et le prétendu lupus érythémateux. Il s'agissait d'une syphilis héréditaire tardive, d'origine paternelle. Souvent des productions hérédo-syphilitiques ont simulé le lupus tuberculeux et ulcéreux, jamais, pouvait-on croire, le lupus érythémateux. La néoplasie serait ici très aplatie, et comme *laminée*. Il est intéressant de voir une semblable lésion se montrer à vingt-cinq ans comme la première manifestation d'une syphilis héréditaire jusque-là muette.

Difficultés du diagnostic du chancre syphilitique. — M. **MOREL-LAVALLÉE** a vu un chancre, suivi d'une roséole très nette, presque confluente, évoluer sans présenter ni induration, ni adénopathie.

M. **FOURNIER** et M. **MAURIAC** ont vu, dans un certain nombre de cas, l'induration ne survenir que tardivement, au bout de huit à dix jours, et même plusieurs semaines. Ce sont des chancres dont l'évolution se fait en quelque sorte en deux temps.

M. Verchère a observé un cas semblable chez un malade sujet à l'herpès génital. A ce propos M. Fournier fait remarquer que l'herpès peut précéder le chancre *in situ*, c'est là une cause d'erreur qu'il faut éviter : il ne faut pas prendre l'herpès prémonitoire pour le chancre lui-même.

Intoxication par l'iodoforme. — M. **BURLUREAUX** signale la réaction de la salive sur le calomel comme moyen de diagnostic de l'intoxication par l'iodoforme.

Il se fait un iodure jaune de mercure facilement reconnaissable; la réaction est très sensible.

Séance du 11 avril 1890. — Présidence de M. Hardy.

COMMUNICATIONS

Tuberculose cutanée chez un enfant. — M. **SEVESTRE** fait voir deux enfants atteints de tuberculose cutanée. Le premier porte à la face dorsale des mains des lésions qui rappellent la tuberculose verruqueuse de Riehl ; aux pieds existent des lésions semblables, mais moins développées. Sous le menton et dans la région parotidienne il y a des ganglions tuméfiés et suppurés. Les bacilles de Koch ont été démontrés dans l'insudation des productions morbides du dos des mains : il s'agit donc bien de manifestations tuberculeuses, qui paraissent résulter d'une série d'auto-inoculations. Le second enfant, porteur de lésions osseuses de même nature, a de la tuberculose cutanée, reconnaissable également, mais beaucoup moins développée. Quel traitement faut-il employer ? En cas semblable, les applications d'acide lactique et les injections interstitielles d'huile iodoformée ont donné de bons résultats, rapportés en particulier dans une observation de M. Morel-Lavallée : ne serait-il pas bon d'y avoir également recours ?

M. **HALLOPEAU** a vu un cas analogue, chez un enfant de sept à huit ans ; un autre a été rapporté par M. Merklen ; des faits semblables, pour intéressants qu'ils soient, ne sont pas cependant très rares.

M. **BESNIER.** Ils sont en effet assez fréquents à l'hôpital Saint-Louis, où ils sont connus depuis longtemps. Bazin les rangeait dans les lésions scrofuleuses, en rapport étroit avec la tuberculose. Du reste les lésions présentées par ces malades ne sont pas exactement la tuberculose verruqueuse. Ce sont des lésions tuberculeuses chez des lymphatiques. Il s'agit là d'une lésion extérieure, localisée chez des malades, qui n'ont pas encore de tuberculose viscérale ; il faut traiter cette lésion extérieurement et la détruire sur place. Il faut donc avant tout avoir recours à un traitement suffisamment énergique.

M. **HARDY** s'accorde à reconnaître que ces lésions ne sont pas rares à Saint-Louis où on les avait rangées dans le lupus. C'est avant tout de la scrofule, ce qui ne doit pas faire oublier la découverte du bacille tuberculeux. Aussi le traitement interne a-t-il une importance capitale. Le chlorure de sodium, donné à la dose de 1 à 2 grammes par jour, est presque un traitement spécifique dans ces conditions.

M. **BESNIER.** Qui dit scrofule, dit maintenant tuberculose. Qu'il y ait là un terrain spécial d'évolution, c'est évident : c'est de la tuberculose chez des sujets lymphatiques. Il ne faut pas certainement faire fi de la médication interne ; mais elle ne doit venir qu'en seconde ligne. L'ennemi est dans la peau : c'est là qu'il faut l'atteindre. Donner du chlorure de sodium, de l'huile de foie de morue, c'est très bien, mais il faut détruire les lésions cutanées, et le mieux est de le faire par la cautérisation ignée, l'igni-puncture ou l'électro-puncture.

M. **VIDAL** se range complètement, à ce point de vue, à l'avis de M. Besnier.

M. **BESNIER.** L'acide lactique est un bon modificateur des surfaces tuberculo-scrofuleuses ; son action ici serait trop super-

ficielle; il faut aller profondément. L'emploi du chlorure de méthyle permet de pratiquer la cautérisation presque sans douleur.

Sur un cas de lichen en nappe, transformation d'un lichen plantureux. — M. HALLOPEAU fait, sur ce sujet, une communication intéressante, mais un peu spéciale.

Sur une asphyxie locale des extrémités avec polydactylite suppurative et poussées éphémères de dermatites pustuleuses disséminées. — M. HALLOPEAU. Un vieillard a des accidents qui se rapportent évidemment à la maladie de Maurice Raynaud, à l'asphyxie des extrémités : il a des crises bien nettes. Il s'est produit chez lui, sur plusieurs doigts de la main, sur ceux précisément qui sont le siège des phénomènes d'asphyxie, une inflammation péri-unguéale suppurée qui a amené la chute de l'ongle. Depuis cette époque, à plusieurs reprises, il est survenu sur la peau des poussées de petites pustules disséminées. Ces pustulettes se dessèchent en vingt-quatre heures et laissent derrière elles l'apparence d'une desquamation étendue. Les muqueuses ont été également intéressées. M. Hallopeau pense que les troubles circulatoires des extrémités digitales ont favorisé la pénétration de ces microbes de suppuration que l'on rencontre normalement à la surface de la peau : de là, la dactylite péri-unguéale; puis, par suite de la pénétration de ces agents dans l'organisme, détermination généralisée à la peau sous forme de poussées de petites pustules.

Eruptions de l'intoxication urique. — M. QUINQUAUD. A plusieurs reprises, on a attribué des éruptions diverses à l'action de l'acide urique ; c'était les relier à la goutte dans leur pathogénie. Certains eczémas seraient ainsi d'origine uricémique. M. Quinquaud a expérimenté sur des animaux et sur l'homme, et cherché à reproduire expérimentalement des éruptions semblables.

Les cobayes et les lapins sont réfractaires à l'action de l'acide urique; chez le chien, dans la moitié des cas, on observe des lésions cutanées, des vésicules disséminées, plus rarement des papules, plus rarement encore des pustules. Le plus souvent ce sont de simples vésicules, disséminées, de guérison rapide, qui n'ont rien de commun avec l'eczéma. Jamais il n'y a d'éruption que l'on puisse qualifier de générique.

Chez l'homme 25 à 30 centigrammes d'acide urique ont été ingérés en deux ou trois fois par jour, par voie stomacale. Dans la moitié des cas se sont développées des lésions cutanées diverses : de petites pustules coniques, des taches érythémateuses, plus rarement des vésicules ou des papules minimes. Jamais il n'y a eu trace d'eczéma, de lichen ou de toute autre lésion générique. N'y a-t-il donc pas chez l'homme d'éruptions d'origine urique ? Chez des rhumatisants nerveux, on voit se produire des accès de fièvre d'une courte durée, vingt-quatre, trente-six heures, puis apparaissent des éruptions constituées par de petits éléments disséminés, lichénoïdes, pustuleux, érythémateux et quelquefois vésiculeux, qui évoluent en cinq à dix jours, quinze jours au plus. Ces éruptions ne sont pas classées. Pendant ce temps, on peut constater dans les urines une notable diminution de l'acide urique excrété, une notable augmentation dans le sang. Il y a donc momentanément insuffisance rénale et intoxication urique. Les manifestations cutanées en sont la conséquence : ce sont là des éruptions dues à l'acide urique accumulé.

Ecthyma infantile simulant le chancre induré. — M. FOURNIER. Un enfant de vingt mois portait, à la région fessière droite, près du périnée, deux lésions qui avaient tout à fait l'aspect du chancre induré : on trouvait le fond lisse, les bords légèrement relevés, la coloration chair musculaire, et une induration parcheminée manifeste. Le diagnostic chancre induré paraissait certain. Cependant, dans l'aine correspondante, il n'y avait que trois très minimes ganglions, sans caractères. Sur les membres inférieurs on rencontrait une vingtaine de petites pustules superficielles; au bout de quelques jours, il y en eut une centaine. Deux d'entre elles prirent précisément l'aspect des deux ulcérations primitives, et les apparences du chancre induré. Tout cela guérit rapidement. Il ne s'agissait que de lésions pustuleuses, folliculites pilo-sébacées, ecthyma infantile qui avaient pris le masque du chancre induré. On voit quelles conséquences graves, médicales, médico-légales même, eût pu amener une semblable confusion.

M. MAURIAC. Des lésions chancriformes de cet ordre existaient chez un de mes malades; la simulation du chancre infectant était telle que le traitement fut institué; il fut abandonné, aucune manifestation secondaire ne s'étant montrée.

M. FOURNIER. L'ecthyma galeux donne souvent lieu à des méprises de ce genre. Avec des lésions qui siègent à la verge, l'embarras est souvent très grand.

Chancres atypiques. — M. DU CASTEL ne veut pas faire l'histoire complète des chancres atypiques.

Récemment il a observé deux cas de chancres infectants multiples. Le premier malade en portait treize, le second sept. Ces chancres siégeaient dans la rainure balano-préputiale et sur le fourreau de la verge. Ils ne se montrèrent pas simultanément, mais successivement, à plusieurs jours d'intervalle. Ils étaient tous de dimensions égales, à bords nets, saillis à pic et très douloureux. Chez les deux malades un écoulement blennorrhagique s'était montré quelques jours après les rapports infectants. Il y a là toute une série de particularités qui méritent d'attirer l'attention, plus encore que la multiplicité des portes d'entrée de la syphilis et de son accident initial.

Il ne s'agissait pas de ces chancres mixtes dont l'École de Lyon a démontré l'existence : l'inoculation a été négative, faut-il attribuer une certaine importance à la coïncidence de la blennorrhagie et de la syphilis, à la superposition, à la conjonction de ces deux agents infectieux ?

M. MAURIAC. L'unicité du chancre infectant est un préjugé : le chancre syphilitique est souvent multiple. Les divers chancres se produisent dans l'espace de 10 à 15 jours, 20 jours au plus. Il semble que l'immunité de l'organisme ne soit acquise qu'après ce temps. Toujours, en tout cas, il existe un certain intervalle entre l'apparition du dernier chancre et celle des accidents secondaires.

M. ROLLET. Le chancre mixte est d'un diagnostic facile, que l'auto-inoculation confirme rapidement: les chancres multiples sont loin d'être une rareté. Il faut tout particulièrement noter la multiplicité fréquente des chancres mammaires : il y a là une répétition des contacts inoculateurs qui explique facilement cette particularité.

M. BARTHÉLÉMY. Les chancres multiples sont très fréquents chez les galeux ; les lésions galeuses offrant à la syphilis un grand nombre de portes d'entrée.

Au Congrès de Copenhague, Pontoppidan a rapporté une inoculation positive d'un chancre induré de la verge à l'abdomen. Le chancre inoculé fut également induré. L'inoculation avait eu lieu quelques jours seulement après l'apparition du premier chancre; alors qu'il n'y avait pas encore imprégnation de l'organisme et immunité acquise.

M. DU CASTEL. J'ai moins signalé mes deux cas pour la multiplicité des chancres indurés que pour la régularité en quelque sorte méthodique de leur dissémination au voisinage d'un foyer primitif. Tous ces chancres se ressemblaient étroitement par leurs dimensions et leur aspect. Il semble que l'on ait affaire plutôt à une propagation de proche en proche par voie lymphatique qu'à des inoculations extérieures successives.

M. MAURIAC. L'existence d'un écoulement blennorrhagique avant l'apparition d'un chancre syphilitique n'est pas rare ; chose curieuse, cet écoulement disparaît souvent au moment où se montre le chancre.

M. FOURNIER confirme la fréquence des chancres syphilitiques multiples. Sur le sein on en a vu jusqu'à 24. Sur la peau

on en a compté 20, 30 et jusqu'à 70. Ce sont là des cas exceptionnels. L'existence de deux ou trois chancres n'est pas rare. A ce propos, c'est à tort que l'on attribue à Ricord cette opinion que le chancre syphilitique est *toujours* unique; Ricord a dit seulement qu'il était *habituellement* unique.

Chancres mammaires. — M. DE BEURMANN présente trois jeunes femmes atteintes de chancres du sein; l'une en a quatre, les deux autres deux chacune. Cela confirme précisément la fréquence de la multiplicité des chancres mammaires chez les nourrices.

Ces jeunes femmes ont allaité des enfants, des enfants assistés. Chacune d'elles a donné le sein à plusieurs enfants. Les nourrices peuvent ainsi allaiter successivement 10 et 15 enfants. On comprend combien sont grandes les chances d'infection dans un hôpital d'enfants assistés, avec des nourrissons dont l'origine est forcément inconnue. Il y a là un danger considérable et un état de choses qu'il est bon de signaler pour le faire cesser.

M. FOURNIER s'élève avec vigueur et avec émotion contre cette pratique. C'est une honte que des femmes, qui se dévouent et font acte de mère, ne puissent pas être mieux sauvegardées. On ne doit pas confier un enfant inconnu à une femme saine. Un enfant trouvé est forcément inconnu, et il est difficile d'affirmer qu'il n'est pas syphilitique. L'examen est très délicat, en particulier l'examen buccal, et on ne peut, naturellement, le renouveler chaque jour; le pourrait-on qu'il resterait encore des doutes; les lésions se dissimulent si facilement dans la bouche d'un nouveau-né!

On ne peut donc confier les enfants trouvés à des femmes saines. Il faut avoir recours à l'allaitement artificiel: aux ânesses, aux chèvres; mais ne pas exposer des nourrices à des chances grandes de contagion. On n'en a pas le droit.

M. ROLLET appuie vivement la déclaration de M. Fournier. A Lyon on a recours à l'allaitement artificiel.

M. SEVESTRE, qui a été pendant plusieurs années médecin des Enfants-Assistés, expose comment les choses se passent. Chaque jour dix à vingt enfants arrivent à l'hôpital; on les soumet jusqu'au lendemain à l'allaitement artificiel; puis, le lendemain, le service médical prend une décision à leur égard. Les malingres, les chétifs sont retenus à l'hôpital, les autres envoyés en province. Là ils peuvent rester un mois sans être visités, et un certain nombre d'entre eux se révèlent syphilitiques et infectent leurs nourrices.

L'allaitement de ces enfants est une très grosse question, puisque, par an, il y en a environ 3000. Il faudrait un nombre considérable d'ânesses ou de chèvres et des installations spéciales suffisantes.

Malgré tout le soin du service médical, dans les conditions actuelles, il est impossible d'éviter un certain nombre de regrettables accidents de contagion syphilitique.

M. FOURNIER. Le zèle et la compétence des médecins est évidemment hors de tout soupçon: ils sont en face d'une véritable impossibilité.

Sur la proposition de M. de Beurmann, une commission de dix membres est nommée pour étudier cette question et lui chercher une solution.

Nouveau mode de traitement de la syphilis. — M. QUINQUAUD. Un certain nombre de malades déclarent qu'il leur est impossible de suivre le traitement antisyphilitique classique. M. Quinquaud a cherché à instituer à leur usage un traitement supportable. Pour cela il a fait fabriquer un sparadrap qui renferme, par décimètre carré, 1gr20 de calomel. 20 centimètres carrés de ce sparadrap sont appliqués à demeure sur la région splénique. Le chlorure de sodium de la peau transforme une petite quantité du calomel en bichlorure et l'absorption mercurielle a lieu. La preuve c'est que le mercure se retrouve dans les urines.

Le maximum d'action est obtenu en cessant les applications au bout de huit à dix jours, pour les reprendre après quatre ou cinq jours. Il peut y avoir un peu de stomatite, une légère gingivite; mais, en général, le traitement est bien supporté. Il trouvera son utilité dans certains cas particuliers.

Des fistules uréthro-péniennes consécutives au chancre simple et à la syphilis. — M. HUMBERT fait une intéressante communication sur les fistules uréthro-péniennes dues au chancre simple ou à des syphilomes et sur leur traitement chirurgical. Les moulages qu'il fait voir montrent les beaux résultats que lui a donnés l'emploi judicieux de diverses opérations, simples ou successives: cautérisations, uréthrorrhaphies, uréthroplasties.

Des raisons qui semblent militer en faveur de la non-spécificité du gonocoque. — M. ERAUD (de Lyon) fait une communication sur ce sujet.

Séance du 12 avril 1890. — Présidence de M. Hardy.

COMMUNICATIONS

Relation de quelques cas de grippe épidémique accompagnés d'éruptions cutanées symptomatiques. — M. BARTHÉLÉMY. Au cours de la dernière épidémie, M. Barthélémy a observé 219 cas de grippe. Les manifestations cutanées ont été assez fréquentes chez ces malades, on peut les ranger en deux catégories: 1° des faits de simple coïncidence, furoncles, anthrax, poussées d'eczéma, chez des malades, sujets antérieurement à cette affection, etc.; 2° des érythèmes divers qui paraissent en relation avec l'existence et l'évolution de la grippe. Ce sont de véritables rashes précédant la grippe, de la même façon que certains rashes précèdent les fièvres éruptives. Ces rashes ont été surtout morbilliformes ou scarlatiniformes; les premiers se sont observés le plus souvent. Enfin, dans deux cas, il y a eu une éruption d'aspect pityriasique; dans l'autre, une éruption vésiculeuse. L'éruption scarlatiniforme rappelle la dengue, telle que la décrivent les médecins de marine; d'autres symptômes pourraient également s'y rapporter, et l'on peut se demander si ce n'était pas d'elle qu'il s'agissait. Tout récemment, de nouveaux cas se sont produits, accompagnés d'une roséole assez fugace, et quelquefois d'adénopathie cervicale. S'agit-il de la roséole printanière, fébrile et contagieuse, ou de ces cas de rubéole? On en a ces temps-ci signalé un certain nombre de cas à la Société médicale des hôpitaux.

Sur un cas d'atrophie en sablier des cheveux. — MM. HALLOPEAU et LEFÈVRE. A plusieurs reprises, on a signalé l'existence des cheveux moniliformes, alternativement renflés et rétrécis. M. Hallopeau communique un cas intéressant: il s'agit d'un jeune enfant dont le cuir chevelu présente des modifications qui, par place, rappellent ce que l'on voit chez les faviques. A la base des cheveux, existent des saillies lichénoïdes; les cheveux eux-mêmes portent une série de nodosités successives; ils sont cassants. Il est assez difficile de déterminer la cause de cette disposition particulière, décrite sous des noms différents et souvent confondue avec des lésions en réalité dissemblables.

MM. BESNIER et **BROCQ** sont d'avis que, chez le malade présenté par M. Hallopeau, il s'agit d'une *xérodermie* ou d'une *kératose pilaire*, au début, plus développée sur le cuir chevelu, mais que l'on voit poindre sur les bras. Cet état représente une sorte de degré léger de l'ichthyose. La déformation des cheveux est secondaire à cet état particulier de la peau.

Du reste, l'état moniliforme des cheveux ne représente pas une affection distincte, mais un vice de croissance commun à des affections cutanées diverses, en particulier dans la pelade.

Communication sur un cas grave d'arthropathie blennorrhagique. — M. MAURIAC, rapporte une observation très curieuse de rhumatisme blennorrhagique grave. Un jeune homme de 26 ans, en puissance de blennorrhagie, fut atteint d'une arthrite du coude, qui prit rapidement des allures réelle-

ment alarmantes. Dès le sixième jour, il y avait un gonflement considérable, avec rougeur des tissus; l'aspect était celui d'un vaste phlegmon. A 5 ou 6 centimètres au-dessus et au-dessous de l'articulation on constatait profondément l'existence d'une sorte de bourrelet, évidemment dû à de la périostite des extrémités osseuses. En dehors de ce point il existait un empâtement diffus autour de l'articulation. Malgré les apparences, il n'y eut pas de suppuration et la guérison eut lieu par simple résolution. Il y eut cependant de l'ankylose incomplète et un degré marqué d'atrophie musculaire.

M. Mauriac a vu un certain nombre de cas semblables, et c'est un type particulier que cette arthrite blennorrhagique, qui menace de suppurer, sans suppurer cependant; que cette arthrite à empâtement d'aspect phlegmoneux qui se termine par la résolution. Cependant il n'en est pas toujours ainsi; la suppuration est possible, mais elle semble se produire en dehors de l'articulation.

M. Mauriac fait suivre cette observation de considérations sur les rapports de la blennorrhagie et du rhumatisme. Pour lui, chez certains individus d'un tempérament particulier, on voit alterner et se succéder les poussées uréthrales, et les poussées articulaires; de sorte qu'il semble que l'écoulement soit lui aussi une manifestation rhumatismale.

Pour le traitement du rhumatisme blennorrhagique, ce sont les moyens locaux qui ont le plus d'importance : saignées, émollients, pointes de feu. Les médicaments internes ne donnent guère de résultat appréciable; le salicylate est sans action. M. Mauriac donne l'iodure de potassium dans les formes invétérées avec gonflement et raideur.

M. FOURNIER, au cours de la discussion qui suit, est amené à déclarer que, d'après son observation, il n'y a pas de rapport fixe entre l'écoulement et l'arthropathie. L'écoulement peut diminuer, persister ou disparaître. Qu'importe qu'il soit ou non traité; le rhumatisme blennorrhagique n'en est nullement influencé.

M. MAURIAC est du même avis. Du reste, rien ne prouve que l'arthrite soit une manifestation spécifique de la blennorrhagie. Dans un cas, M. Straus a, sur sa demande, recherché les gonocoques dans la sérosité d'une arthrite blennorrhagique sans en rencontrer.

M. JULIEN fait observer qu'à l'heure actuelle on a tendance à mettre surtout en cause des microbes non spécifiques pyogènes, dont l'action vient se superposer à celle des microbes spécifiques, les gonocoques.

M. THIBIERGE, dans un cas qu'il a observé, n'a vu, dans le liquide articulaire, ni gonocoque ni microbe pyogène. La présence du gonocoque dans l'épanchement de l'arthrite blennorrhagique n'est pas suffisamment démontrée.

Des raisons qui semblent militer en faveur de la non-spécificité du gonocoque. — M. VERCHÈRE fait un rapport sur le travail de M. Eraud, présenté à la séance précédente.

Dans l'urèthre de l'homme il y a toujours, à l'état normal, des microbes; chez le nouveau-né, on rencontre seulement un staphylocoque; chez l'adulte, en dehors de toute manifestation uréthrale, on trouve ce même streptocoque et un diplocoque qui ressemble de très près au gonocoque. Par les injections intra-testiculaires de ce diplocoque, on détermine de l'orchite chez les animaux, mais on ne détermine pas d'écoulement blennorrhagique. La spécificité du gonocoque, son rôle pathogénique dans la blennorrhagie ne seraient donc pas démontrés.

M. Verchère objecte que le diplocoque de M. Eraud ne présente pas, d'une façon absolue, les caractères microbiologiques du gonocoque de Neisser. Il peut, du reste, y avoir des associations microbiennes, et il n'y a rien de surprenant à ce que, dans l'écoulement blennorrhagique, on rencontre des microbes pyogènes, en même temps que des gonocoques. Cela ne prouve rien contre ceux-ci.

M. HUMBERT fait observer que, s'il y a des microbes dans l'urèthre normal, semblables à ceux que l'on rencontre dans la blennorrhagie, le seul procédé connu pour contracter cette blennorrhagie, c'est cependant, malgré tout, de coucher avec une femme qui l'a.

M. FOURNIER. La microbiologie n'a pas, jusqu'ici, fait la lumière sur ce point : c'est le chaos et l'incertitude. Il faut toujours en revenir à la clinique, et le meilleur moyen de juger la question serait d'avoir recours à la confrontation qui a donné de si beaux résultats pour la distinction des chancres simples et des chancres infectants.

Traitement des épithéliomas d'origine sébacée par les applications d'acide acétique. — M. ARNOZAN a traité huit cas d'épithélioma sébacé peu avancé, par des applications d'acide acétique au demi, au tiers ou concentré. Il a obtenu les résultats les plus satisfaisants. Il fait tomber la croûte qui recouvre la lésion, soit à l'aide de cataplasmes, soit mécaniquement, en évitant toutefois une action trop irritante; il applique ensuite l'acide à l'aide d'une baguette ou d'un pinceau. Il se forme une autre croûte, souvent un peu plus étendue, mais quand elle tombe, l'état des surfaces sous-jacentes est très satisfaisant. La guérison peut être obtenue après un seul attouchement; parfois il faut y revenir. Les cas choisis n'étaient pas très avancés encore; mais ils duraient cependant déjà depuis plusieurs années. La cicatrice obtenue est souple, peu apparente. Il est difficile de dire ce que deviendront plus tard ces malades, s'il y aura ou non récidive. Jusqu'à présent il n'y en pas apparence, même après deux ans d'observation.

De l'antisepsie dans le traitement des ulcérations syphilitiques. — M. JULIEN. Dans un cas d'ulcération tertiaire phagédénique de la face, M. Julien a employé avec succès un pansement à l'iodoforme, puis au salol, après lavage antiseptique; il a obtenu en vingt jours la guérison d'une ulcération qui durait depuis déjà dix-huit mois. Il pense qu'il y a, dans les cas de ce genre, une véritable infection secondaire; des microbes de divers ordres se déposent sur la perte de substance et agissent pour leur compte. On a prise sur eux par les lavages et le pansement antiseptiques.

M. VIDAL, dans des conditions semblables, s'est servi avec avantage de la solution saturée ou de la poudre de chlorate de potasse.

La séance est levée.

DES MIROIRS ROTATIFS

ET DE LEUR ACTION THÉRAPEUTIQUE (1)

Par M. Luys,
Membre de l'Académie de médecine.

II

Les sujets masculins entrent, dans une certaine proportion, dans le contingent des fascinables. Dans ma salle d'hommes, sur une population moyenne de trente à trente-cinq sujets, il y en a dix à douze qui sont justiciables des miroirs rotatifs. La population féminine, qui est constituée en grande partie par des hystériques et des hystéro-épileptiques, présente une proportion plus élevée. J'ai pu déterminer la fascination chez un sujet de treize ans épileptique, chez une jeune fille de quinze ans hystérique, choréique, et les sujets de cinquante-cinq à soixante ans sont encore aptes à subir la fascination. Il est bon d'ajouter que, si un certain nombre de fois, l'apparence grêle et délicate de certains sujets mâles fait présumer qu'ils sont susceptibles d'être fascinés, il n'en est pas toujours ainsi,

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 388.

car j'ai vu la fascination se produire chez des hommes robustes, solidement musclés et d'une stature athlétique.

Les états tout spéciaux du système nerveux, développés à l'aide des miroirs rotatifs, peuvent être utilisés au point de vue thérapeutique de la manière suivante :

L'anesthésie si complète et si généralisée qu'on développe peut être heureusement mise à profit pour faire des opérations chirurgicales, même d'une certaine durée, ou bien encore pour déterminer l'accouchement sans douleur.

D'autre part, chez les individus paralysés, les tabétiques même, grâce à cette anesthésie du tégument cutané, qui laisse impunément passer des courants électriques d'une grande intensité, on peut agir sur les muscles des régions profondes et solliciter la mise en action de masses musculaires frappées de torpidité. C'est une nouvelle ressource fournie aux méthodes d'électrisation.

On sait, d'après ce que nous avons exposé, qu'un sujet hypnotique, mis en période de catalepsie, est apte à répéter automatiquement les mêmes actions qu'il voit faire devant lui.

On peut mettre cette aptitude à profit de la manière suivante : s'il s'agit d'un sujet dont un membre est paralysé et ne réagit plus à l'action de la volonté, on suscite alors la mise en activité des muscles de ce membre d'une façon détournée, en mettant en action un autre foyer d'incitation dynamique, les incitations, par exemple, irradiées des régions visuelles de l'écorce qui sont, comme on le sait, arrivées à une hyperexcitabilité extrême dans l'état cataleptique. On se met, en effet, devant le sujet paralysé du bras par exemple, et on lève le bras; on voit alors avec grand étonnement, ce bras tout à l'heure paralysé qui, par imitation, se lève sympathiquement. De même, pour la jambe, etc. Si bien qu'en répétant ainsi ces exercices, on développe une véritable gymnastique excessivement utile pour la curation de la maladie, en ce sens qu'elle tient en bon état les appareils de la motricité et qu'au moment où le stimulus de la volition viendra les mettre en action, ils seront disponibles et prêts à fonctionner.

La suggestionnabilité du sujet est enfin mise à profit dans un certain nombre de circonstances pathologiques qui permettent de donner au malade des suggestions thérapeutiques utiles. Ainsi, du côté des voies digestives, un sujet dyspeptique, qui a le dégoût des aliments, qui maigrit, on lui donne la suggestion de prendre ses aliments avec plaisir et d'une façon copieuse. Chez plusieurs sujets constipés depuis dix à douze jours, je leur ai donné la suggestion d'aller à la selle dans huit à dix minutes et de s'y préparer ainsi; les résultats obtenus ont été vérifiés. Les palpitations cardiaques, d'origine nerveuse, sont également susceptibles d'être modifiées par ce procédé. Chez plusieurs femmes dont les règles étaient en retard, en les suggestionnant le matin de les avoir le soir, le phénomène s'est produit tout naturellement: dans deux cas, chez deux femmes hypnotiques atteintes de métrorrhagie, j'ai pu instantanément arrêter le flux de sang et il est curieux de constater que cet arrêt subit a déterminé chez l'une d'elles, quelques heures après, un érythème cataménial de la peau des poignets. Dans la pratique obstétricale, on peut donner à la femme, au moment de l'accouchement, la suggestion de suspendre ses contractions utérines et de les reprendre au commandement. J'ajouterai encore que la pratique de la fascination peut être heureusement utilisée même dans les maladies aiguës. J'ai actuellement dans mon service une jeune femme hypnotisable, atteinte de péritonite post-puerpérale avec vomissements, depuis plus de quatre jours, et insomnies continuelles. Je n'hésitai pas à l'hypnotiser en cet état, et je fus bien récompensé, car, un quart d'heure après la suggestion, les vomissements cessèrent, les douleurs furent amendées et le sommeil récupéré permit à la malade de prendre un repos dont elle était privée depuis quatre jours. Cette observation, qui est la première relative à l'introduction des pratiques de l'hypnotisme dans la thérapeutique des maladies aiguës, sera ultérieurement publiée. Enfin, au point de vue des troubles dynamiques du système nerveux, on pourra faire appel à la méthode suggestive chez les sujets atteints d'attaques hystéro-épileptiques ou de céphalalgie. On les suggestionnera surtout dans le sens de l'éloignement des attaques, on leur dira de lutter lorsqu'ils les sentent venir, de tâcher de les éloigner ainsi et, par le même procédé, de modérer leur intensité.

Un des avantages les plus incontestés que j'attribue à la méthode des miroirs rotatifs, au point de vue de leur importation dans la pratique, c'est d'avoir une action multiple et de permettre à l'expérimentateur de pratiquer la fascination sur un grand nombre de sujets à la fois. On peut voir sur les différents groupes de fascinés, publiés dans la *Revue d'hypnologie*, comment les choses se passent usuellement et comment, à l'aide d'un simple miroir en rotation, on peut produire l'état cataleptique chez huit ou dix sujets à la fois. L'utilité de cette méthode de fascination artificielle par les miroirs se révèle, non seulement dans le groupe des maladies dynamiques du système nerveux, mais encore dans un grand nombre d'affections organiques qui sont susceptibles d'en recevoir un très notable amendement. Les scléroses diverses du système nerveux, les dégénérescences, les lésions destructives, certes, ne peuvent pas être guéries, mais comme ces lésions sont toujours accompagnées de phénomènes congestifs ambiants, de prolifération cellulaire, engendrée par des hyperhémies localisées, l'action ischémiante des miroirs rotatifs peut exercer une action salutaire sur ces phénomènes concomitants, sur certains foyers d'hyperhémie de formation sclérosique, sur l'état de gonflement et d'éréthisme des cellules nerveuses, entretenue par une fluxion ambiante, comme dans la paralysie agitante (1); il en résulte ainsi qu'en modifiant les conditions de la circulation interstitielle, on peut dans une certaine mesure agir favorablement sur certains symptômes surajoutés aux lésions chroniques. C'est ainsi qu'à l'aide de l'emploi des miroirs rotatifs, j'ai pu chez L..., dont l'observation a été rapportée dans les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, guérir une paralysie agitante datant de quatre ans. C'est ainsi que, chez un autre malade de mon service, le nommé V... âgé de soixante-six ans, j'ai pu amender très favorablement une ancienne paralysie agitante avec incurvation du tronc, fixité du cou, etc. (2).

Certaines paralysies d'origine spinale, accompagnées d'impotence plus ou moins complète avec incontinence urinaire, ont été très notablement améliorées. Il en est de même de certaines hémiplégies d'origine organique qui

---

(1) J'ai démontré, avec pièces photographiques à l'appui, que, dans la paralysie agitante, la lésion capitale consistait non seulement dans la formation de tissu sclérosique dans la région de la protubérance et du bulbe, mais encore dans le gonflement des cellules de cette région, qui ont doublé de volume (encéphale).

(2) Voir *Revue d'hypnologie*, n° 3, p. 86, Obs. IV.

ont été également très favorablement amendées, avec augmentation de force musculaire constatée à l'aide d'un dynamomètre.

Cette action d'irradiation lumineuse est encore apte à avoir une utilité incontestable non seulement dans les muscles extrinsèques de l'appareil de la vision, mais encore dans certains troubles subjectifs de la vue, dépendant d'un état nerveux. On sait combien le spasme des paupières est rebelle aux traitements qui sont habituellement employés. L'action des miroirs, sur trois sujets atteints de blépharospasme, a produit d'excellents résultats et déterminé la guérison.

Enfin, il est bon d'ajouter que, si, jusqu'à présent, les applications de l'hypnotisme à la pratique chirurgicale et obstétricale ont été limitées, par suite de la difficulté et des incertitudes habituelles pour produire la fascination, l'action des miroirs rotatifs ouvre un champ tout nouveau aux pratiques de l'hypnose. Elle se fait d'elle-même, automatiquement, sans fatigue pour l'opérateur, rien que par les forces naturelles, si bien que, par ce fait même, un bien plus grand nombre de sujets entrent dans le cercle des actions hypnotiques et deviennent ainsi aptes à en subir l'influence.

Il y a donc là un moyen nouveau, facile à employer, et éminemment pratique, qui permet d'agir sur les terrains dynamiques des centres nerveux, et de modifier ainsi, d'une façon très heureuse, certaines perturbations dont ils sont atteints, et cela sans danger et avec une sécurité parfaite.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

I

Un traitement classique de l'asthme. — Voici celui qui est recommandé par M. le professeur Dieulafoy :

I. Traitement de l'accès. — *Au début.* Badigeonner les fosses nasales aussi loin que possible avec la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme.
Eau distillée.	20 grammes.

ou bien pulvérisation avec la même solution.

L'accès est commencé. Pratiquer des fumigations avec le datura stramonium, les cigarettes Espic ou le papier nitré. M. Dieulafoy fait fumer dans une grosse pipe des couches alternatives de datura et de papier nitré.

L'accès est au maximum. Injection de chlorhydrate de morphine ; d'abord une demi-seringue, et, s'il y a lieu, un quart d'heure après, une seconde dose semblable :

Chlorhydrate de morphine. . .	10 centigr.
Eau distillée.	10 grammes.

II. Traitement de l'attaque. — Donner 1 ou 2 grammes d'iodure de potassium, si le malade est tolérant. En cas contraire, on débute par 25 centigrammes et on augmente jusqu'à 2 grammes.

III. Traitement de la diathèse. — *Première quinzaine.* Usage de l'iodure de potassium : 1 à 2 grammes par jour.

Deuxième quinzaine. Prendre chaque matin une demi-pilule, puis une pilule de la préparation suivante :

Feuilles de belladone pulvérisées	*ââ* 20 centigr.
Extrait de belladone	

F. s. a. 20 pilules.

Administrer avant l'un des repas une cuillerée à café de la solution suivante :

Acide arsénieux	5 centigr.
Eau distillée	200 grammes.

Ensuite on revient à l'iodure de potassium pendant quinze jours, et on continue durant plusieurs mois le traitement, en alternant l'une et l'autre de ces médications. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*)

Traitement de la dysentérie par les lavements de bichlorure de mercure. — Le *Bulletin général de thérapeutique* a publié tout dernièrement un intéressant travail sur le traitement de la dysentérie par les lavements de bichlorure de mercure. M. Lemoine, ayant eu l'occasion de soigner un assez grand nombre de dysentériques, n'avait obtenu que des résultats médiocres en se servant de l'ipéca. Le calomel avait donné des succès, mais certains malades avaient résisté à l'emploi des médicaments ordinairement employés dans le traitement de la dysentérie. M. Lemoine pensa qu'il était utile d'essayer la valeur de la liqueur de Van Swieten. Cette médication a été appliquée aux cas les plus aigus.

Les lavements étaient composés de la façon suivante : au début la solution de sublimé était au *cinq-millième*, et on donna par jour deux à trois lavements de 200 grammes chacun. Bientôt M. Lemoine prescrivit deux lavements de 200 grammes, un le matin et un autre le soir, avec une solution au *trois-millième* (ces lavements étaient administrés chauds et n'étaient pas gardés par les malades plus de dix minutes.)

Les résultats obtenus ont été excellents. Parfois il a fallu recourir aux badigeonnages de cocaïne, pour calmer les épreintes dues à l'introduction de la canule.

Il n'y a eu aucun signe d'intoxication mercurielle. Les urines, examinées par le procédé de Merget, n'ont pas permis de constater les plus petites traces de mercure.

Les lavements hydrargyriques produisent un lavage antiseptique de la muqueuse intestinale, détergent les ulcérations et sont propres par là même à empêcher la résorption des produits putrides répandus à sa surface.

De l'influence de l'exercice corporel modéré sur la digestion. — Faut-il faire de l'exercice, faut-il rester au repos pour faciliter la digestion ?

Chomel écrivait : « On digère autant avec ses jambes qu'avec son estomac. »

M. Cohn a voulu étudier la question sur des animaux. Il a entrepris, dans le laboratoire du professeur Rossbach, des expériences dont le résumé se trouve consigné dans la *Presse médicale belge.*

M. Cohn a fait prendre à des chiens des repas composés de viande râpée et d'eau. Le contenu stomacal a été ensuite retiré avec la sonde à des heures déterminées, les animaux ayant été soumis à des conditions précises de repos et d'exercice.

Chez les chiens au repos, la digestion est en pleine activité une heure après le repas ; les liquides de l'estomac sont riches en acide chlorhydrique et en pepsine, pauvres en acide lactique ; au bout de deux heures, la digestion est plus avancée encore ; les quantités d'acide chlorhydrique et de peptone sont considérables ; il n'y a plus que des traces d'acide lactique. Au bout de six heures la digestion est terminée.

Quand les chiens ont été soumis à une promenade de deux heures après le repas, on ne trouve que des traces d'acide chlorhydrique et de peptone, mais de fortes quantités d'acide lactique. Ce n'est que cinq heures après le repas (les chiens ayant eu de nouveau un repos de trois heures) que la digestion est en train et que l'on trouve de l'acide chlorhydrique et de la peptone en notable quantité. Au bout de six heures, la digestion n'est pas encore terminée.

L'auteur conclut que, chez le chien du moins, l'exercice après le repas ne fait que ralentir le travail de la digestion.

C'est peut-être ainsi chez le chien ; mais l'expérience a démontré que l'exercice favorise singulièrement le travail de la digestion chez l'homme.

II

Traitement des exsudats du bassin au moyen de la compression élastique. — Le docteur Wernetz (d'Odessa) a appliqué la compression élastique au traitement des exsudats du bassin. Il enveloppe tout le bas-ventre au moyen d'une bande élastique, qui recouvre un bandage ouaté. La bande élastique s'étend du bord inférieur des côtes jusqu'aux trochanters et a pour but de maintenir dans l'immobilité tous les organes contenus dans le bassin.

S'agit-il de faire résoudre des exsudats péri-utérins, il faut exercer une contre-pression en tamponnant le vagin.

Ce traitement est applicable aux exsudats chroniques et non douloureux.

Dans la *Presse médicale belge*, on fait des réserves les plus formelles sur la valeur de ce traitement.

Sueurs nocturnes des phthisiques. — On connaît la difficulté que le praticien éprouve à faire disparaître les sueurs des phthisiques. On a employé, tour à tour, une foule de médicaments mais sans grand succès. L'agaric blanc ne donne que des résultats médiocres. Le sulfate d'atropine réussit mieux. M. le professeur Potain et M. Guyot, médecin de l'hôpital Beaujon, ont préconisé l'emploi du phosphate de chaux (6 grammes environ par jour). Tous ces moyens sont aléatoires, aussi a-t-on multiplié les recherches pour trouver d'autres médicaments capables d'arrêter plus sûrement encore les sueurs des tuberculeux. On trouve dans différents journaux (*Schmidt'Jhrb.* et *Nouv. Rem.*) la prescription suivante :

Donner chaque jour 2 à 5 grammes d'acide camphérique. Ce médicament n'aurait aucun inconvénient.

Lotions contre le prurit vulvaire (Percy).

Acide phénique.	1gr3
Teinture d'opium.	15 grammes.
Acide cyanhydrique	7gr5
Glycérine.	15 grammes.
Eau distillée.	120 —

Mêlez.

D'autre part, M. Scanlan indique comme un excellent remède, contre le même mal, les applications d'une pommade ayant pour formule :

Chlorhydrate de cocaïne. .	6 centigrammes.
Lanoline	30 grammes.

M. pour f. s. a. un onguent. Enduire la région vulvaire avec une petite quantité de cette pommade. (*Presse médicale belge.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 avril 1890. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATION

M. MONOD communique : 1° au nom de M. Dubrueil (de Montpellier), une observation de kyste hydatique suppuré de la mamelle; 2° au nom de M. Poncet (de Lyon), un court travail sur la stérilisation des sondes et bougies par la chaleur et sur la conservation aseptique des sondes préalablement désinfectées (1).

RAPPORTS

Blessure du cerveau. — **M. CHAUVEL** fait un rapport sur un travail envoyé à la Société de chirurgie par M. le docteur Chenieux.

Il s'agit d'un homme qui s'est présenté avec une plaie située à la région sourcilière et donnant issue à de la matière cérébrale. On retira douze esquilles de cette plaie. Plus tard on constata un corps solide qu'il fut impossible de saisir. Le blessé ne présentait aucun trouble de l'intelligence.

Quand M. Chenieux vit cet homme, la plaie, en partie cicatrisée, avait son siège entre le frontal et la cavité orbitaire. La plaie était en forme d'entonnoir et conduisait sur un corps métallique enclavé dans les os de la base du crâne. Ce corps étranger était un gros éclat de canon de fusil qui avait perforé le crâne et lésé le lobe gauche du cerveau. Ce malade avait une hyperesthésie de la partie antérieure du cou et de la poitrine.

Les suites de l'exploration pratiquée par M. Chenieux furent simples. Mais quelque temps après, cet homme eut des attaques épileptiformes qui entraînèrent sa mort.

Le point remarquable de cette observation, c'est l'extrême tolérance du cerveau. Ce malade n'eut pas d'encéphalo-méningite.

M. Chenieux crut prudent de ne pas intervenir, lors de l'apparition des accidents. Cette expectation n'est certes pas blâmable, mais peut-être n'eût-il pas été inutile de faire une ponction ou une exploration quelconque, de façon à constater si les phénomènes qui devaient entraîner la mort n'étaient pas dus à la présence d'une collection de sang ou de pus.

Gliome de la rétine. — **M. CHAUVEL** lit un rapport sur un mémoire de M. Lagrange.

M. Lagrange met en relief la bénignité de quelques cas de gliome de la rétine. Cette bénignité de la tumeur est peut-être due à une disposition anatomique spéciale.

Un enfant de sept ans, atteint de gliome de la rétine, subit l'énucléation de l'œil. Onze mois après l'opération, l'enfant n'avait aucune trace de récidive.

L'examen microscopique permit de constater que la tumeur n'avait pas franchi la rétine du côté externe, tandis que le gliome avait déjà atteint le corps vitré. Le nerf optique était respecté. La tumeur était développée aux dépens des éléments rétiniens.

D'après M. Lagrange, il y a lieu de séparer nettement deux espèces de tumeurs qui siègent dans des points différents, quoique très voisins : le gliome de la rétine et le sarcome de la choroïde.

Tandis que le sarcome de la choroïde a un pronostic extrêmement grave, le gliome de la rétine est compatible avec une survie prolongée. On aurait même observé des cas de guérison. Telle est l'opinion de M. Lagrange, contrairement à celle qui est professée par le plus grand nombre des ophthalmologistes.

Sur 94 cas de gliome de la rétine, on a pu relever 20 fois une longue survie. Les cas heureux sont ceux qui ont subi une opération précoce, c'est-à-dire dès le début du mal, ou du moins dès que le diagnostic a pu être posé.

M. Chauvel fait des réserves sur les cas de rétrocession de la tumeur mentionnée par un auteur anglais. Il se joint à M. Lagrange pour préconiser l'extirpation de l'œil, aussitôt que le diagnostic a été fait.

Cholécystotomie. — **M. TERRILLON** fait un rapport sur une observation de M. Chaput.

La malade, âgée de quarante-six ans, souffrait dans la région hépatique depuis trois ans. L'exploration permettait de constater l'existence d'une tumeur constituée par la vésicule biliaire. M. Chaput alla à la recherche de cette vésicule, l'ouvrit et reconnut un calcul engagé dans le canal cystique. Ce calcul était très adhérent et on dut le faire basculer avec un instrument pour l'enlever.

M. Terrillon a été en présence des mêmes difficultés dans un cas à peu près identique. Il dut se servir d'une pince à griffes pour extraire le calcul.

M. Chaput, avant d'extraire le calcul biliaire, a réuni le fond de la vésicule au péritoine, de façon à éviter l'épanchement de bile dans la cavité abdominale. M. Terrillon pense que cette précaution est inutile. Il a pu, dans plusieurs cas, s'en dispenser; il lui a été assez facile de se mettre à l'abri de l'accident redouté en attirant la vésicule hors de l'abdomen.

(1) Voir Ricard. De l'asepsie des instruments employés dans le cathétérisme de l'urèthre, *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 259.

Vers le huitième jour, M. Chaput a fait un avivement et a oblitéré la fistule biliaire qu'il avait créée.

Comme la vésicule était soudée à la peau, il fit l'abrasion de la muqueuse sur une certaine étendue. Après avoir disséqué la muqueuse de la vésicule, il pratiqua deux espèces de sutures : 1° une sur la muqueuse; 2° une sur la plaie abdominale. Le résultat de cette opération a été bon.

M. Terrillon pense que les indications d'oblitérer la fistule biliaire sont rares. C'est ainsi qu'il a fait huit opérations semblables à celle de M. Chaput, et jamais il n'a trouvé l'occasion de fermer la fistule quelques jours après. En effet, après la création de la fistule, tantôt la vésicule n'a plus de communication avec le canal cholédoque, tantôt celui-ci ne fonctionne pas. Dans les deux cas, le résultat est le même : la bile ne peut plus s'écouler dans l'intestin. Dans ces conditions, il n'y a pas d'obturation à faire.

En somme, l'opération faite par M. Chaput est bonne, mais les indications en sont rares. Il faut, en effet, pour être autorisé à obtenir une fistule biliaire, que le chirurgien soit certain de la perméabilité du canal cystique et surtout du canal cholédoque.

M. TERRIER. Dans les cas où la vésicule n'est en communication ni avec le canal cystique ni avec le canal cholédoque, il n'y a pas lieu de fermer la fistule. Celle-ci se ferme rapidement.

Mais, si la bile coule à l'extérieur, s'il existe une fistule biliaire, si l'oblitération du canal cholédoque détermine la stase de la bile et le reflux du liquide dans la vésicule, il faut essayer d'aboucher la vésicule à l'intestin.

M. Terrier rappelle l'histoire d'une femme à laquelle il a pratiqué cette opération. Après une assez longue survie, cette malade est morte. Les phénomènes d'oblitération du canal cholédoque étaient dus à un cancer de la tête du pancréas. La cachexie cancéreuse a causé la mort de cette femme, il y a un mois.

M. TILLAUX a fait la même opération. La vésicule biliaire a été mise en communication avec le duodénum. Il s'agissait d'un cancer du pancréas. L'opérée est morte de cachexie.

M. TERRILLON n'a pas voulu soulever cette question. Il veut simplement insister sur la fréquence des adhérences qui fixent la vésicule biliaire sur les organes voisins. Il croit que les indications de fermer la vésicule biliaire sont exceptionnelles.

Traitement de l'ectopie testiculaire. — M. RICHELOT. M. Tuffier (1), dans un travail récent, recommandait de traiter l'ectopie testiculaire par la traction et la fixation de la glande au fond des bourses. M. Tuffier, avec bon nombre d'autres auteurs, vante les bons résultats obtenus par l'orchidopexie.

M. Richelot pense que le traitement doit être plus complexe, si on veut maintenir le testicule en bonne situation.

La fixation de la glande séminale au fond des bourses ne doit pas être faite, car elle est inutile. L'ectopie récidive facilement, malgré cette fixation du testicule.

Quel est le but à atteindre dans toutes les opérations faites pour remédier à l'ectopie testiculaire? Il faut sauver les fonctions du testicule et empêcher la hernie de se produire.

La suppression du conduit vagino-péritonéal doit être pratiquée d'une façon systématique. Si la hernie congénitale existe, on fait la cure radicale. Si la hernie congénitale n'existe pas, la disposition congénitale n'en existe pas moins dans les cas d'ectopie testiculaire. Il faut donc supprimer le conduit vagino-péritonéal, de façon à prévenir l'apparition de la hernie. Dans les deux hypothèses, on doit agir sur le conduit vagino-péritonéal, soit pour faire la cure radicale, soit pour pratiquer la cure préventive de la hernie.

Quand on fait la cure radicale, dans les cas d'ectopie testiculaire, il faut disséquer très soigneusement le conduit vagino-péritonéal.

Dans la plupart des cas où la fixation de la glande séminale a été pratiquée au fond des bourses, on n'a pas tardé à constater que le testicule remontait vers l'anneau inguinal. Il remonte en entraînant dans son mouvement ascendant la peau du scrotum. Cela n'a rien d'étonnant; le scrotum n'est pas un point fixe.

La cure radicale de la hernie fixe mieux le testicule que l'orchidopexie. M. Richelot a vu, dans un cas, le testicule tomber au fond des bourses, un an après l'opération qui avait consisté simplement dans la cure radicale de la hernie.

Chez un enfant de trois ans présentant des phénomènes d'étranglement, M. Richelot a fait la cure radicale et a fixé le testicule au fond des bourses. Néanmoins, le testicule est remonté vers l'anneau.

Comment peut-on obtenir le maintien de la glande séminale à la partie déclive du scrotum? Par deux moyens : 1° par la section des fibres du crémaster; 2° par la fixation du cordon dans un point de son trajet.

Chez un garçon de vingt ans, présentant l'ectopie testiculaire double, M. Richelot a pratiqué l'opération suivante :

Il a fait tout d'abord d'un côté la cure radicale. Il a reconstitué la vaginale autour du testicule. La glande séminale a été isolée du tissu cellulaire, qui l'entoure depuis l'anneau inguinal jusqu'en bas. M. Richelot a dépouillé le cordon jusqu'aux vaisseaux, en réduisant le cordon à sa plus simple expression. Après ce temps minutieux de l'opération, il n'a pas fixé le testicule au fond des bourses, mais il a passé trois fils de catgut comme s'il voulait fermer le trajet inguinal, dans un cas de cure radicale de hernie. Mais les fils passaient à travers les couches superficielles du cordon et respectaient, autant que possible, le canal déférent et l'artère spermatique.

De l'autre côté, M. Richelot a disséqué le conduit vagino-péritonéal. Il a dépouillé le cordon de toutes les fibres celluleuses qui l'entourent et il a déposé simplement le cordon au fond du du scrotum, ou plutôt dans le tissu cellulaire creusé dans le scrotum avec les doigts. L'opérateur a enfin fixé le cordon depuis le canal inguinal jusqu'en bas.

Le résultat obtenu est bon et se maintient depuis le mois de février.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Il y a deux espèces d'ectopie testiculaire. L'ectopie testiculaire, qui existe chez l'enfant, tend à disparaître spontanément. Ces cas relèvent de l'opération préconisée par M. Tuffier, qui pense que le testicule ne descendrait jamais si le chirurgien n'intervenait pas. En opérant chez les jeunes sujets, on hâte, dans tous les cas, le moment où le testicule se placerait à la partie inférieure des bourses, si pareille éventualité devait se produire par les seules forces de la nature.

La fixation du testicule est une bonne opération, après massage qui amène la glande en bas. Dans un autre ordre de faits, le testicule est extraordinairement difficile à abaisser par le massage. Il faut alors tenter une opération plus compliquée.

S'il y a ectopie testiculaire et hernie congénitale, il faut pratiquer la fixation du testicule par en bas et faire la cure radicale de la hernie.

M. Lucas-Championnière a eu l'occasion de fixer le testicule au fond des bourses et de faire la cure radicale de la hernie en même temps. Cependant, le testicule a subi un mouvement d'ascension après cette opération.

Il faut fixer le testicule par en bas. Cela n'a aucune gravité. M. Lucas-Championnière fait la cure radicale, reconstitue la vaginale et suture la glande séminale à la partie déclive. Il enfonce la glande dans la cavité formée par les doigts dans le tissu cellulaire du scrotum. Il dissèque l'épididyme, détache le tissu fibreux, de sorte qu'il ne reste, pour ainsi dire, que le canal déférent pour suspendre le testicule. La section est complétée avec le secours des ciseaux et du bistouri. Malgré toutes ces précautions, le testicule remonte. Cependant, il est juste de dire que si la glande ne reste pas au fond des bourses, elle ne remonte jamais jusqu'au point où elle était avant l'opération. Le malade obtient donc un bénéfice, mais celui-ci n'est pas aussi considérable qu'on aurait le droit de l'espérer.

(1) TUFFIER. Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire, *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 349.

M. Lucas-Championnière ajoute qu'il lui a semblé que certains individus atteints d'ectopie testiculaire présentaient une brièveté peut-être congénitale du canal déférent. Il explique ainsi la difficulté qu'il a éprouvée à abaisser, par des tractions méthodiques et prolongées, le testicule en ectopie.

M. RECLUS a suturé le testicule au fond des bourses. Tous ses opérés avaient dépassé seize ans et étaient atteints de hernie congénitale. Les résultats n'ont pas été favorables. Il est vrai qu'il n'a pas fait des opérations aussi complexes que celles pratiquées par MM. Lucas-Championnière et Richelot. Il a essayé, dans tous les cas, de couper les brides qui rattachaient le testicule dans sa situation anomale. Il a fait des tentatives pour amener le testicule à la partie inférieure du scrotum. Il a pratiqué des sutures du testicule dans cette nouvelle position. La glande séminale a subi après l'opération un mouvement ascensionnel.

Toutes les opérations complexes, dont on parle, sont-elles utiles? M. Reclus ne le croit pas. Souvent le testicule ne vaut rien. C'est du tissu fibreux et non pas du tissu glandulaire. Dans un cas, M. Reclus a sacrifié le testicule. L'examen microscopique a démontré que la glande n'existait pas et que le testicule était transformé en une masse fibreuse.

M. Reclus est disposé à faire l'opération, dont parle M. Richelot, dans les cas où le testicule a des chances d'avoir conservé ses fonctions. Mais souvent la glande séminale est devenue inutile.

Il y a lieu de craindre que la fixation du cordon, à l'aide de fils constricteurs, n'ait pour résultat d'oblitérer la lumière de l'artère spermatique. L'atrophie de la glande ne sera-t-elle pas due à l'arrêt de la circulation?

M. MONOD a obtenu un beau succès en employant la méthode préconisée par M. Richelot. Mais M. Monod a fixé le testicule par en bas. Il est certain que l'opération peut être inutile. Cela arrive quand la glande séminale a subi une atrophie définitive. Mais, parfois, le testicule remis en bonne position peut récupérer ses fonctions physiologiques.

M. MARCHAND. Dans un cas, l'orchidopexie n'avait pas donné le succès qu'on en attendait. L'atrophie de la glande était manifeste. Le malade désirait se débarrasser de son testicule qui le gênait. M. Marchand l'a enlevé.

M. RICHELOT. M. Lucas-Championnière a fixé le testicule au fond du scrotum. La glande a entraîné le scrotum dans le mouvement ascendant qu'elle a subi après l'opération. Cela prouve que la fixation du testicule au scrotum n'empêche pas le déplacement de se produire. Il faut fixer le cordon, c'est là le point capital. On peut être à peu près sûr de ne pas prendre l'artère spermatique dans les fils. Si cet accident se produisait, cela aurait-il une grande importance? M. Richelot ne le pense pas.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. TUFFIER présente un fœtus calcifié qui a été extrait de l'abdomen par la laparotomie. On avait porté le diagnostic de fibrome de l'utérus. C'est un cas de grossesse extra-utérine remarquable.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 12 avril 1890, M. Hussenet, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour le 9e régiment de hussards.

— *Concours du Bureau central (médecine).* — Sont déclarés admissibles aux épreuves définitives:

MM. Babinski, Béclère, Bourcy, Charrin, Lebreton, Morel-Lavallée, Richardière, Robert, Siredey et Thibierge.

— Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 12 mai 1890, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours. — Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 3 mai 1890 inclusivement. — Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1890; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1893.

— *Faculté de Médecine de Paris.* — MM. les candidats ajournés avant le 9 juin 1890 sont informés que:

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 16 juin).

2° Les épreuves orales seront renouvelées: à partir du 16 juin, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai; — à partir du 1er juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 9 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront jusqu'au 3 juin 1890 inclusivement, dernier délai.

Les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 9 juin consigneront jusqu'au 17 juin 1890 inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

— M. le docteur Legroux, agrégé à la Faculté, reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des enfants, le mercredi 16 avril, à trois heures et demie, à l'hôpital Trousseau; il les continuera les mercredis suivants à la même heure.

— *Muséum.* — M. le professeur de Quatrefages, membre de l'Institut, commencera son cours le mardi 15 avril 1890, dans l'amphithéâtre d'Anatomie comparée, à trois heures, et le continuera les mardis et les samedis suivants à la même heure. — Il exposera d'abord très sommairement ce que sont l'espèce, la race et la variété chez tous les êtres vivants. Puis il passera en revue les principales théories transformistes, en insistant spécialement sur celles de Charles Darwin et de ses principaux disciples.

M. le professeur A. Milne-Edwards, membre de l'Académie des sciences, commencera son cours le mercredi 16 avril 1890, à deux heures. Le professeur traitera de l'histoire des mammifères au point de vue de leur organisation, de leur classification et de leur distribution géographique. — Les leçons auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à deux heures, dans la salle des cours de zoologie.

M. le professeur Albert Gaudry, membre de l'Académie des sciences, commencera son cours, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, le mercredi 16 avril 1890, à trois heures et demie, et le continuera le vendredi et le mercredi de chaque semaine, à la même heure. — Il fera l'histoire des êtres qui ont vécu dans les temps géologiques. Il traitera des fossiles des terrains secondaires.

M. le professeur des Cloizeaux, membre de l'Académie des sciences, commencera son cours le mercredi 16 avril 1890, à quatre heures trois quarts, dans l'Amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure. — Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des pierres.

La chimie et la pharmacie à l'Exposition universelle de 1889, par M. A. NIGOT, pharmacien de première classe, officier d'Académie. Broch. in-8° de 50 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

La suggestion, ses applications à la pédiatrie et à l'éducation mentale des enfants vicieux ou dégénérés, par le docteur Edgar BÉRILLON, secrétaire général du Congrès de l'hypnotisme. Broch. in-8° de 20 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 45. — JEUDI 17 AVRIL 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 17 AVRIL 1890. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après une intéressante communication de M. Doléris sur la métrite du corps et la métrite du col, M. Rochard a vu adopter, à l'unanimité, la proposition de réponse à faire par l'Académie sur le travail de nuit des femmes dans les manufactures et ateliers.

L'Académie avait été consultée par le président de la Commission de la Chambre des députés, chargée de l'examen du projet de loi sur le travail des enfants, des filles mineures et des femmes dans les établissements industriels, sur les conséquences que pourrait avoir sur la santé des femmes une loi les autorisant à travailler de nuit dans les manufactures, usines et ateliers.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Gros anévrysme latent de la partie inférieure de l'aorte thoracique; grippe; pseudo-pneumonie; hémorrhagie foudroyante; lésions intéressantes trouvées à l'autopsie.

Il y a quelques jours, j'ai examiné, devant vous, un homme de quarante-six ans, d'apparence médiocre plutôt que forte, et qui était couché au n° 11 de la salle Chauffard.

En janvier 1888, cet homme entrait dans le service de mon collègue M. Rigal. Les symptômes dominants étaient des palpitations et de l'oppression. On porta le diagnostic d'affection cardiaque. Sous l'influence du repos et d'un traitement approprié, la guérison survint. Cet homme quitta l'hôpital quinze jours après. Il y a donc deux ans de cela.

En mai 1889, ce malade fit un deuxième séjour à Necker, mais, cette fois, il entra dans mes salles.

Il se plaignait d'un point de côté qui avait débuté deux mois auparavant. Quoiqu'il n'eût rien dans le poumon, sa respiration était difficile, anxieuse et surtout lente. La tendance à la cyanose était marquée. Il avait une toux rare, sèche et quinteuse. Mais il se plaignait tout particulièrement de palpitations ayant débuté dès l'enfance. Quand on le vit à la consultation, on le prit pour un cardiaque.

En remontant dans son passé, on ne trouvait aucun signe de syphilis ni de rhumatisme.

Après quelques jours de repos à l'hôpital, les palpitations diminuèrent. On ne trouvait pas les signes d'une affection cardiaque nette. Il n'existait pas de véritable voussure à la région précardiaque. On constatait seulement l'impulsion brusque et forte du cœur, et l'exagération des claquements valvulaires. La pointe du cœur battait dans le cinquième espace. Mais il n'y avait ni souffle, ni arythmie, ni matité précordiale exagérée. A l'auscultation, l'exagération du fonctionnement cardiaque donnait l'illusion d'une hypertrophie cardiaque. Or, l'augmentation du volume du cœur n'était pas réelle.

En avant de la poitrine, la sonorité était exagérée et le murmure vésiculaire affaibli. Il y avait de l'emphysème pulmonaire. En arrière, les lésions étaient d'une interprétation plus délicate; à gauche, on constatait la diminution de la sonorité et l'obscurité de la respiration. A la base droite, la respiration était forte. C'était de la respiration supplémentaire. Le malade accusait à cet endroit une douleur persistante. Rien dans le poumon droit, ni dans la plèvre droite, ne pouvait expliquer cette douleur. Les points antérieur et latéral de la névralgie intercostale existaient nettement. Le diagnostic de névralgie était certain.

A la base du poumon gauche, on trouvait, outre les signes de l'emphysème pulmonaire, ceux de l'engouement pulmonaire, dans un point plus limité. La paroi thoracique du côté gauche était rétractée à sa partie inférieure et postérieure, comme s'il y avait eu anciennement de la pleurésie à ce niveau.

Quelques jours de repos et quelques révulsifs firent disparaître tous les symptômes. Le malade quittait l'hôpital huit jours après son entrée.

Deux points auraient pu fixer mon attention et m'imposer des réserves sur une maladie qui semblait légère. C'est d'abord l'intensité et la violence des palpitations. Celles-ci étaient telles que ce malade, à première vue, ressemblait à un cardiaque. Or, il ne l'était pas. Que pouvait donc avoir cet homme? Fallait-il incriminer les palpitations nerveuses? Mais les palpitations nerveuses éclatent sans cause provocatrice bien nette. Chez mon malade, les palpitations apparaissent à l'occasion des efforts, des mouvements violents.

Un deuxième point aurait pu me mettre en garde. Le malade avait maigri; ses forces avaient subi une diminution marquée. L'emphysème ne produit pas des effets sem-

blables. Au contraire, les emphysémateux ont de la tendance à l'obésité.

Les deux anomalies que présentaient cet homme sont : des palpitations violentes sans lésion du cœur et la rétraction du thorax avec de l'emphysème pulmonaire.

Le 27 décembre 1889, cet homme entra de nouveau dans mes salles. Il avait une grippe violente. Mais les accidents généraux étaient plus graves que ceux qui sont observés généralement. Il y avait de la cyanose, une dyspnée marquée et allant parfois jusqu'à la tendance à l'asphyxie. Les palpitations dont il se plaignait avaient une intensité et une violence extrêmes. La toux était très forte. Le pouls présentait des irrégularités. Le cœur avait des battements rapides et vigoureux. Je diagnostiquai une hypertrophie cardiaque. La fièvre oscillait entre 38 et 39 degrés. Je constatais l'existence de quelques râles disséminés dans les poumons, mais aucun signe de pneumonie. Les crachats étaient blancs, muqueux, tenaces, peu aérés. Je pensais à la congestion pulmonaire qui, dans le cours de la grippe, venait aggraver l'emphysème et l'hypertrophie cardiaque.

Sous l'influence de l'extrait thébaïque et de la digitale, l'amélioration fut rapide. En même temps que la fièvre s'abaissa et tomba même à la normale, des crachats rouillés apparurent, à mon grand étonnement. Cette expectoration survint sans qu'il y ait eu ni dyspnée ni point de côté.

Au côté gauche de la poitrine, je trouvai de la submatité déjà constatée dans un examen précédent, mais pas de souffle ni de râles fins. Il y avait de gros râles seulement.

Les crachats rouillés furent très abondants et persistèrent pendant quinze jours, mais ils présentèrent des modifications de couleur, habituellement observées dans les ecchymoses. Ces crachats ecchymotiques passèrent du rouge à des teintes jaunâtres, verdâtres, jusqu'à ce que l'expectoration devînt incolore.

Ces teintes successives, l'apyrexie et l'absence de signes physiques et généraux m'avaient frappé. Ce n'était pas une broncho-pneumonie grippale caractérisée, au bout de quarante-huit heures, comme vous avez eu l'occasion de le voir souvent, par une expectoration muco-purulente ressemblant à celle des tuberculeux.

A partir du 10 janvier, l'amélioration est manifeste. Mais le malade se sent faible; il a de la diarrhée. Du 15 au 20 janvier, le mieux s'accentue, le malade se lève. On croyait qu'il était en pleine convalescence. Le 20 janvier, il éprouve du malaise, un état nauséeux, une sensation de défaillance. Tout cela disparaît pendant la journée. Le malade s'endort, et il est réveillé, dans la seconde moitié de la nuit, par un flot de sang qui s'échappe par sa bouche. Il vomit une grande cuvette de sang et meurt.

Ce dénouement inattendu nous fit penser, un peu tard, à l'existence d'un anévrysme de l'aorte.

Autopsie. — L'examen microscopique a démontré l'existence d'une énorme tumeur anévrysmale, située à la partie inférieure de l'aorte thoracique. Les anévrysmes qui occupent la crosse aortique donnent naissance à des symptômes de compression et à des signes stéthoscopiques, qui ne peuvent guère passer inaperçus. L'anévrysme détermine des crises atroces de gastralgie, des douleurs irradiées jusqu'au niveau du testicule, qui subit parfois une rétraction marquée. Mais la tumeur anévrysmale, qui siège à la partie inférieure de l'aorte thoracique, n'est en rapport qu'avec des organes qui se laissent comprimer sans trop réagir. En arrière, l'anévrysme est en rapport avec les vertèbres; en avant, avec les organes situés à la partie inférieure du médiastin postérieur. Ces anévrysmes se développent sans donner naissance à de grands symptômes.

Chez cet homme, le sac anévrysmal était en rapport avec les 5e, 6e, 7e, 8e, 9e et 10e vertèbres cervicales. Le grand axe de la tumeur était vertical, ou mieux légèrement oblique. La tumeur refoulait l'œsophage sans le comprimer. Le sac avait 13 centimètres de haut en bas et 6 à 7 d'avant en arrière. Son volume était comparable aux deux poings d'un adulte. Le sac, aminci sur certains points, était athéromateux sur d'autres. Il ne présentait aucune solution de continuité. Il contenait des caillots mous, cruoriques, et quelques caillots fibrineux localisés au côté droit.

Le sac communiquait à l'aorte par deux orifices. L'orifice supérieur ne se continuait pas à plein canal avec l'aorte. Au niveau de l'orifice supérieur existait un éperon valvulaire de 2 centimètres. Cet éperon diminuait le calibre de l'aorte à la partie supérieure du sac et devait amortir le choc du sang sur les parois de l'anévrysme. Grâce à ce rétrécissement aortique, il y avait probablement stagnation sanguine dans la poche. Au-dessous de ce point, le sac était en contact avec la bronche gauche, et présentait un certain degré de rétrécissement. L'orifice inférieur du sac se continuait sans bride avec l'aorte. Le sac s'est formé aux dépens de la paroi postérieure de l'aorte. Il s'est fait un travail d'usure qui a porté sur le sac et sur les vertèbres. A la fin de la vie de cet homme, les vertèbres constituaient la paroi de la tumeur anévrysmale. Cinq vertèbres étaient dénudées et creusées. Le sang menaçait de faire irruption dans le canal rachidien. Fait digne de remarque, les disques intervertébraux, ayant résisté au travail destructeur, formaient des ponts dominant les vertèbres érodées. Ces corps vertébraux étaient plus usés du côté droit que du côté gauche. (Il est bon de rappeler que la névralgie intercostale avait siégé à droite.) En avant, le sac épaissi était adhérent au tissu cellulaire œsophagien.

Latéralement, la tumeur répondait aux poumons. C'est sur les parties latérales qu'a été le point de départ de l'hémorrhagie foudroyante. Tous les rameaux bronchiques étaient pleins de sang. Le poumon droit était doublé d'une épaisse couche de tissu fibreux. Le tissu pulmonaire était sain. Cependant, il faut y signaler les lésions de la bronchite et de la congestion pulmonaire. Tout cela était sous la dépendance, non du sac, mais de la grippe.

A gauche, la paroi anévrysmale n'existait pour ainsi dire pas. La paroi n'avait guère qu'un millimètre. Le poumon était atteint d'actélectasie ancienne. Le lobe inférieur, carnifié, présentait une infiltration sanguine diffuse. On ne trouvait pas de déchirure; il ne s'était fait aucune effraction brutale. Aucune communication n'existait entre les bronches et le sac, mais les poumons étaient infiltrés.

Il est probable que le tissu pulmonaire, battu en brèche par le sang, et devenu friable, s'est laissé envahir progressivement par le sang qui a pénétré de proche en proche et s'est infiltré. A la base du poumon, il y avait de l'hépatisation rouge en train de suppurer. C'est la grippe qui a produit cette hépatisation. Celle-ci a rendu le tissu pulmonaire friable et a favorisé l'infiltration sanguine.

Les autres viscères étaient normaux. Le cœur, non hypertrophié, n'avait aucune lésion. L'aorte était à peu près normale, au-dessus et au-dessous de l'anévrysme.

Pouvait-on soupçonner cet énorme anévrysme? Le malade qui le portait avait été soigneusement examiné par M. Rigal et par moi. Tous deux, nous avions cru à l'existence d'une affection cardiaque. Or, celle-ci n'existait pas.

Les symptômes cardiaques étaient dus à la disposition spéciale de l'anévrysme. Sous l'influence d'un effort, le sac s'emplissait outre mesure. La poche en se dilatant comprimait le poumon et le sang contenu dans le sac refoulait l'éperon qui diminuait d'autant l'orifice supérieur de l'anévrysme. La compression du poumon, d'une part, le rétrécissement de l'aorte, de l'autre, donnaient naissance à ces violentes palpitations.

Le cœur n'était pas augmenté de volume, malgré la présence de cet obstable. Stockes avait déjà écrit que l'existence d'un anévrysme aortique, même volumineux, n'avait aucune action sur le cœur.

En effet, le cœur ne s'hypertrophie pas, parce qu'il y a un anévrysme sur son trajet. Pour qu'il y ait hypertrophie cardiaque, il faut que le cœur soit malade intrinsèquement. Ce sont les lésions du cœur qui déterminent son hypertrophie.

Vous remarquerez que le phénomène douleur n'existait pas. La névralgie intercostale n'a été que passagère. Les vertèbres ont pu s'user sans produire aucune souffrance. La douleur n'est pas constante dans l'anévrysme aortique. Elle est cependant la règle. Quand les corps vertébraux sont détruits, on provoque de la douleur quand le malade redresse sa colonne vertébrale. Quelques-uns de ces malades ne peuvent être soulagés que s'ils gardent la position courbée en avant.

Le rétrécissement de la paroi thoracique gauche aurait pu, à l'extrême rigueur, appeler mon attention sur l'aorte. Magne, en effet, a signalé cette déformation dans un cas où l'anévrysme aortique avait été pris pour une pleurésie enkystée. Le rétrécissement de la paroi prouve simplement que le poumon est atélectasié. Or, cette lésion peut être produite par différentes causes (pleurésie, broncho-pneumonie, etc.).

Si j'avais eu l'idée d'examiner comparativement les pulsations de l'artère radiale et de la fémorale, j'aurais probablement trouvé un retard dans le pouls fémoral, et j'aurais pu faire le diagnostic de l'anévrysme.

Je vous rappelle le caractère hématique des crachats. Ce n'était pas un fait vulgaire. L'infiltration sanguine gagnait de proche en proche le parenchyme pulmonaire. Entre le tissu pulmonaire et la cavité de la poche, il a dû se faire des échanges par diapédèse. Les crachats rouillés n'étaient que l'indice d'une pseudo-pneumonie.

La grippe a altéré et affaibli le parenchyme pulmonaire. Sous l'influence des secousses de toux, de la fièvre, etc., la circulation a été plus active. Donc, d'une part, faiblesse plus grande du tissu pulmonaire et tension plus forte dans la poche anévrysmale. Voilà ce qui a produit cette hémorrhagie foudroyante.

La mort est due à une complication collatérale et secondaire de la grippe. Si l'influenza n'avait pas atteint cet homme, il aurait pu vivre plusieurs mois encore. C'est ainsi que la grippe a tué les cardiaques, les phthisiques, les albuminuriques, tous ceux qui avaient — passez-moi l'expression — une fêlure.

DE LA RUBÉOLE (1)

Par M. Ed. Juhel-Rénoy, médecin des hôpitaux.

II

Obs. III. — Le 2 mars 1890, je suis mandé chez ma cliente, Mme de C..., pour voir sa fille aînée Germaine, qui est « toute rouge ». Jeune fille de quatorze ans, que je trouve levée, ne se plaignant que d'un peu de picotement et de démangeaison. Yeux injectés, larmoyants, face couverte d'une éruption rubéolique. Je pense à une récidive tout d'abord de rougeole, car j'ai soigné, il y a quatre ans, cette enfant pour ce motif. Mlle de C... est mise au lit et je constate sur le reste du corps, tronc, dos, bras, jambes, une éruption papuleuse semblable à celle de la face, très confluente et en certains points se présentant sous l'aspect de vastes plaques érythémateuses d'apparence scarlatineuse. A part l'injection conjonctivale, toutes les muqueuses sont saines. Température 37°4. Les prodromes ont consisté en un peu de malaise la nuit, et un manque d'appétit hier au soir. J'explore les ganglions du cou et constate une tuméfaction très intense; ceux de la nuque se voient à l'œil nu, tandis que les ganglions jugulaires sous-maxillaires, nettement tuméfiés, demandent à être recherchés. Dans l'aisselle droite et les régions inguinales, gros ganglions. Je porte de suite le diagnostic de rubéole et je demande l'isolement de l'enfant, car trois autres sœurs sont en train de jouer avec la malade lors de ma visite.

Le 3 mars, les ganglions sont plus douloureux et plus gros, l'éruption pâlit à la face, les démangeaisons se calment et à la loupe une petite desquamation pityriasique apparaît.

Le 5 mars, l'enfant, préalablement onctionnée de vaseline boriquée, est baignée, frictionnée à l'alcool, et le 6 mars elle est guérie, les ganglions cervicaux restent seuls douloureux, ainsi que le ganglion axillaire droit, et au moment même de la rédaction de cette observation (20 mars), on les sent encore.

Le 14 mars, je suis rappelé chez Mme de C... pour voir sa seconde fille Christine, qui, à son tour, est atteinte de rubéole, mais d'une façon atténuée. L'enfant a eu la rougeole il y a sept ans, et la scarlatine il y a cinq ans. Éruption généralisée, mais sortant mal, aucun catarrhe ni angine. Température 38°,1. Céphalée assez vive.

Éruption de type rubéolique, chaîne ganglionnaire cervicale légère, mais évidente, intégrité de tous les appareils.

Le 17, la peau est normale, la desquamation impossible à constater. L'enfant est baignée. Le 20 mars, les ganglions sont le seul indice de la maladie dont vient d'être atteinte l'enfant.

Le 17, la troisième enfant, Jacqueline, est également atteinte. Éruption très discrète, aucun catarrhe des muqueuses, un vomissement la veille, et un peu d'agitation nocturne. Température 37°8. Éruption plus faible encore que celle de la précédente, petite chaîne ganglionnaire sus-claviculaire, disparition de tous les phénomènes. Le 20 mars, l'enfant est levée, baignée.

Le 18, la dernière fillette, Marie-Thérèse, est prise aussi, c'est la plus intéressante au point de vue de l'incubation, car elle n'a eu aucun rapport avec d'autres personnes que ses sœurs, qui, elles toutes trois, fréquentent l'école Monceau.

Enfant de deux ans et demi, couverte d'une belle éruption de papules petites, un peu saillantes, laissant très manifestement des intervalles de peau saine entre elles : aucun catarrhe des muqueuses. Température 37°6, appétit conservé, gaieté parfaite. Quelques petits ganglions sur les parties latérales du cou.

Il est de toute évidence, pour cette dernière enfant, que la contagion s'est effectuée par l'intermédiaire de ses sœurs. Or, l'aînée a été prise le 2 mars et la petite Marie le 18, un intervalle de quinze jours s'est donc écoulé; comme, d'autre part, les deux autres ont été atteintes à des délais plus rapprochés (quatre jours, deux jours), il est permis de soupçonner que, dès le début, Marie de C... a été contagionnée par sa sœur Germaine, et qu'ainsi

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 386.

l'incubation probable de la rubéole peut être fixée à quinze jours.

Ces quelques faits me paraissent suffisants pour trancher la question de la soi-disant hybridité de la rubéole. Quatre de mes malades avaient eu la rougeole, la scarlatine ; chez aucun, le diagnostic n'a pu être hésitant, aucun d'eux n'a présenté les caractères même d'une rougeole ou scarlatine frustes. Ce ne sont donc pas des récidives de rougeole ou de scarlatine.

Kassowitz, qui a vu soixante-quatre cas de rubéole, déclare qu'aucun ne s'est transformé en rougeole ; je ferai remarquer, d'autre part, que l'existence antérieure d'une rougeole ou d'une scarlatine ne préserve pas de la rubéole, nouvelle preuve de son autonomie. Ce n'est pas une roséole estivale, et la confusion, faite avec cette maladie par Trousseau, par Gubler, me paraît impossible, si l'on se rapporte aux caractères que je résume.

Étiologie. — C'est une maladie probablement moins rare qu'on ne le dit chez nous, mais certainement plus fréquente en Angleterre, en Amérique et en Allemagne. C'est de mars à mai qu'on l'observe, elle sévit surtout dans les écoles.

Dans l'enquête à laquelle je me suis livré à propos de quatre cas observés dans une même famille, j'ai appris, grâce à l'obligeance de notre collègue, M. le docteur Lecorché, et d'un autre médecin de la ville, M. le docteur Niderkorn, que, dans l'école fréquentée par mes jeunes clientes, des cas très nombreux de rubéole, — j'insiste sur le mot, car M. Lecorché avait aussi porté ce diagnostic chez ses petites clientes, — avaient été vus. Voici ce que m'écrit M. Lecorché : « Deux filles, les plus âgées, ont été prises de rubéole, ce sont celles qui vont à l'école Monceau, quatorze et onze ans; leur jeune sœur de quatre ans n'a pas eu de roséole, mais un peu de mal de gorge avec ganglions cervicaux. Chez les deux fillettes, l'éruption était généralisée, face et corps, sans fièvre; la durée a été de deux à trois jours, pas de catarrhe bronchique, appétit conservé. Les cousines de ces fillettes ont été prises, le lendemain du jour où leurs cousines étaient atteintes. Ici encore, éruption abondante, mais fièvre intense, une nuit (40 degrés); durée de l'éruption deux à trois jours. Le frère n'a pas eu d'éruption, mais les ganglions ont été fortement pris. Enfin, une cousine des enfants B... et F..., jeune fille de dix-sept ans, a été prise cinq jours après de la même éruption; j'ajoute que ces enfants se voyaient presque journellement. »

M. le docteur Niderkorn n'est pas moins affirmatif dans sa description : « Appelé le samedi 1er mars pour l'aînée des filles de M. H..., père de sept enfants, je ne constate qu'une éruption en partie effacée, qui ne me permet pas de poser un diagnostic ferme. J'ai banni l'idée de rougeole et de scarlatine et hésité entre roséole et érythème scarlatiniforme. Le 16 mars, les six autres enfants venaient d'être pris d'une éruption semblable à celle de leur sœur aînée. Taches rosées couvrant le corps avec intervalles de peau saine, quelques papules rouge violacé ressemblant à une éruption de scarlatine. Rougeur faible des conjonctives. Apyrexie. Chapelet ganglionnaire prononcé, même visible à l'œil le long du sterno-cléido-mastoïdien. Les sept enfants ont présenté d'une façon très marquée ce dernier caractère, même ceux dont l'éruption a été la plus légère. J'ai porté le diagnostic de roséole, car, au printemps dernier, cinq de ces enfants ont eu la rougeole. »

Ainsi donc, dans l'espace de trois semaines, dans une école qui reçoit peu d'élèves, voici seize cas à ma connaissance, cela me paraît suffisant pour affirmer la haute contagiosité de la maladie et sa rareté relative; en un mot, je pense qu'on persiste à appeler roséole, des cas très nets de rubéole, et l'affirmation de Kaposi et de nombreux auteurs allemands, dont Hébra, que l'existence de la rubéole ne doit pas être admise, me paraît tout à fait fausse.

L'incubation me semble pouvoir être fixée à quinze jours. C'est un délai qui se rapproche de celui indiqué par Bondet (douze à quatorze jours), le même que celui de Lewis Smith. M. le professeur Jaccoud pense qu'il peut être retardé jusqu'à vingt jours.

Les prodromes sont courts ou nuls : durant un jour ou deux, fébricule, céphalée, vomissements; cependant, il n'est que juste d'indiquer que, dans leurs traces, Bourneville et Bricon ont vu la fièvre s'allumer, que MM. Desnos, Lecorché ont noté des températures de 40 degrés.

L'invasion est toujours brusque, l'enfant passe de la santé à la maladie presque sans transition; l'éruption se fait en un jour ou deux, disparaît en trois ou cinq jours.

Les démangeaisons sont souvent notées, la desquamation faible. Enfin, le gonflement des glandes sub-auriculaires et jugulaires est la règle.

Telle paraît être la marche de la rubéole bénigne, la seule que j'aie vue et dont l'épidémie qui fait le sujet de cette communication a été certainement la preuve; il convient d'ajouter qu'en Allemagne, on paraît avoir observé quelques faits de Rœtheln grave, terminés par la mort. A ma connaissance, il n'existe pas, dans la littérature médicale française, d'observations de ce genre, mais il est bon d'en être prévenu, car cela permet d'affirmer une fois de plus l'autonomie de la rubéole, qui présenterait ainsi, comme ses voisines, les fièvres éruptives, des formes graves et légères.

Comment doit-on classer la rubéole ? Est-elle, comme on l'a dit, à la rougeole ce que la varicelle est à la variole? C'est possible, si, dans cette comparaison, on a voulu faire entendre qu'il n'y avait que des ressemblances objectives et non pathologiques.

Je me crois donc en droit de tirer les conclusions suivantes, de l'étude des observations précitées :

La rubéole est un exanthème contagieux, certainement parasitaire comme le démontreront un jour les études bactériologiques, dont la transmission s'opère avec une facilité aussi grande que la rougeole; comme cette dernière, elle paraît affectionner l'enfance (Obs. III), mais n'épargne nullement l'âge adulte (Obs. I et II). Son incubation semble être de quinze jours.

Les caractères de l'éruption sont le polymorphisme avec prédominance du type morbillo-scarlatiniforme. Elle apparaît brusquement, presque sans prodromes, s'accompagne exceptionnellement de catarrhe des muqueuses et, dans la généralité des cas, trouble peu l'état général. Cette discordance est capitale pour le diagnostic de la rubéole d'avec les autres fièvres éruptives.

Les adénites multiples paraissent constantes, et sont l'élément de diagnostic le plus important; elles peuvent précéder l'éruption de plus de huit jours (Obs. II); la desquamation est toujours légère, la marche rapide, la guérison la règle.

Il convient d'isoler les malades et d'exiger, pour leur rentrée dans les écoles, les certificats usuels aux maladies contagieuses.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la chlorose.

Par M. le docteur Delmis.

Lorsqu'il s'agit d'établir les indications d'un état chloro-anémique plus ou moins prononcé, le fer s'impose sans exception et sans restriction comme le remède spécifique; néanmoins, diverses règles doivent être suivies dans toute médication anti-chlorotique.

La première réside dans le choix de la préparation ferrugineuse, qui doit avant tout être facilement absorbable et empruntée aux protosels; parmi ces derniers, il faut mentionner en première ligne le *proto-iodure de fer, le seul parmi les ferrugineux qui passe indécomposé dans la plupart des liquides sécrétoires de l'économie* (1).

Une seconde règle consiste à adopter un ferrugineux qui ne soit pas capable d'exciter l'estomac; elle est encore réalisée par le *proto-iodure de fer*, qui réunit, en outre, le triple avantage de ne pas noircir les dents, de ne pas dénaturer la sensibilité gustative, de ne pas constiper, de détruire même la constipation.

Le proto-iodure de fer, chez un chlorotique adulte, doit être prescrit d'emblée à une dose de 20 à 40 centigrammes. Cette doctrine des doses ferrugineuses fortes, enseignée par la clinique, est confirmée par l'expérimentation hématométrique, dans le passage qui suit, extrait d'un ouvrage magistral récent : « On compte chez un adulte environ 3 grammes de fer dans la masse totale du sang, il en résulte, d'après les chiffres concernant la richesse globulaire dans la chlorose, que la quantité de fer descend au moins à la moitié, lorsque l'anémie est de moyenne intensité, et au tiers et même au quart lorsque l'anémie atteint le troisième degré, ce qui est fréquent. Comme la chlorose n'est guérie, au moins passagèrement, qu'au moment où le sang est réparé complètement, la quantité de fer que les globules doivent fixer est de 1gr50 dans les cas ordinaires; de 1gr75 et même 2gr50 lorsque l'anémie est intense (2). »

Le proto-iodure de fer, ferrugineux polymorphe, est d'indication rationnelle dans la chlorose classique; son action réparatrice du sang commence à partir du dixième au quinzième jour à produire des symptômes appréciables, et elle est accomplie dans un délai de six semaines à deux mois; les récidives de chlorose, traitées par le proto-iodure de fer, sont rares et éloignées.

Mais la supériorité du proto-iodure de fer, qui est un iodique non moins qu'un ferrugineux, ne se limite pas à la chlorose cardiaque ou dyspeptique; ce précieux sel est encore considéré comme le reconstituant hématique par excellence dans les chloroses, compliquées de lymphatisme et de scrofulose; c'est lui qu'on doit préférer, en raison de sa rapidité d'action thérapeutique, dans les cas de chlorose fébrile ou d'anémie pernicieuse; en pareille occurrence, M. le professeur Jaccoud le préconise associé au quinquina (3).

M. le professeur Lebert (4), MM. Hérard et Cornil (5) regardent le proto-iodure de fer comme le meilleur ferrugineux qu'on puisse employer dans l'anémie tuberculeuse et *a fortiori* pré-tuberculeuse, où son intervention se montre souvent curative, par suite des propriétés aseptiques et antimicrobiennes spéciales à ce puissant modificateur.

La sélection du cachet de la préparation de proto-iodure de fer ne doit pas demeurer indifférente au médecin; car l'iodure de fer officinal, essentiellement instable, est presque toujours impur et mélangé d'iodate ou d'iode libres, qui irritent les voies digestives. Aussi le médecin qui n'ignore pas cette circonstance, lorsqu'il conseille l'Iodure de fer, désigne-t-il les *produits d'Iodure de fer de F. Gille* (1) qui, sous forme de *dragées* ou *sirop*, constituent un iodo-ferrugineux d'une préparation parfaite et d'une efficacité incontestable.

(1) Claude Bernard. Leçon au Collège de France du 20 février 1855.
(2) Hayem. *Du sang et de ses altérations anatomiques.* Paris, 1890.
(3) Jaccoud. *Clinique médicale*, 1885, p. 402 et suiv.
(4) Lebert. *Traité clinique de la pthhisie pulmonaire*, p. 555 et suiv.
(5) Hérard et Cornil. *Phthisie pulmonaire*, p. 817.

(1) Nous savons que des contrefaçons sont souvent substituées aux véritables préparations formulées par le médecin; nous ne saurions trop recommander à nos confrères de s'assurer de la stricte et loyale exécution de leurs ordonnances, aussi bien dans l'intérêt de leur réputation que dans celui de la santé de leurs clients.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 avril 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Lucas-Championnière et Charles Monod à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale; de M. Dieulafoy, à la place vacante dans la section de pathologie médicale; de M. Marvaud, médecin principal de première classe, au titre de correspondant national;

2° Des travaux de M. Montenis (de Dunkerque); de Mlle Gassin (de Toulon); de M. Crié (de Rennes); de M. Robert, médecin-major de deuxième classe; de M. Dicquemare, médecin aide-major de première classe; de M. Schmidt, médecin-major, et de M. le professeur Leloir (de Lille).

COMMUNICATION

Métrite du corps et métrite du col. — M. Doléris. Depuis que, il y a près de six ans, j'ai déposé à l'Académie un pli cacheté, concernant le traitement de la métrite par l'écouvillonnage antiseptique de la matrice, la question s'est agrandie de jour en jour. Je voudrais aujourd'hui chercher à résoudre quelques-uns des desiderata de la thérapeutique intra-utérine.

Le traitement des affections génitales par une opération unique est un objectif illusoire qui doit être mis hors de discussion. Dans l'espèce, et en qui concerne purement la métrite, il ne s'agit pas, en effet, de décréter que telle intervention répond à toutes les nécessités morbides et que telle autre est superflue. Adopter exclusivement la curette ou l'écouvillon, rejeter la dilatation préalable, négliger les lavages antiseptiques intra-utérins, vanter l'usage de tel ou tel topique caustique après le curage, uniquement parce que les résultats opératoires n'ont pas été fâcheux, ne prouve pas la légitimité et le bénéfice de ces pratiques exclusives, dans leur résultat thérapeutique. De mes recherches, poursuivies pendant dix ans, j'ai tiré la conclusion que c'est justement dans la combinaison de ces actes opératoires, je pourrais dire dans l'ordonnance méthodique et réglée d'une technique, qui n'est jamais ni trop soigneuse ni trop méticuleuse, que j'ai trouvé la solution du problème. Le curage de l'utérus, ainsi compris, n'est plus une opération, c'est une méthode, à chacun des éléments de laquelle échoit un but à réaliser. Là est la seule différence de la pratique française actuelle avec celle d'autres pays, où cependant la gynécologie a reçu depuis longtemps une vive impulsion. Là est aussi, à

mon avis, la supériorité que nous pouvons revendiquer hautement.

Que peut-on demander à la curette, si ce n'est exclusivement l'abrasion de la muqueuse du corps de l'utérus qui est, de sa nature, molle, comme pulpeuse, caduque, et que le plus petit effort détache du plan musculaire sous-jacent. Prétendre, en râclant avec un instrument mousse ou même tranchant, atteindre les diverticules du col utérin noyés au sein des travées du stroma, les follicules anfractueux où se réfugient et se continuent de préférence les processus morbides, est une illusion que les simples notions anatomiques suffisent à détruire. Quatre ans de pratique, depuis que j'ai publié mes premiers travaux sur ce sujet, m'ont confirmé dans l'opinion de la nécessité d'un traitement spécial pour la métrite du col de l'utérus, en raison des premiers insuccès du curage.

Néanmoins, ces notions sont restées dans un domaine assez restreint; la plupart des insuccès du curage, allégués par ses adversaires comme par ses partisans, sont attribuables à la négligence de la distinction de la métrite suivant son siège, c'est-à-dire en métrite du col et métrite du corps.

La muqueuse du col utérin malade depuis peu de temps est parfois, à la vérité, susceptible d'une thérapeutique très rationnelle, conservatrice, basée sur la poursuite du processus morbide préalablement mis en évidence par une large dilatation du conduit cervical. Cette dilatation, parfois négligeable quand il s'agit du corps de l'utérus, je la crois indispensable pour le traitement de la métrite du col; elle prépare à la curette et aux topiques appropriés un travail efficace dans quelques cas. Pour peu que l'endométrite cervicale soit tant soit peu invétérée, il n'y a plus qu'un remède, l'abrasion nette et régulière de la muqueuse du col par une opération plastique au bistouri.

Je me bornerai aujourd'hui à signaler, à ce sujet, l'usage d'un instrument destiné à aider le travail de la curette, lorsque l'on se borne à celle-ci; c'est un scarificateur à lames multiples, une sorte de herse coupante dont les dents servent à dilacérer en tous sens les saillies persistantes, les follicules à parois épaissies qui forment, à la surface de la muqueuse étalée, comme un semis de granulations miliaires accessibles au doigt. Est-il besoin de faire remarquer que, sans la dilatation préalable, la constatation de ces diverses productions à l'aide du doigt, la notion de leur siège et de leur profondeur, la destruction enfin par l'instrument seraient tout à fait impossibles?

Une autre cause d'échec du curage est l'existence d'une déviation de la matrice. J'ai décrit ailleurs l'utilité de la gymnastique utérine par la dilatation répétée; mais détruire les muqueuses, faire le curage pour ramener en antéversion une matrice rétrofléchie, me semble une prétention injustifiable. Ici l'élément métrite, cortège habituel des déviations, doit passer le plus souvent au second plan. D'autre part, le rôle de la dilatation et de la curette en matière de déviation est réel et l'emploi de ces procédés n'est pas négligeable, mais il n'est pas curatif. Je pense donc qu'il est injuste de faire figurer au passif du curage les insuccès de cet ordre. J'en dirai autant des lésions des annexes. Le curage n'a d'effet immédiat, certain, que sur la muqueuse, tandis que ses effets médiats sur les annexes, sur la musculature, l'innervation, la vascularisation, etc., sont au moins problématiques et doivent toujours être prudemment réservés. Ici le vrai mérite de notre méthode moderne est de ne point aggraver les lésions périphériques.

Quant au parallèle du curage avec les méthodes de cautérisation, il ne faut pas perdre de vue que l'avenir de la gynécologie est surtout dans l'objectif physiologique; l'entretien de la fonction lorsqu'elle est intacte, sa restauration lorsqu'elle est compromise réalisent le but le plus haut que le praticien doit viser. Or, le cautère actuel sur le col, les caustiques violents à demeure dans la cavité du corps, sont sans contredit les plus parfaits destructeurs de la vie physique de l'utérus; à leur action caustique succèdent le bourgeonnement et la suppression de la muqueuse; d'où les atrésies dans les trois cinquièmes des cas, la stérilité, la perte de la fonction.

D'autre part, cautériser un col érodé, un ectropion cervical, c'est créer une cicatrice d'épithélium pavimenteux, un vernis artificiel, sur une muqueuse sécrétante; c'est du même coup supprimer la sécrétion, enfermer profondément le processus morbide et créer un processus folliculaire scléro-hypertrophique souvent kystique, cent fois plus sévère que la lésion initiale.

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Tarnier et Polaillon.)

RAPPORT

Travail de nuit des femmes. — M. **ROCHARD** donne lecture de la réponse suivante, proposée à l'Académie par la commission du travail des femmes dans les manufactures et les ateliers.

« Une loi qui autoriserait les femmes à travailler la nuit dans les manufactures, usines et ateliers, aurait pour leur santé les conséquences les plus désastreuses, en se tenant, bien entendu, sur le terrain exclusif de l'hygiène. »

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les élèves et amis du regretté professeur Damaschino ont décidé de lui élever un buste destiné a être placé dans la salle des Actes de la Faculté de médecine.

Le comité de souscription est composé ainsi qu'il suit : MM. Henri Roger, ancien président de l'Académie de médecine, président; les professeurs Charcot et Brouardel; Gouguenheim, médecin de Lariboisière; Bardoux, sénateur; Francis Charmes, député; Pauly, conservateur-adjoint de la Bibliothèque nationale, membre fondateur de la Société des anciens élèves du Lycée Henri IV.

Les souscriptions sont reçues chez les secrétaires du comité, MM. les docteurs Letulle, 124, boulevard Saint-Germain, et Gilles de la Tourette, 14, rue de Beaune.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Hallopeau, licencié ès sciences, préparateur adjoint du laboratoire de chimie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé préparateur du cours de chimie à ladite Faculté, en remplacement de M. Drouin, appelé à d'autres fonctions.

M. Glaize (Stéphanie-Marie-Joseph), interne des hôpitaux, est nommé préparateur adjoint du laboratoire de chimie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Hallopeau, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Chrétien, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie interne.

M. Brossard, suppléant, est chargé d'un cours de clinique médicale.

— M. le professeur Ball reprendra ses cliniques à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 20 avril courant. Il traitera de la folie du doute.

— M. le docteur Bérillon, directeur de la « Revue de l'hypnotisme », commencera le lundi 21 avril, à cinq heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique de la Faculté de médecine, un cours libre de pathologie nerveuse et de psychiatrie sur les applications cliniques de l'hypnotisme, et le continuera les lundis et les vendredis suivants, à cinq heures.

— M. le docteur Luys reprendra ses conférences à l'hôpital de la Charité le jeudi 1er mai à dix heures du matin. Amphithéâtre du premier étage. — Ces conférences auront pour objet les maladies de l'encéphale et les applications des nouvelles méthodes dérivées de l'hypnotisme à la thérapeutique des maladies nerveuses.

Les élèves en médecine, ainsi que les docteurs, munis d'une carte d'entrée, sont seuls admis à suivre ces conférences. — On s'inscrit chez le concierge de l'hôpital.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

16

MAGNÉSIE ROY

SEL PURGATIF ALCALIN SOLUBLE

Laxatif et *dépuratif chimique* de premier ordre, qui unit aux avantages de la médication alcaline les propriétés purgatives et dépuratives des sels de magnésie. — *Antiacide, Antilithique.*

DOSES : 1/2 cuiller à café à 3 cuillers à bouche.

A. ROY, phᵉⁿ de 1ʳᵉ classe, Paris-Auteuil, et phⁱᵉˢ.

32

SIROP DE RAIFORT IODÉ

préparé à froid, de GRIMAULT et Cⁱᵉ.

Combinaison intime de l'iode avec le suc des plantes anti-scorbutiques. Toujours bien toléré, il est pour les médecins un puissant auxiliaire pour combattre chez les enfants le lymphatisme, le rachitisme, le goître, l'engorgement des glandes du cou, les gourmes, les croûtes de lait, les éruptions de la peau, de la tête et du visage. **5** centigr. d'iode par cuillerée à bouche. Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

10

CAPSULES DE SULFATE DE QUININE

DE PELLETIER

(DIT DES 3 CACHETS)

Suppression d'amertume, facilité d'absorption et solubilité garanties. Chacune d'elles porte le nom PELLETIER et renferme 10 centigr. **Le prix pour le pharmacien est de 6 centimes pièce par flacon de 100; il peut les détailler au gré du médecin.** Les sels suivants se délivrent également en capsules de 10 centigrammes :

Bisulfate de quinine. — Bromhydrate de quinine. — Lactate de quinine. — Valérianate de quinine.

DÉPÔT, phⁱᵉ VIAL, 1, rue Bourdaloue.

42

SIROP DE LAGASSE

à la sève de pin maritime.

Le sirop de sève de pin, préparé avec la sève de pin, recueillie au moment où le végétal est dans toute sa force, possède toutes les propriétés balsamiques et résineuses du pin maritime. Il est conseillé comme un pectoral efficace et agréable dans les diverses maladies des voies respiratoires.

Sous son influence, on voit cesser les expectorations sanguinolentes, les toux les plus opiniâtres, les douleurs de la poitrine, l'oppression, l'altération de la voix et tout état fébrile. L'appétit devient plus vif et la digestion plus facile.

Dose : 2 à 4 cuillerées par jour.

Dépôt général : à Bordeaux, pharmacie Lacoste; Paris, 1, rue Bourdaloue.

17

LE VIN DE QUINIUM

D'ALFRED LABARRAQUE, membre de l'Académie de médecine de Paris, est le vin de quinquina à son maximum de puissance et de concentration.

Le Quinium, découvert par Delondre et Labarraque, collaborateurs de Pelletier et Caventou, les inventeurs de la quinine, est un extrait total dosé et titré de quinquina.

Le **Vin de Quinium de A. Labarraque** contient, par litre, 1 gr. 50 des alcaloïdes réunis et 3 gr. des autres principes toniques et aromatiques.

NOTA. — *En raison de son énergie et de la capacité des flacons, ce vin est d'un prix modéré et moins cher que la plupart des produits similaires. Il suffit, en général, d'en prendre un verre à liqueur après chaque repas. Prix : 6 francs la bouteille et 3 francs la demi-bouteille. Depuis 1860, le Vin de Quinium est préparé par la maison L. Frere, 19, rue Jacob, Paris, qui a obtenu les plus hautes récompenses décernées aux produits pharmaceutiques aux Expositions universelles de Paris et de l'Étranger.*

56

VIN DE MILLET CHALYBÉ BALSAMIQUE

Efficacité certaine contre : *Anémie, Affections chroniques, Fièvres, Maladies des pays chauds, Scrofule, Lymphatisme.* — Ech. fᵒ à MM. les Médˢ. **3** f. le flᵒⁿ. Phⁱᵉ MILLET, 41, r. dˢ Francs-Bourgeois.

40

Guérison de l'**asthme** PAR LE **PAPIER FRUNEAU**

le seul récompensé à l'Exposition universelle 1889.

40 ans de succès. Toutes phⁱᵉˢ. E. FRUNEAU, Nantes.

74

GLOBULES DE MYRTOL DU Dʳ LINARIX

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

Les **Globules** de **Myrtol Linarix** s'emploient dans les cas de *Bronchite fétide, Catarrhe* des *bronches, Asthme catarrhal,* les affections des voies respiratoires compliquées de *Crachements abondants,* d'*Etouffements,* d'*Oppression* et de *Quintes* de *toux.*

« Les malades qui font usage des **Globules** « de **Myrtol Linarix** s'accordent à reconnaître **qu'ils respirent plus facilement.** »

DOSE : de 6 à 8 **Globules Linarix** par jour, à prendre par 2 ou 3 à chaque repas.

Prescrire les **Véritables Globules Linarix** de la **Maison CLIN & Cⁱᵉ**, de **PARIS.**

50

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bᵒⁿ Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

20

VIANDE ET QUINA

VIN AROUD AU QUINQUINA

ET A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Aliment-médicament d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant, pour 30 grammes : 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.

DOSES : 2 cuillerées à bouche avant chaque repas. *Prix : 5 francs.*

Se vend chez FERRÉ, pharmacien à Paris, 102, rue de Richelieu, successeur de AROUD, et dans toutes les pharmacies de France et de l'Étranger.

67

RÉVULSIF INSTANTANÉ ADMIS DANS LES HOPITAUX

PAPIER EYMONNET

Iode à l'état naissant au moment de l'application.

Utilise les propriétés énergiques et l'absorption de l'iode naissant. Rubéfaction rapide; dérivatif puissant se substituant à tous les autres modes d'emploi de l'iode, aux vésicatoires et thapsias.

Pharmacie EYMONNET, Dijon. Envoi gratis aux médecins sur demande. La feuille, 0 fr. 60.

11

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génᵃˡ : Phⁱᵉ Centrale, fᵍ Montmartre, Paris.

99

SALICOL DUSAULE SALICYLATE DE MÉTHYLE (WINTER-GREEN)

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant, possède une odeur agréable, n'est ni caustique, ni vénéneux. S'emploie pur en *pulvérisations* ou additionné d'eau en *compresses, clavages,* etc.

Le flacon, 2 fr. **Pulvérisateur Dusaule,** 6 fr. DÉPÔT : 105, rue de Rennes, Paris, et les Phⁱᵉˢ.

69

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

Exiger la source du **Pavillon.**

16

DRAGÉES & ÉLIXIR DU Dʳ RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dʳ Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dʳ Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dʳ Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : Chez **Clin & Cⁱᵉ**, 20, rue des Fossés-Sᵗ-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dʳ Clin.**

241

LIQUEUR MARIANI A LA TERPINE ET A LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine pʳ cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

45

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après les repas.

MARIANI, phⁱᵒⁿ, 41, Boul. Haussmann, et tᵗᵉˢ phⁱᵉˢ.

49

VACCIN DE GÉNISSE

pour 4 pers., **75** cent.; pour 20 pers., **1** fr. **50.**

Echantillon gratuit. — Dʳ CHAUMIER, Tours.

109

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre.

REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fᵒ du catalogue.

69

PEPTONE DENAEYER

Éléments de la viande digérés et diffusibles, en solution concentrée à 20 p. 100, **limpide et stérilisée;** saveur et arôme de for bouillon de bœuf.

Analyses de MM. les professeurs Violette, Frésénius, Krukenberg, etc.

Rapport à l'Académie royale de médecine de Belgique.

BROCHURE ENVOYÉE SUR DEMANDE.

PEPTONATE DE FER DENAEYER

ferrugineux neutre, non astringent, complètement assimilable.

Dépôt central : MICHELAT *et* LESUEUR, *9, rue des Guillemites, Paris. — Pour le Nord, Pharmacie* GOBERT, *à Lille.*

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

25

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

viande crue, Alcool, Ec. d'oranges am.

Phthisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(Amers et ferments digestifs.)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc.

Paris, COLLIN et Cⁱᵉ, 49, r. de Maubeuge et phⁱᵉˢ

N° 46. — SAMEDI 19 AVRIL 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 19 AVRIL 1890. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Du traitement chirurgical de l'endométrite chronique.

Par M. le docteur R. PICHEVIN,
Ancien interne des hôpitaux.

L'endométrite chronique a subi, de la part des médecins et des chirurgiens, les traitements les plus variés.

L'abrasion de la muqueuse avec une curette mousse ou tranchante a été largement pratiquée à l'étranger, depuis une quinzaine d'années. L'opération que Récamier a préconisée en 1846 semble rallier, à cette heure, l'adhésion presque unanime des chirurgiens français. On n'a pas oublié, en effet, que les membres de la Société de chirurgie qui ont pris part à la discussion sur le curage ont émis une opinion favorable au curage de l'utérus dans les cas d'endométrite chronique. Les restrictions prudentes apportées par M. Polaillon, lorsqu'il a exposé sa méthode de cautérisation intra-utérine, ne peuvent même pas être regardées comme une critique de l'abrasion de la muqueuse utérine.

Cette opération (1), qui semble entrer dans une phase nouvelle, du moins en France, a été vivement attaquée.

Il est nécessaire d'examiner tout d'abord les objections que, depuis longtemps, les adversaires du curage ont élevées *a priori* contre la pratique d'une opération réputée grave et difficile. Nous examinerons les indications, les contre-indications et les résultats du curage.

Enfin un court parallèle entre le curage et les différentes méthodes non sanglantes du traitement intra-utérin permettra de juger la valeur de l'abrasion de la muqueuse utérine.

I

OBJECTIONS. — Depuis 1846, des objections nombreuses, mais toujours semblables, ont été faites pour discréditer le curage utérin. Les médecins s'occupant spécialement de gynécologie repoussaient presque instinctivement une opération dirigée contre une affection qu'ils avaient l'habitude de traiter par une médication anodine. Les accidents de la métrite étaient envisagés comme une quantité à peu près négligeable. Une femme ne peut-elle pas vivre pendant de longues années, alors même qu'elle a des hémorrhagies utérines et des flueurs blanches? La douleur pelvienne n'est-elle pas le lot naturel échu au sexe féminin? La connaissance plus exacte du retentissement des inflammations utérines sur les annexes détermina les chirurgiens à ne plus laisser se perpétuer les métrites rebelles au traitement inefficace institué par les anciens gynécologues.

Les adversaires de l'opération ont avancé quelques faits qui ont été démontrés faux par une expérience déjà longue.

HÉMORRHAGIE. — Le curage, ont-ils dit, provoque des hémorrhagies abondantes. Cette affirmation est entachée d'erreur. C'est justement le contraire qu'il faut écrire : le curage arrête un grand nombre d'hémorrhagies utérines. C'est une vérité bien établie.

STÉRILITÉ. — On a ajouté que le curage était une cause de stérilité. Cette critique tombe à faux. Martin, dans l'espace de cinq ans, a observé 60 grossesses survenues après le curage. Benike a noté 13 grossesses dans les mêmes conditions. Seize grossesses ont été relevées par Henricus (1) sur 52 curages qu'il a faits. Trélat (2) a cité l'exemple d'une femme n'ayant qu'un ovaire et qui avait une inflammation au niveau des annexes. Le curage a été suivi d'une grossesse. M. Doléris a publié plusieurs observations qui démontrent que le curage ne met aucun obstacle à la conception. Bien plus, tous ceux qui ont quelque expérience de l'abrasion de la muqueuse utérine s'accordent à reconnaître la fréquence relative de la grossesse après l'opération.

La muqueuse nouvelle est plus apte à la fécondation que l'ancien endométrium, profondément altéré dans sa structure. En outre, le curage pratiqué après dilatation, modifie certaines dispositions anatomiques défavorables à l'accomplissement des fonctions physiologiques.

DOULEURS. — Le curage est douloureux, a-t-on répété. Il faut s'entendre pour discuter cette question. S'agit-il du curage explorateur? L'opération n'est pas douloureuse. — Est-il question d'un curage dirigé contre l'endométrite?

(1) R. PICHEVIN. Du curage de l'utérus, *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 373.

(1) HENRICUS. Conception après le curage de l'utérus, « Gynœkologiske of obstetriciske Meddelelser Copenhague », *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, 1887, p. 585.

(2) TRÉLAT. Société de chirurgie, séance du 26 février 1890. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 241.

Tantôt le curage est douloureux, tantôt il est facilement supporté. Cependant, on admet maintenant qu'il faut supprimer l'élément douleur, afin de pratiquer un curage parfait. L'anesthésie est nécessaire, sinon toujours, du moins dans la très grande majorité des cas.

Les détracteurs du curage disent : C'est donc une opération et même une très grande opération, puisqu'il faut soumettre les malades au sommeil chloroformique ?

L'objection a sa valeur.

Mais on est trop habitué à considérer l'endométrite comme une quantité négligeable.

La métrite chronique invétérée, avec son cortège habituel, altère la santé et, parfois, met la femme dans l'obligation de recourir à une intervention active. Il est impossible de négliger entièrement les hémorrhagies abondantes, les douleurs continuelles et les écoulements qui épuisent les malades. Enfin, il faut penser à la fréquence des complications péri-utérines chez les femmes dont la matrice est un foyer où pullulent des micro-organismes septiques.

Dans ces conditions, on doit agir directement sur la muqueuse utérine, qui est le siège d'altérations non susceptibles de régression spontanée.

N'est-il pas préférable d'endormir une malade pour lui faire une opération facile, bénigne et efficace, que de soumettre l'utérus à des traitements d'une longueur désespérante et d'une inefficacité notoire ?

Dangers de la traction du col. — On a incriminé les tractions faites sur le col utérin pour abaisser l'utérus. Une traction modérée et toujours suffisante pour faire un curage parfait, n'a jamais produit un prolapsus de la matrice. Il ne s'agit pas de tirer sur le col au point de l'amener au niveau de la vulve. La traction lente, continue, modérée a pour but de redresser l'axe cervico-utérin et surtout de fixer la matrice dans une position qui rende facile et rapide l'intervention chirurgicale.

Quant aux piqûres produites par la pince à traction, elles sont insignifiantes et n'ont aucun inconvénient.

Rareté des fongosités. — Quelques auteurs ont insisté sur la rareté des fongosités utérines et ont déclaré que l'indication du râclage de la muqueuse utérine était exceptionnelle.

Le curage, comme on le verra par la suite, a des indications multiples. Mais en n'envisageant que les inflammations de la muqueuse, on peut dire que le curage ne s'adresse pas seulement aux fongosités utérines, mais aux lésions complexes et profondes de l'endométrite chronique. La fongosité n'est qu'une forme des lésions constatées sur la muqueuse enflammée de la matrice. L'endométrite chronique la plus invétérée peut exister sans que l'on trouve les fongosités, telles qu'elles étaient décrites macroscopiquement. Les altérations profondes de la muqueuse utérine, en l'absence même des fongosités, peuvent être traitées par la curette. Il n'en reste pas moins certain, que les fongosités s'observent souvent dans l'endométrite et donnent lieu à des symptômes, qui réclament impérieusement le curage utérin.

D'autres accusations ont été portées contre la pratique du curage.

Inutilité de l'opération. — L'opération est inutile, insinuent quelques adversaires. Même en se restreignant à l'étude de l'endométrite, on peut réfuter cette objection. N'est-il pas reconnu par tous ceux qui s'occupent des affections des femmes, que certaines métrites résistent au traitement hygiénique, à la médication thermale, aux injections variées pratiquées dans le vagin et aux cautérisations du col ? Certaines endométrites du corps de l'utérus — et il n'est question que de celles-ci, dans cette Revue — ne peuvent être guéries que par une médication intra-utérine. C'est un fait certain.

Il y a déjà longtemps que Scanzoni a écrit (1) : « Les cas où l'on arrive à une guérison radicale, sont d'une excessive rareté, et ce ne sont que ceux où l'on peut employer une thérapeutique rationnelle et énergique. »

Toute la question est de savoir quelle est la médication la plus bénigne et la plus efficace. C'est ce qui fera l'objet d'un court parallèle entre les différentes méthodes de traitement intra-utérin. En supposant que l'on trouve un meilleur traitement de l'endométrite que le curage, peut-on nier les bénéfices du curage explorateur, au point de vue du diagnostic ? Cette méthode d'exploration est d'une utilité incomparable.

Dangers de l'opération. — Le curage est dangereux : voilà ce que ne cessent de répéter les détracteurs de l'opération. Admettons le fait ; mais suffit-il de le constater pour rejeter sans discussion le curage de l'utérus ? M. Guéniot (2) « a vu des pièces présentées par M. Gallard et qui provenaient d'une femme emportée par des accidents qui s'étaient développés à la suite d'une simple application de spéculum ». Personne ne pensera à abandonner l'emploi du spéculum, parce qu'un tel malheur est arrivé. Il faut donc étudier la fréquence et les causes des accidents imputés au curage. Au nombre des dangers de l'opération, il faut mettre en première ligne les perforations de l'utérus.

M. le professeur Cornil (3) écrit que la curette enlève la muqueuse et que le tissu musculaire résiste à l'action de l'instrument : « La curette ne *peut* pénétrer dans le tissu musculaire lui-même, que si ce dernier est ramolli par l'inflammation, ce qui est *chose très rare*. »

Il faut, évidemment, déployer une certaine force, opérer avec une réelle brutalité, pour perforer un utérus atteint d'endométrite. Tous ceux qui ont pratiqué l'abrasion de la muqueuse utérine, savent apprécier le degré de résistance de la paroi utérine. En connaissant exactement la longueur de la cavité utérine et la direction précise de la matrice, en ayant soin d'obtenir une dilatation suffisante pour manœuvrer facilement jusqu'au fond de l'utérus, l'opérateur est assez maître de sa curette pour ne pas s'exposer à perforer l'utérus. Il est évident que, si l'on exerce une poussée énorme sur l'utérus avec une curette fine, on peut entrer dans le péritoine. Mais en agissant ainsi, aura-t-on fait une manœuvre qui ressemble à une opération ? Non, bien certainement. On se sera rendu coupable d'une grosse maladresse, que quelques circonstances spéciales pourront seules excuser ? Le curage dirigé contre l'endométrite ne peut donner lieu à une perforation, que par une faute grossière de la technique opératoire. Le chirurgien, qui gratte la muqueuse enflammée avec une curette,

(1) Scanzoni. *Métrite chronique*, trad. de Seffermann, 1886, p. 279.

(2) Guéniot. *Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, 1887, p. 207.

(3) Cornil. *Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, etc.*, 1889, p. 15.

ne peut perforer l'utérus. Quand on parle de perforation avec une curette, il est question, dans la très grande majorité des cas, de l'ouverture du péritoine par l'instrument qui râclait un cancer de l'utérus parfois méconnu. Hormis ces cas, la perforation doit être absolument exceptionnelle. Nous doutons même qu'elle ait jamais été constatée. Ceux qui ont une très grande habitude de la curette déclarent n'avoir jamais observé cet accident. Des milliers d'observations démontrent l'innocuité du curage et l'inanité de la crainte de perforer la matrice.

Du reste, il faut le dire, si émouvante et si déplorable que soit une perforation de l'utérus, celle-ci est loin d'être toujours mortelle. Le curage étant fait sous le couvert de l'antisepsie, le plus souvent la pénétration de l'instrument, dans la cavité péritonéale, ne donne lieu à aucun accident grave. Hening, Rabl, Buckesard et Jelonnus, d'après M. Guérin (1), auraient, de parti pris, passé plusieurs fois l'hystéromètre à travers les parois utérines, pour démontrer aux élèves l'innocuité de la perforation de la matrice. Ces expériences, si condamnables soient-elles, prouvent que l'accident n'a pas toujours de suites graves.

En somme, la perforation, qui n'est pas aussi redoutable qu'on le croit, est un accident très exceptionnel et dû, dans les cas d'endométrite, à une faute grossière de technique. C'est le maximum de concession que l'on peut faire aux détracteurs du curage. Pour notre part, nous avons vu très souvent abraser la muqueuse utérine, nous avons fait quelques curages et jamais nous n'avons été témoin ou coupable d'un tel accident. L'expérience, qui porte sur des milliers de cas, a démontré à de nombreux chirurgiens et gynécologues, que le curage n'était pas plus dangereux que les autres méthodes de traitement intra-utérin. Le curage est une opération, c'est entendu. Que ceux là qui craignent, à tort ou à raison, d'ouvrir un abcès situé au voisinage d'une grosse artère ou du péritoine s'abstiennent de pratiquer l'abrasion de la muqueuse utérine. Cette réserve n'empêchera pas les chirurgiens d'évacuer des collections purulentes et les gynécologues de curer la matrice. L'opération est d'une telle bénignité que Trélat permettait à ses internes de la faire et que d'autres chirurgiens suivent cette pratique.

Insignifiance de la métrite. — On a combattu le curage de l'utérus d'une autre façon. Le procédé est simple : il consiste à n'accorder qu'une importance minime à la métrite et, par suite, à son traitement. M. Lucas-Championnière, cité par M. Richelot, a écrit (2) : « Cette question est d'une haute importance, parce qu'avec elle, on doit inaugurer une ère nouvelle pour les *maladies dites utérines*... De notre temps, même, nous voyons ressusciter la métrite fongueuse qui revient avec les microbes, avec elle revient le curage de l'utérus, perfectionné et généralisé; en ce moment, il guérit tout, même la salpingite... Celles (les femmes) traitées par les procédés plus modernes, ont eu les injections d'Emmet, les incisions et les dilatations du col; celles de la dernière mode ont eu le curage. Tous ces traitements ont quelquefois amendé, d'une façon passagère, les symptômes, en obligeant les femmes à se reposer et à se soigner, quelquefois par une saignée locale. »

(1) Guérin. *Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, 1888, p. 104.

(2) Richelot. Ovarite, salpingite, adhérences, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, août 1889.

Ces arguments qui tendent à renverser les faits les mieux établis de la gynécologie moderne doivent être simplement signalés. Du reste, M. Lucas-Championnière, comme l'a dit M. Richelot à la Société de chirurgie, est en train de se convertir à la pratique du curage.

Atrésie du col. — M. Polaillon a déclaré que le curage peut donner naissance à une atrésie du col. Nous n'avons jamais constaté le rétrécissement cicatriciel post-opératoire. Le curage, tel qu'il doit être pratiqué, n'est jamais suivi de suppuration même légère. La muqueuse enlevée se régénère et il ne se produit aucun tissu cicatriciel, aucune adhérence pathologique. Ce qui est parfois réel, c'est la persistance d'une contraction de l'orifice interne, c'est la reproduction d'une antéflexion qui rend difficile le cathétérisme. Mais il n'y a pas d'atrésie consécutive à l'opération. Il suffit d'exercer une légère traction sur le col, de faire le cathétérisme appuyé pour vaincre très nettement le spasme qui siège, avant comme après l'opération, au niveau de l'orifice interne.

Abus du curage. — Enfin, une dernière objection mérite d'être relevée. On abuse du curage, a déclaré M. Lucas-Championnière (1) à la Société de chirurgie. Dans une clinique, a-t-il dit, on a fait 500 curages par an.

Il est évident qu'entre M. Lucas-Championnière qui considérait le curage comme une opération à peu près inutile, et Trélat qui était convaincu de l'efficacité de cette opération, non seulement pour amener la cure de l'endométrite, mais aussi celle des paramétrites et des salpingites, il y avait une différence totale dans la pratique journalière. Ce qui était, pour le professeur de clinique de la Charité, un usage légitime devait être considéré comme un abus flagrant pour le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Trélat avait fait 206 curages en trois ans (soit 68 par an) et il aurait pu, dit-il, en faire davantage, s'il n'avait pas craint d'encombrer ses salles. M. Doléris, qui a déjà une très longue pratique du curage, a fourni sa première statistique. La voici (2) :

Depuis le mois de juillet 1880, jusqu'au 1er janvier 1887, il a traité 339 malades.

Endométrite légère et de moyenne intensité	280
Endométrite invétérée végétante polypeuse	43
Endométrite déciduale récente avec ou sans rétention du placenta, y compris les endométrites puerpérales septiques.	16

Les 280 cas légers ont été traités par l'écouvillonnage. Les 43 cas d'endométrite invétérée ont été traités par l'écouvillonnage seul, au début de la pratique de l'auteur, mais, depuis 1886, par la combinaison du curage et de l'écouvillonnage.

On trouve, dans la thèse de M. Boureau (3), la statistique de M. Doléris jusqu'en 1888. Le nombre des malades traitées

(1) Lucas-Championnière. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 218 et 245.

(2) Doléris. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 25 mars 1887, p. 153.

(3) Boureau. *Du curage dans l'endométrite du corps de l'utérus*, Thèse de Paris 1888, p. 25.

soit par l'écouvillonnage seul, soit par l'écouvillonnage et le curage combinés, s'élève à 470. Cette statistique s'étend de 1880 à 1888.

M. Bourreau (1) relève 110 opérations faites par M. Doléris dans le cours de l'année 1887.

Depuis cette époque, le chiffre annuel des curages pratiqués par M. Doléris varie entre 100 à 120, en y comprenant les abrasions dirigées contre le cancer et les interventions intra-utérines, exécutées dans les cas de salpingite ou comme premier temps d'une opération, sur le col, le vagin et le périnée.

M. Pozzi (2) a pratiqué plus de 500 curages dans l'espace de quatre ans. A son hôpital, on trouve 12, 15 et même 20 curages à faire chaque mois (soit donc de 140 à 240 curages par an).

Cette statistique déjà considérable ne se rapproche pas du chiffre cité par M. Lucas-Championnière. Les recherches bibliographiques ne permettent pas de trouver la trace de l'opérateur qui, dans un an, a fait 500 curages. Un gynécologue aussi actif que celui-là devrait, au moins, publier les résultats de sa pratique. Mais ne s'agit-il pas d'un chiffre lancé un peu en l'air, au cours d'une discussion, pour répondre aux arguments assez pressants d'un contradicteur?

Ce n'est pas que les métrites invétérées soient rares à Paris. La déclaration de M. Pozzi suffirait pour prouver combien sont fréquentes les indications du curage. M. Dumontpallier (3) a traité, par la cautération au chlorure de zinc, 70 endométrites dans l'espace de trois mois et demi (soit 240 par an).

Si l'on a abusé du curage, il y a lieu de protester, à condition de fournir la preuve de cette accusation.

Ces faits avaient besoin d'être précisés, parce qu'on est en droit de proclamer à cette heure la bénignité et l'efficacité de l'opération de Récamier.

II

CURAGE (RÉNOVATEUR DE LA MUQUEUSE). — *Indications.* — Lorsqu'il existe une endométrite chronique du corps de l'utérus, lorsque l'affection a résisté au repos, à la médication thermale, aux injections, etc., il y aura lieu d'agiter la question du curage. On se laissera guider par la pérennité de la maladie, par les symptômes rebelles de la métrite du corps, en particulier par les douleurs localisées à la matrice et surtout par les hémorrhagies utérines. En cas de doute, on devra poser le diagnostic anatomique en donnant un coup de curette explorateur, avant de pratiquer le curage proprement dit.

Il est certain que des endométrites légères, et même de moyenne intensité, peuvent rétrocéder, sous l'influence du repos et d'une médication bénigne. Il n'y a pas lieu de penser à curer des utérus qui ne sont le siège que d'une inflammation superficielle, transitoire. L'indication ne surgit que si les accidents persistent, s'aggravent et menacent de s'éterniser. L'opportunité est essentiellement une question de tact chirurgical. La longueur de la maladie, l'intensité des symptômes et enfin le coup de curette explorateur, dans les cas douteux, permettront de juger le degré des altérations qui siègent dans l'endométrium.

(1) BOUREAU. Loc. cit., p. 145.
(2) POZZI. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 301.
(3) DUMONTPALLIER. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1101.

L'hémorrhagie utérine s'arrête sous l'influence du curage. La forme dite hémorrhagique de la métrite est une des meilleures indications de l'opération. Les fongosités, les petits polypes disséminés comme des grains sur la muqueuse utérine, donnent lieu à des symptômes qui disparaissent rapidement après l'abrasion de la muqueuse. Mais, on ne saurait trop le répéter, le curage s'adresse aux lésions complexes qui sont décrites à cette heure sous le nom d'endométrite chronique (1). Qu'il y ait ou non des fongosités, la chose n'a pas une extrême importance. Il s'agit surtout de nettoyer un terrain pathologique où pullulent des micro-organismes, d'enlever une muqueuse enflammée et profondément altérée. Mais, il faut le reconnaître, les fongosités existent souvent à la surface de la muqueuse utérine, quand le curage est indiqué.

L'hémorrhagie symptomatique d'un fibrome utérin cesse, du moins temporairement, à la suite de l'abrasion de la muqueuse. On sait que dans ces cas, les pertes de sang sont dues à l'existence d'une endométrite concomitante.

La dysménorrhée pseudo-membraneuse, par les accidents qu'elle provoque, est justiciable, dans certains cas, du curage utérin.

L'opération est indiquée toutes les fois qu'il existe dans la cavité utérine des productions pathologiques qui donnent naissance à des accidents. Que ce soit un polype fibreux ou un placenta, il y a lieu de curer l'utérus, dès qu'apparaissent soit des hémorrhagies profuses et à répétition, soit des phénomènes septiques.

A la suite d'un accouchement ou d'une fausse couche, des accidents graves peuvent apparaître. La septicémie puerpérale constitue une indication parfois pressante.

« La septicémie puerpérale, dit M. Chartier (2), est le résultat de l'infection de la plaie par des micro-organismes qui donnent lieu à une endométrite septique. C'est cette endométrite qu'il faut d'abord combattre, ce sont les germes qui lui ont donné naissance qu'il faut aller détruire le plus rapidement possible.

C'est elle, en effet, qui est le point de départ de l'intoxication générale et qui sert d'origine aux foyers secondaires péri-utérins, soit dans les vaisseaux veineux ou lymphatiques, soit dans les ligaments larges ou le péritoine. Plus tôt et plus rapidement on détruira le foyer utérin, plus grandes seront les chances de guérison.

Que les accidents infectieux se développent après l'avortement ou après l'accouchement à terme, qu'il y ait ou non rétention placentaire, l'indication est la même du moment que la septicémie a pour point de départ l'organe utérin. Mais à quel moment faut-il intervenir? Doit-on, comme le font quelques opérateurs, intervenir dès qu'on observe une légère élévation de température, un peu d'odeur des lochies, et pratiquer immédiatement le curage de l'utérus? Nous ne le pensons pas, et avec nombre d'auteurs comme Warrington, Earle Hirst, Alloway, Dahlmaux, M. Charpentier, etc., nous croyons qu'il faut toujours commencer par faire des injections intra-utérines; si la température ne cède pas rapidement à l'irrigation utérine, c'est alors qu'on pratiquera le curage. Cependant, il ne faut pas trop retarder l'intervention.

(1) CORNIL. Loc. cit.
(2) CHARTIER. *Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus.* Thèse de Paris, 1889, in *Annales d'obstétrique et de gynécologie*, juin, juillet, etc., 1889.

Lorsqu'il y a rétention placentaire, moins on attendra, meilleurs seront les résultats. »

L'intervention est encore indiquée dans les cas où il y a, en même temps que les phénomènes infectieux, des hémorrhagies graves. Il y a ici double indication pour intervenir.

Contre-indications. — Jusqu'à une époque peu éloignée, les contre-indications du curage étaient assez nettement formulées. Existaient-ils des phénomènes aigus, le curage devait être soigneusement proscrit.

Tout indice d'une inflammation même ancienne est une contre-indication du curage (de Sinety).

« La condition *sine quâ non* de l'abrasion, est l'intégrité des annexes de l'utérus. Si le toucher ou le palper révèlent un point douloureux dans les annexes, surtout du côté de l'ovaire, l'abstention est commandée » lit-on dans Demarquay (1).

Schrœder, Schultze, Emmet, Hart et Barbour, Hegar et Kaltenbach insistent sur la contre-indication tirée de l'état des annexes. Les inflammations péri-utérines sont le *noli me tangere* du râclage, écrit L. Melek, élève de M. Pozzi. M. Despréaux exprime la même opinion. M. Terrillon est du même avis.

L'accord était à peu près unanime. On ne curait pas quand il y avait des accidents aigus autour de l'utérus. Les plus hardis attendaient la disparition des phénomènes inflammatoires avant d'intervenir.

Presque tous les gynécologues refusaient les bénéfices du curage aux femmes dont l'endométrite était compliquée d'une inflammation péri-utérine.

Cependant Nonat, il y a déjà assez longtemps, ne redoutait pas trop les poussées aiguës et ne refusait pas systématiquement le curage avant la résolution complète de la métrite et du phlegmon.

En 1883, Mundé avait indiqué par quelques observations que le curage n'aggravait pas les inflammations péri-utérines. M. Doléris écrivait : « Si pour l'endométrite non puerpérale, je dis : Ne curez pas tant qu'il y a des phénomènes aigus ; pour l'endométrite septique, suite de couches ou d'avortement, je dis : Curez surtout s'il y a des phénomènes aigus, car le danger ne peut qu'augmenter. »

Le 30 juillet 1887, Walton émet l'idée suivante qu'il développe dans un mémoire : La plupart des pelvi-péritonites, des paramétrites, des salpingiles, sont le fait d'un microbe pathogène dont l'habitat primitif est l'endomètre, microbe dont il faut favoriser la descente par la dilatation forcée et dont il faut détruire le nid par la curette et les antiseptiques.

Le 6 février 1888, M. Poulet disait à la Société de médecine de Lyon, que la paramétrite aiguë, au lieu de contre-indiquer le curage, constituait, à proprement parler, une véritable indication. Il ne faisait une exception que pour la paramétrite suppurée.

M. Rapin émet la même opinion en mars 1888.

A la fin de décembre 1888, Trélat préconise le curage, non seulement dans les cas de métrite compliquée d'accidents chroniques péri-utérins, mais encore quand il existe une inflammation aiguë autour de la matrice.

En janvier 1889, M. Doléris lit, à la Société obstétricale et gynécologique, un travail dans lequel l'auteur expose les résultats qu'il a obtenus, dans la cure des affections tubaires, par la dilatation permanente et le drainage avec de la gaze iodoformée et glycérinée.

En avril 1889, MM. Chevalier et Roland arrivent aux mêmes conclusions que M. Poulet.

Il faut citer la thèse de M. Cantin, écrite sous l'inspiration de Trélat : Les lymphangites péri-utérines sont une indication très nette du curage utérin. L'opération est le meilleur moyen de traitement pour obtenir sûrement et rapidement, sans aucun danger, la guérison définitive de ces lymphangites.

M[lle] Falkenstein, élève de Trélat, insiste sur l'heureuse influence du curage : L'intervention intra-utérine n'aggrave pas les complications péri-utérines et peut même amener la disparition des accidents.

A la Société de chirurgie, presque tous les orateurs qui ont pris part à la discussion sur le curage ont nié l'influence du curage sur l'évacuation des trompes. Dans les cas récents de salpingite, a dit M. Bouilly, le curage peut agir sur les trompes. M. Pozzi a émis une opinion à peu près semblable. Trélat a longuement insisté sur la cure de certaines salpingites par l'abrasion de la muqueuse.

Que conclure ? On peut tout d'abord avancer que les complications péri-utérines ne sont pas une contre-indication absolue. Le curage, au contraire, agit favorablement sur certaines affections tubaires. Dans quelles proportions ? On n'en sait rien. Toutes les salpingites sont-elles susceptibles de guérison par la simple abrasion de la muqueuse utérine ? Personne n'a élevé une pareille prétention. Il suffit de faire remarquer que l'opération intra-utérine a donné des résultats merveilleux et qu'elle a été suivie de la disposition à peu près complète de quelques salpingites très marquées.

Peut-être ne sera-t-il pas déplacé de citer à cette place l'opinion que nous exprimions l'année dernière (1) :

« Malgré les précautions antiseptiques les plus grandes, le curage utérin est parfois suivi d'une exacerbation du côté des lésions péri-utérines (dans les cas de complications préexistantes). Certes, on ne peut contester que, dans certains cas, l'intervention intra-utérine ne soit suivie d'une amélioration du côté des annexes. Parfois même le curage amène rapidement la disparition des masses inflammatoires qui siègent autour de la matrice. Nous avons pu observer des faits semblables. Mais comment expliquer, tantôt l'amélioration, tantôt l'aggravation des complications des endométrites à la suite du curage de l'utérus ? On peut se demander si l'intervention intra-utérine n'est pas utile dans certaines complications comme la salpingite, et, au contraire, nuisible quand les lésions siègent de préférence dans le paramétrium. La nature de l'endométrite n'est-elle pas aussi pour quelque chose dans la diversité des résultats obtenus ?...

A moins de vouloir exposer à des mécomptes sérieux les jeunes gynécologues, on ne peut leur donner le conseil de curer hardiment l'utérus quand il existe dans le petit bassin une poussée inflammatoire aiguë dépendant de l'endométrite. Il faut attendre encore de nouvelles et plus nombreuses observations, afin de pouvoir établir, d'une façon définitive, les cas qui doivent être traités par la curette et ceux avec lesquels il faut temporiser. C'est là un point difficile de la pratique gynécologique. »

(1) Demarquay et Saint-Vel. *Traitement clinique des maladies de l'utérus*, 1876, p. 42.

(1) Pichevin. *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, 1889, p. 367.

La question n'est donc pas aussi simple qu'on le croit.

Les inflammations péri-utérines, qui ont leur point de départ dans la cavité utérine, doivent être traitées, a-t-on dit, par le curage. « Partout où il existe un foyer d'infection ayant donné naissance à une lymphangite, n'est-ce pas en désinfectant le foyer d'origine que l'on fait disparaître cette lymphangite ? Il ne saurait en être autrement pour l'utérus. » C'est incontestable. Aussi faut-il attaquer directement le foyer d'infection, c'est-à-dire la muqueuse intra-utérine, toutes les fois que les microbes, contenus dans la matrice, alimentent largement l'inflammation péri-utérine. C'est ce qui arrive dans la septicémie puerpérale. Dans ces cas, c'est le foyer septique intra-utérin qui lance sans cesse dans l'économie les germes infectieux.

Mais la situation n'est pas toujours aussi nette.

La complication péri-utérine est due, comme précédemment, à la propagation de la métrite, à travers les trompes, les lymphatiques ou les veines. Les microbes sont partis de l'utérus pour infecter, soit les trompes, soit les tissus où passent les vaisseaux lymphatiques ou veineux provenant de la matrice. Le cas semble être identique au précédent. Cependant il existe une différence.

La complication péri-utérine ne peut-elle pas avoir son individualité propre ? Ne peut-elle pas devenir par elle-même la cause et le siège des accidents aigus qui se développent subitement? La scène symptomatologique ne peut-elle pas être uniquement due à la localisation de l'inflammation autour de l'utérus ? Les accidents produits par la présence de certains microbes dans l'utérus sont devenus insignifiants, et c'est la présence de ces mêmes microbes dans les tissus péri-utérins qui est l'origine des phénomènes infectieux.

La situation est comparable à celle d'une plaie du doigt ayant donné naissance à un phlegmon de l'aisselle. La suppuration du creux axillaire devient le foyer d'infection par excellence. Il faut agir sur l'aisselle. Quant à la plaie digitale, elle n'a plus qu'un intérêt secondaire. On la mettra à l'abri de nouveaux germes, en faisant de l'antisepsie locale, mais on ne grattera, on ne curera cette plaie que dans des cas exceptionnels. Car ce curage n'empêcherait pas l'évolution des accidents qui se déroulent déjà du côté des lymphatiques, des ganglions et du tissu cellulaire de l'aisselle.

Lors donc que la lymphangite péri-utérine a donné naissance dans le paramétrium à une inflammation intense qui devient la source, sinon absolument unique, du moins prépondérante des accidents infectieux, le curage utérin ne peut guère arrêter les phénomènes septiques. Le mal est déjà plus loin. On peut se demander si le traumatisme, même antiseptique, n'est pas capable de donner un coup de fouet à la phlegmasie aiguë péri-utérine.

Ces explications sont peut-être subtiles, mais ne donnent-elles pas la clé des succès et des insuccès que l'on constate en pratiquant la thérapeutique intra-utérine? En somme, si la cavité intra-utérine est le foyer qui continue à alimenter les vaisseaux lymphatiques et veineux et les trompes, on comprend parfaitement bien la guérison des phénomènes infectieux par un traitement intra-utérin.

Si les accidents septiques sont dus à une phlegmasie qui siège autour de l'utérus et qui a déjà son individualité propre, on comprend l'inefficacité du curage. L'abrasion de la muqueuse guérira la malade de sa métrite, mais la complication péri-utérine continuera à évoluer pour son propre compte.

Il est possible que le traumatisme, portant sur l'utérus, soit capable de donner un coup de fouet à l'inflammation aiguë qui siège autour de la matrice.

Quelle que soit la valeur de ces aperçus théoriques, il n'en est pas moins certain que le curage n'améliore pas toujours les lésions péri-utérines aiguës. Ces échecs de la thérapeutique intra-utérine se produisent en dehors de toute faute contre la méthode antiseptique.

On a insisté sur la nécessité du curage dans la septicémie puerpérale. L'opération doit être différée, si l'hémorrhagie a été très abondante et s'il y a des signes d'anémie aiguë avec hypothermie. Hormis cette circonstance, « les complications du côté des annexes de l'utérus et même la péritonite ne sont pas des contre-indications à l'intervention », écrit M. Chartier.

C'est ainsi que les contre-indications du curage ont été singulièrement restreintes dans ces deux dernières années.

Il faut admettre que le curage a une action favorable sur la salpingite, et que, dès lors, l'inflammation tubaire constitue une indication de l'opération.

L'abrasion de la muqueuse utérine, suivie d'une dilatation large et permanente de la matrice, amène l'évacuation d'un certain nombre de collections tubaires.

Résultats. — Le curage donne des résultats remarquables et supérieurs à ceux que l'on obtient à l'aide des autres procédés. Il arrête, presque à coup sûr et très rapidement, les hémorrhagies utérines. Il guérit l'endométrite du corps dans des proportions qu'il est difficile de fixer par des chiffres. Mais tous les gynécologues qui ont une certaine expérience du curage sont unanimes à reconnaître l'excellence de cette opération.

M. Bouilly (1) n'a pas été très heureux dans sa pratique. Sur 69 cas qu'il a pu suivre, il a constaté 39 guérisons, 15 améliorations et 15 insuccès.

M. Terrier, dans le mémoire qu'il vient de publier, établit ainsi sa statistique : amputation du col et curetage (métrite), 6 opérations ; 6 guérisons. Curetages pour métrites, 24 opérations ; 24 guérisons.

La septicémie puerpérale est combattue avec avantage par cette opération qui accomplit parfois de véritables résurrections. Le curage, pratiqué chez des femmes profondément infectées, réussit dans un grand nombre de cas. Sur 26 observations rapportées par M. Chartier, la mort n'est survenue que dans deux cas absolument désespérés.

Le curage, appliqué à la cure de l'endométrite, doit amener théoriquement la guérison de toutes les malades. Des insuccès ont été constatés. Ces revers sont dus à différentes causes qu'il faut étudier, de façon à améliorer la technique et à bien saisir les indications.

Fautes contre l'antisepsie. — Certains curages échouent, parce que l'antisepsie a été mal faite avant et pendant l'opération, et surtout parce qu'on n'a pas su maintenir l'asepsie dans le vagin, pendant un temps suffisant.

Des fautes commises avant et pendant l'opération, il n'y a rien à dire. Les mesures qui ont été données ailleurs permettent de se mettre à l'abri d'une faute qui peut avoir des conséquences graves.

Principales causes de la nouvelle infection. — Mais le plus

(1) Bouilly. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 217.

souvent la réinfection des voies génitales se fait par suite du défaut de précautions. On omet de mettre des tampons antiseptiques dans le vagin ou on ne les y maintient pas pendant un temps suffisant. Les injections vaginales ne sont pas faites avec un liquide antiseptique et la malade laisse pénétrer dans son vagin des micro-organismes, avant la « restitutio ad integrum ».

Parfois, c'est le coït pratiqué trop tôt qui est une cause de réinfection. La métrite survient et on dit que le curage n'a pas réussi. La vérité est que le curage a enlevé les lésions, mais que l'utérus est de nouveau envahi par des colonies microbiennes.

La réinfection utérine peut se faire par une autre voie. L'endométrium est abrasé et guéri, mais des liquides septiques, provenant de la trompe, peuvent tomber dans la cavité du corps et donner naissance à une nouvelle métrite. Ces faits, exceptionnels, il est vrai, sont cependant réels. Mais le bénéfice que l'on obtient en faisant évacuer les liquides septiques contenus dans les trompes, par la voie utérine, est trop considérable pour que l'on ait lieu de déplorer le retour de l'endométrite, dans ces conditions. Il suffira d'un deuxième curage pour débarrasser l'utérus des germes qu'il renferme.

Mauvaise technique opératoire. — L'insuccès du curage est dû, dans un certain nombre de cas, à une mauvaise technique opératoire. On a mal fait la dilatation. La curette manœuvre difficilement dans la cavité utérine. La muqueuse n'est pas abrasée sur toute sa surface. Certaines parties échappent à l'action de l'instrument. On n'a pas curé avec soin les portions qui avoisinent les orifices tubaires. L'opérateur n'a pas râclé soigneusement la muqueuse, au niveau de l'angle de flexion.

La muqueuse est attaquée superficiellement. On redoute d'aller dans la profondeur. On s'arrête avant d'avoir entendu et senti le frottement spécial, dit « cri utérin ».

L'irrigation antiseptique a été négligée après l'opération, et on n'a pas touché la surface abrasée avec un liquide antiseptique convenable.

Opération non justifiée ou insuffisante. — Dans quelques cas rares, l'indication du curage n'existait pas. On a gratté l'utérus, alors que le corps n'était pas atteint d'endométrite. Il existait une inflammation du col seulement. Le curage n'a pas agi sur l'endométrite cervicale. Celle-ci a persisté et a pu même se propager, par la suite, au corps de la matrice.

Plus souvent, le curage a été pratiqué alors qu'il y avait endométrite totale. L'endométrite du corps a bénéficié de l'opération, mais le col n'a pas été guéri par le curage. Telle a été la cause de la persistance des lésions.

Il y a longtemps qu'on a écrit que le curage s'adressait au corps et non au col utérin.

Sans parler des gynécologues étrangers, nous voyons M. Doléris insister sur ce point, dans son mémoire (1) de 1886, au Congrès gynécologique de Madrid en 1888, au Congrès de chirurgie de Paris en 1889, et dans les Mémoires publiés dans les *Nouvelles Archives* sur la métrite du col. Il a montré à maintes reprises que la cervicite devait être traitée par l'amputation de Schrœder.

M. Richelot est venu à nouveau affirmer, devant la Société de chirurgie, que le curage s'adressait à la métrite du corps. Faut-il gratter le col avec la curette ? Non, dit-il, car le col est sain ou il est altéré : s'il est normal, il est inutile de gratter sa cavité; s'il est altéré, il a des lésions qui ne peuvent être guéries par le curage. M. Richelot préconise donc l'Emmet ou le Schrœder, quand le col est malade. Et il combine l'une ou l'autre de ces opérations au curage dans le cas d'endométrite totale.

Le dilemme posé par M. Richelot est bon, parce qu'il frappe l'esprit.

S'il n'était pas impossible d'assimiler les choses médicales aux vérités mathématiques, on pourrait établir une proportion. Le curage : métrite du corps :: opération de Schrœder : métrite du col.

Quand il y a ectropion de la muqueuse, éversion des lèvres du col, lésions glandulaires intenses, quand il existe des cicatrices, des clous fibreux dus le plus souvent à des cautérisations violentes, il est évident que la lésion du col ne peut être réparée par un simple curage. Il faut couper largement au bistouri la muqueuse cervicale, de façon à ne pas laisser des lésions invétérées du col. Car celles-ci donneraient naissance à une infection secondaire qui gagnerait, de proche en proche, la muqueuse du corps ou qui se propagerait au loin par les lymphatiques.

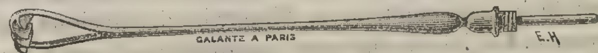
En thèse très générale, la cervicite combinée, à l'endométrite du corps, doit être traitée par le curage et l'amputation du col. Pas de guérison du col, pas de guérison de l'endométrite totale.

Mais le dilemme, dans lequel M. Richelot a enfermé l'opérateur, est trop rigoureux et trop étroit.

Dans des cas rares, il faut l'avouer, il y a endométrite du corps et du col. Le col est pris légèrement, l'éversion est peu marquée, les glandes sont peu malades, faut-il faire le Schrœder? Chez des jeunes femmes, on hésite. Somme toute, c'est une opération qu'il faut éviter quand on le peut.

Hersage. — M. Doléris a pensé qu'on pouvait ménager le col dans certains cas, et essayer d'appliquer les principes généraux de la chirurgie conservatrice la plus rigoureuse. Ses essais datent d'un an.

Dans les cas en question, il cure avec soin le corps et l'orifice interne. Mais il attaque toute la muqueuse intra-cervicale avec un instrument appelé *herse*, après avoir dilaté l'utérus pendant plusieurs jours. La herse pénètre profondément dans les tissus, entame la muqueuse et dilacère les culs-de-sac glandulaires.



L'index et le médius de la main gauche sont placés d'abord dans le cul-de-sac droit, sur la partie latérale droite du col. Ces deux doigts empêchent le col de fuir sous l'action de la herse, quand l'instrument, introduit jusqu'à l'orifice interne, va labourer de haut en bas la portion droite de la muqueuse intra-cervicale. La herse attaque successivement toutes les portions de cette muqueuse. L'instrument passe et repasse deux et même trois fois aux mêmes endroits. Une curette tranchante, promenée dans la cavité cervicale, achève le travail commencé par la herse et égalise la paroi intra-cervicale du col.

Les insuccès du curage sont donc dus : 1° à une mauvaise technique; 2° à une faute contre l'antisepsie; 3° à la

(1) Doléris. Loc. cit., 1887, p. 37.

méconnaissance d'une lésion cervicale ou tubaire réclamant, outre le curage, une opération complémentaire.

Quant aux réinfections de l'utérus par les voies externes, elles sont possibles. Une antisepsie prolongée mettra la matrice à l'abri des micro-organismes venus de l'extérieur. Mais la possibilité d'une nouvelle infection ne peut arrêter la main du chirurgien qui peut et doit traiter les endométrites rebelles. Parce que le gonocoque peut envahir une seconde fois l'urèthre d'un homme qui s'expose à la contagion, ce n'est pas une raison pour lui refuser la cure de sa première chaude-pisse. Il en est de même dans les cas d'endométrite.

III

Parallèle avec les autres méthodes. — *Injections caustiques.* — M. Tillot (1) écrivait : « La lésion est à l'utérus et la maladie est dans l'organisme. » Si l'on admettait une telle affirmation, il ne resterait qu'à traiter l'état général et à ne pas s'occuper de l'état local. Une thèse semblable ne peut être soutenue.

Il y a longtemps que l'on a reconnu l'impossibilité de guérir les inflammations invétérées du corps de l'utérus par un traitement général et une thérapeutique portant son action sur le vagin et le col. Les gynécologues ont compris la nécessité d'exercer une action locale sur la muqueuse même du corps.

Les injections intra-utérines avec des solutions caustiques ont été en grande vogue, à une certaine époque. On a injecté tour à tour du perchlorure de fer, du nitrate d'argent, de l'acide phénique, de l'acide chromique, du sulfate de fer ou de cuivre, de la teinture d'iode, etc.

Ces injections constituent un progrès dans la thérapeutique des métrites. Mais elles sont insuffisantes dans la cure radicale des endométrites invétérées.

Hegar et Kaltenbach recommandent de pas injecter, par prudence, plus de trois à dix gouttes d'une solution caustique dans la matrice. Le liquide peut-il toucher toute la muqueuse ? Ce n'est guère possible. Si la solution est très caustique, elle attaque les portions de la muqueuse qu'elle atteint, mais elle ne peut baigner uniformément tout l'endométrium. Si le liquide de l'injection est abondant mais peu caustique, l'action est à peu près nulle.

Les injections intra-utérines agissent à l'aventure. Les résultats qu'on obtient sont manifestement infidèles. Et comment pourrait-il en être autrement? Quand on étudie l'anatomie pathologique des métrites chroniques, on est frappé de la profondeur et de l'intensité des lésions de la muqueuse. Un jet de quelques gouttes d'un liquide caustique peut-il détruire la totalité d'une muqueuse dont l'épaisseur est de 2, 3, 4, 5 millimètres et quelquefois même d'un centimètre ?

Badigeonnages de la muqueuse avec différents liquides. — On peut toucher la muqueuse utérine à l'aide d'un tampon ou d'un pinceau. Mais, comme le disait Gallard (2), on s'expose à faire profiter plutôt la cavité du col que celle du corps de l'utérus d'une intervention ainsi pratiquée. Cette méthode ne donne que des résultats inconstants.

On pourrait certainement la rendre plus efficace, en dilatant la cavité utérine et en portant à différentes reprises un pinceau imbibé d'une solution caustique sur la muqueuse du corps. Mais ne faudrait-il pas des applications fréquentes pour détruire, non seulement les fongosités, mais aussi la totalité de la muqueuse ? On obtiendrait, de cette façon, une action comparable à celle des caustiques solides sur l'utérus. Les inconvénients de cette méthode de cautérisation seront examinés plus loin.

(1) Tillot. *Annales de gynécologie*, octobre 1874.
(2) Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1887, p. 255.

Bâtonnets médicamenteux. — On a porté des petits suppositoires dans l'utérus. Becquerel, le premier, mettait des crayons composés de tannin et de gomme adragante. Vert, Martin, Hegar, Chroback, Fritsch, Bandl, etc., ont prôné l'usage de ces bâtonnets dans la métrite. On a employé le nitrate d'argent, l'acétate de plomb, le sulfate de cuivre, le sublimé, l'iodoforme. M. Jouin (1) a vanté les bons effets des bâtons composés de poudre de guimauve et d'iodoforme, etc. Ces médicaments peuvent avoir de bons effets dans les formes légères d'endométrite, mais ils sont notoirement insuffisants dans les formes chroniques de la métrite.

Bâtonnets caustiques. — Les cautérisations faites, non pas avec des liquides, mais avec des solides, ont été pratiquées par un certain nombre de médecins. Martin a inventé un instrument qui permet de pousser dans la cavité utérine un morceau de nitrate d'argent. Credé laissait fondre un crayon de nitrate d'argent dans la cavité utérine.

Il y a trente ans environ, c'était le caustique de Filhos qui était à la mode. Scanzoni avait fait le procès de ce procédé avec un grand sens clinique. L'éminent gynécologue insistait sur les pertes de substance irrémédiables déterminées par ce caustique et surtout sur les rétrécissements qui en étaient la conséquence. « Le rétrécissement se produit le plus souvent à la suite de la rétraction cicatricielle qui, dans la plupart des cas, n'arrive que longtemps après la guérison superficielle de la plaie. »

La méthode des cautérisations, remise en honneur par M. Dumontpallier, jouit d'une certaine vogue. La critique de ce procédé peut se généraliser à toutes les méthodes dont le but est de détruire l'endométrium à l'aide d'un puissant caustique introduit dans le corps de la matrice.

M. Dumontpallier fait pénétrer dans la matrice un bâton de pâte de canquoin (1 gramme de chlorure de zinc pour 2 ou 3 de farine de seigle).

Sous l'influence de cette cautérisation, il se produit des douleurs qui sont assez vives chez quelques malades, dit M. Dumontpallier dans son premier mémoire.

Il se forme dans l'utérus une eschare qui s'élimine du sixième au onzième ou même au treizième jour. Pendant ce temps, il s'écoule de la matrice une sérosité muqueuse, *muco-purulente*, qui augmente d'abondance de jour en jour. jusqu'au jour où l'eschare est rejetée.

Quelquefois, ajoute M. Dumontpallier, la sortie de l'eschare est accompagnée de quelques coliques. Cet auteur a signalé des complications utérines développées après les cautérisations (4 cas sur 100). Enfin l'atrésie du col a été rencontrée trois ou quatre fois sur 100 malades. Aussi M. Dumontpallier ne néglige-t-il jamais de faire le cathétérisme avec des bougies coniques, pour éviter l'atrésie.

(1) Jouin. *Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, 1888, p. 265.

M. de Grandmaison (1) a publié un travail portant sur 70 malades traitées par la méthode de son maître, M. Dumontpallier. Deux opérées ont déjà un certain degré d'atrésie. Aussi M. de Grandmaison donne-t-il le conseil de dilater l'utérus pendant dix jours. Il ajoute que le cathétérisme doit être suivi d'une cautérisation au nitrate d'argent, de façon *à réprimer les bourgeons charnus qui pourraient s'accoler.*

M. Polaillon, dans un rapport présenté à l'Académie sur ce procédé qu'il a, du reste, employé avant M. Dumontpallier, signale, sur 40 malades soumises à ce traitement, une atrésie et une oblitération du col. Il recommande, pendant le travail de la séparation de l'eschare, des injections antiseptiques dans le vagin. « Il se forme, en effet, autour de l'eschare, une plaie qui suppure un peu. »

M. Lauth (2), insiste sur les douleurs consécutives à l'application de la pâte de canquoin. Il parle des névralgies qu'on peut observer (névralgies crurales, iléo-lombaires, intercostales avec des irradiations). Il n'est pas rare, dit-il, d'observer de la rétention d'urine.

« Le rejet de l'eschare est précédé et s'accompagne de douleurs et de coliques quelquefois très violentes. »

Il signale, dans quelques cas, la réapparition de l'écoulement après quelques semaines : chez certaines malades, la menstruation peut être abolie immédiatement ou au bout de quelques mois.

L'atrésie n'est pas rare. On la constate 23 fois sur 177 observations, soit dans 13,05 p. 100 des cas. L'oblitération de la cavité peut être complète.

M. Bouilly (3) a prononcé les paroles suivantes à la Société de chirurgie : « Dans une thèse récente, on a cité 30 cas de cautérisation intra-utérine avec la flèche de chlorure de zinc. Sur ces 30 opérées, 9 ont été perdues de vue peu de temps après la cautérisation. Chez les 21 autres, on a constaté l'existence d'une atrésie du col. »

Ce traitement peut-il être conseillé? Nous n'hésitons pas à répondre par la négative.

La cautérisation par les bâtons de chlorure de zinc est douloureuse et parfois *extrêmement* douloureuse pendant huit, douze, quinze heures et même davantage. « Dans les observations que j'ai recueillies, dit M. Reynier, les douleurs ont été très vives et ont duré pendant toute la journée et la nuit qui ont suivi la cautérisation, malgré les injections de morphine qu'on avait eu soin de faire auparavant. »

La cautérisation au chlorure de zinc transforme la paroi utérine en une plaie qui suppure. Ce foyer purulent peut infecter les lymphatiques. La muqueuse est définitivement détruite. A sa place apparaît un tissu pathologique sur lequel se développent d'abord des bourgeons charnus. Plus tard un tissu inodulaire remplace l'ancienne muqueuse utérine. L'atrésie est constituée.

M. Lauth (4) écrit : « Jusqu'à présent on ne connaît pas d'exemple de femme ayant été soumise à la cautérisation qui soit devenue enceinte. Ce fait est étonnant... » Le fait n'est pas étonnant : la muqueuse utérine est remplacée par un tissu pathologique et la cautérisation, portant sur les ouvertures utérines des trompes, les a oblitérées et a réalisé l'opération proposée par Froriep (1).

La stérilité est donc le résultat sinon fatal du moins très fréquent de la méthode. Il faut ajouter que les effets thérapeutiques de la cautérisation sur la matrice sont loin d'être remarquables, si l'on s'en rapporte aux chiffres fournis par M. Polaillon lui-même (2).

Cependant ce consciencieux chirurgien préconise toujours la flèche de chlorure de zinc dans le traitement des endométrites. Il reconnaît que l'atrésie peut survenir, mais « cela est dû à l'inexpérience de l'opérateur. Il a mal dosé le médicament qu'il applique » (3). M. Polaillon admet qu'en se servant de flèches ayant un diamètre de 2 millimètres et demi à 5 millimètres, on se met à l'abri des atrésies consécutives. L'honorable chirurgien de la Pitié est-il bien sûr d'éviter les retrécissements en employant des flèches de ce diamètre? Si l'utérus a 8 centimètres de long et, s'il est large, une flèche de 5 millimètres de diamètre et de 8 centimètres de long ne produira-t-elle pas l'atrésie? Le caustique fuse et n'atteint pas d'une façon uniforme tous les points de la muqueuse. Les parties déclives (le col en particulier) sont plus exposées à l'action du caustique qui tend à y séjourner. La flèche de chlorure de zinc de M. Polaillon produit une cautérisation qui est suffisante pour donner naissance à un rétrécissement marqué.

Ces considérations suffisent amplement pour faire rejeter la cautérisation intra-utérine avec des flèches ou des bâtonnets de chlorure de zinc.

Curage explorateur. — Lorsque que le chirurgien a des raisons de croire qu'il existe une endométrite chronique, il pourra avoir recours au curage explorateur. L'ablation d'un fragment de muqueuse permet de constater, à l'œil nu et au microscope, l'existence et l'intensité du processus inflammatoire.

Mais le curage explorateur est indispensable, toutes les fois que l'on soupçonne une tumeur maligne de l'utérus. C'est seulement par cette méthode d'investigation que l'on peut affirmer le diagnostic précoce d'un cancer qui échappe aux moyens ordinaires d'exploration. La constatation d'un cancer utérin au début a une trop haute importance, au point de vue de l'intervention chirurgicale, pour qu'il soit nécessaire d'insister sur la valeur du curage explorateur.

Contre-indications. — Les contre-indications du curage explorateur sont exceptionnelles.

Une malade a une hémorrhagie utérine inquiétante et qui a résisté aux moyens hémostatiques habituellement employés, il s'agit de faire un diagnostic rapide. On n'hésitera pas à donner le coup de curette explorateur, après avoir pris les précautions antiseptiques habituelles.

Existe-t-il un état aigu, il est préférable d'attendre, si le curage explorateur ne doit pas être suivi d'urgence d'un curage rénovateur. Cela revient à dire qu'il vaut mieux laisser l'utérus tranquille, quand rien ne force la main du chirurgien. Mais s'agit-il de la possibilité d'une septicémie

(1) De Grandmaison. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1001.

(2) Lauth. *Du traitemene de l'endométrite par le bâton de chlorure de zinc*, Thèse de Paris, 1889.

(3) Bouilly. *Gazette des hôpitaux*, 1890. p. 353.

(4) Lauth. Loc. cit.

(1) Cet auteur proposait de créer la stérilité en cautérisant les orifices tubaires. — Walton. *Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite*, p. 44. Bruxelles 1888.

(2) Polaillon. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 353.

(3) Polaillon. *Idem.*

puerpérale, par exemple, le curage explorateur deviendra une nécessité, en cas de diagnostic douteux.

Anesthésie. — Est-il nécessaire d'endormir les malades? Non. L'anesthésie est absolument inutile, car l'exploration est, ou bien totalement indolore, ou si peu douloureuse et si rapidement exécutée, que la chloroformisation est contre-indiquée d'une façon formelle.

La malade est placée dans le décubitus dorsal. L'on saisit (1) la lèvre antérieure avec une pince à traction (comme il a été indiqué ailleurs). On pratique le cathétérisme pour connaître la direction du trajet cervico-utérin et on pratique d'emblée la petite opération, si on peut nommer ainsi une si facile, si bénigne et si rapide exploration. Le curage sera forcément remis à plus tard, quand la curette à boucle ne peut franchir le canal cervical. On sera dans la nécessité de dilater l'utérus. Mais quelques heures suffisent, au besoin, pour obtenir avec une laminaire une dilatation assez large pour permettre le passage d'une fine curette.

Le col étant fixé et attiré en avant par une traction modérée, deux valves écartant les parois vaginales, l'opérateur glisse l'instrument à travers le canal cervical jusque dans la cavité utérine, au point où il a soupçonné une dégénérescence. Un coup de curette est donné de haut en bas et d'arrière en avant, de façon à abraser sur une certaine épaisseur la paroi interne de l'utérus. On retire doucement la curette de l'utérus, sans frotter sur les parois du col, de façon à ne pas laisser tomber, dans le trajet cervico-utérin, le fragment enlevé et adhérent à la partie interne de la boucle. Il y a un petit tour de main à prendre pour ramener à la vulve la portion de muqueuse qui doit être l'objet d'un examen histologique.

Deux ou trois coups de curette suffisent en règle générale. Tantôt l'exploration portera sur la face postérieure, tantôt sur la face antérieure ou au niveau d'un des angles de l'utérus. Du reste, le cathétérisme et le palper fourniront, parfois, des renseignements suffisants pour apprécier le siège probable de la dégénérescence soupçonnée.

Cette intervention est suivie d'un léger écoulement sanguin. La douleur est nulle ou à peine marquée. Si elle a existé, au moment même de l'abrasion, elle disparaît rapidement.

Une injection antiseptique est tout de suite pratiquée, et la séance se termine par l'application d'un tampon de gaze iodoformée dans la cavité vaginale.

Les suites sont si simples, et si constamment simples, que la malade peut, sans danger, retourner chez elle. Par prudence extrême, on la maintiendra au lit pendant une journée.

Si précieux que soit le curage explorateur, il faut reconnaître que ses résultats ne sont pas toujours démonstratifs. Parfois, le fragment de muqueuse, soumis à l'examen microscopique, laisse des doutes dans l'esprit de l'histologiste sur la nature exacte des lésions qui existent dans la cavité utérine. Dans d'autres circonstances, la curette ne ramène qu'une muqueuse saine ou simplement enflammée, alors qu'il existe une dégénérescence maligne de l'utérus. L'opérateur n'a pas été heureux; il a passé à côté de la lésion principale. Il se peut aussi que le néoplasme siège profondément dans un point inaccessible à l'action de l'instrument explorateur.

(1) On suivra les règles antiseptiques déjà indiquées dans la *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 376.

IV

CONCLUSIONS

I. L'endométrite chronique invétérée du corps de la matrice est justiciable d'un traitement intra-utérin qui seul peut amener la guérison.

II. Le curage est supérieur à toutes les autres interventions dirigées sur la muqueuse du corps de l'utérus.

III. Le curage est une opération facile, rapide, bénigne et efficace.

IV. Le curage exerce le maximum de son action thérapeutique, quand les lésions sont exactement limitées à la muqueuse du corps de l'utérus.

V. L'endométrite chronique et profonde du col, qui coïncide souvent avec l'inflammation du corps, doit être traitée, dans la grande majorité des cas, par une abrasion au bistouri de toute la muqueuse intra-cervicale. Contre les formes pas trop accentuées de cervicite chronique, on tentera, mais seulement à titre d'essai, le hersage du col, après dilatation lente de l'utérus. La dilacération de la muqueuse permet de détruire les culs-de-sac glandulaires malades. C'est une intervention bénigne, facilement exécutée et essentiellement conservatrice.

VI. Les inflammations anciennes, développées autour de l'utérus (périmétrite, paramétrite, salpingite), ne sont pas des contre-indications du curage.

VII. Certaines salpingites [hydro-salpingite, etc., et même quelques pyo-salpingites (1)] sont susceptibles de rétrocéder sous l'influence du curage. Cette action sur les trompes est plus marquée quand le curage est précédé et suivi d'une large dilatation utérine.

VIII. Les accidents aigus ne constituent pas une contre-indication absolue.

IX. Dans les cas de septicémie puerpérale, les phénomènes graves (fièvre, frissons, etc.), réclament, au contraire, l'intervention rapide de la curette.

X. En dehors de ces cas, le curage est discutable, quand il existe des complications péri-utérines donnant naissance à des symptômes franchement inflammatoires.

XI. Si les lésions péri-utérines sont manifestement entretenues et aggravées par l'existence d'une inflammation développée dans la cavité utérine, le curage est indiqué.

XII. Mais quand les complications péri-utérines ont leur individualité propre, quand elles sont seules à déterminer les phénomènes graves, l'abrasion de la muqueuse utérine peut avoir une action favorable, nulle ou nuisible.

XIII. Peut-être le curage donne-t-il de bons résultats dans les cas de salpingite aiguë, et ne réussit-il pas, lorsque l'inflammation siège dans le parametrium.

La localisation différente des lésions peri-utérines et la diversité des micro-organismes générateurs de la métrite et de ses complications expliqueront peut-être un jour les causes de la variabilité des résultats constatés, dans ces cas, après le curage.

XIV. La clinique ne permet pas toujours de faire la part des accidents aigus imputables à la salpingite et de ceux qui relèvent d'une inflammation du parametrium. A l'état aigu, le diagnostic précis du siège des complications péri-utérines est sujet à caution. Aussi devra-t-on, en règle générale, attendre l'apaisement des phénomènes très aigus

(1) Nous démontrerons ce fait quand le temps aura consacré les guérisons que nous considérons comme acquises et définitives.

avant de curer la matrice, à moins que la cavité utérine ne soit nettement le foyer des accidents septicémiques.

XV. Le curage explorateur est d'une utilité incontestable. Il est d'une bénignité remarquable et permet seul de porter certains diagnostics difficiles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Ball reprendra le cours de clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 20 avril 1890, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

— *Muséum.* — M. le professeur Ed. Becquerel, membre de l'Académie des sciences, ouvrira son cours le lundi 21 avril 1890, à une heure, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredi, vendredi et lundi de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur traitera de l'électricité dans ses rapports avec les phénomènes physiques, chimiques et naturels, et s'occupera notamment de l'électro-chimie ainsi que des actions physiologiques de l'électricité.

En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Henri Becquerel, membre de l'Académie des sciences.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

99

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » — sesqui-oxyde de fer
— de chaux..................
Chlorure de sodium..................
Matières organiques.................. 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

Dose : DE 1 A 4 CUILLERÉES A SOUPE DANS UN PEU D'EAU.

Phie VICARIO, 13, boulev. Haussmann, Paris.

29

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

49

VACCIN DE GÉNISSE

pour 4 pers., **75** cent.; pour 20 pers., **1** fr. **50**.
Echantillon gratuit. — Dr CHAUMIER, Tours.

55

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

34

PIN D'AUTRICHE DE JOSEPH MACK

(PINUS PUMILIO)

ESSENCE : en inhalations contre les maladies de la Gorge, Angines, Croup et Asthme ; — en friction contre les accès de Goutte.

CELLULES : contre Bronchites chroniques, Catarrhes anciens, restes de Pleurésie, Toux invétérées, Grippe et Influenza.

SIROP & PATE : contre Enrouements, Coqueluche, Toux, Bronchites.

Ces médicaments ont pour base l'Essence retirée par JOSEPH MACK *les aiguilles et des sommités de la variété des Pins appelée* **Pinus Pumilio,** *universellement reconnue pour la plus riche en principes balsamiques.*

Dépt gl: Phie TALLON, 49, Avenue d'Antin, Paris.
Envoi gratis et fo d'échants à MM. les Docteurs, sr demde adressée au Dépôt général. Joseph Mack

67

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se rouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

54

DYSPEPSIE, GASTRALGIE

ENTÉRITES guéries par les
DRAGÉES de PANCRÉATINE PAULAY.

Dépôt gal: Phie Centrale, fg Montmartre, 52, Paris.

66

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis plus de trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays contre les diverses **Maladies du cœur. Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes,** enfin dans tous les **troubles de la circulation.**

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.
Contre **CONSTIPATION**
hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses,* des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

38

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie,* les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes,* on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d**Elixir de Boldo-Verne.**

VERNE, Grenoble, et phies, France et étranger.

52

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès,** 9, r. du 4 Septembre, Paris.

99

L'usage de la VIANDE CRUE est désormais rendu pratique et agréable, pour les malades, par l'emploi du nouveau RECONSTITUANT PHYSIOLOGIQUE

L'OXINE ROUSSEAU

Saccharure de filet de bœuf phosphaté

conservant toutes les propriétés physiologiques de la **viande crue,** et facilement accepté par les malades les plus difficiles.

Envoi d'échantillons à MM. les Médecins.

Paris, rue d'Hauteville, 57, et toutes les Phies.

41

Véritable ferrugineux assimilable

PEPTONATE DE FER ROBIN

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Seul présenté à l'Académie par BERTHELOT en 1885.
Chloro-anémie, dyspepsie. — 10 à 20 gttes pr repas.
VIN ROBIN, 1 cuillerée par repas.
DRAGÉES ROBIN, 2 à 3 par repas.
GROS : Paris, 7, r. de Jouy. — DÉTAIL : Ttes phies.

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, cicatrisant, hygiénique.

Purifie l'air chargé de miasmes. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Précieux pour les soins intimes du corps.

Exiger Timbre de l'Etat. — Toutes pharmacies.

42

LE VÉRITABLE THAPSIA

doit porter les Signatures

Ch. Le Perdriel   Reboulleau

Veuillez les exiger pour éviter les accidents.

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans ttes Phies. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

N° 47. — MARDI 22 AVRIL 1890. 63e ANNÉE. MARDI 22 AVRIL 1890. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Debove.

Discours d'ouverture.

Messieurs,

Ma première parole, en prenant possession de cette chaire, doit être une parole de reconnaissance pour les professeurs de cette école qui ont bien voulu me nommer leur collègue. Je n'ai pas assez d'humilité pour croire que je n'ai pas mérité la place que j'occupe, mais on pouvait également, avec justice, choisir un de mes compétiteurs. Ils sont distingués par leur science, leur esprit, leur caractère ; ils sont vos maîtres dans les hôpitaux, et le deviendront, je l'espère, dans cette Faculté. En me choisissant, on a certainement pensé, non aux services scientifiques que j'avais rendus, mais à ceux que je pouvais rendre. J'ai donc implicitement contracté une dette dont j'aurai à m'acquitter envers vous : j'y ferai tous mes efforts.

Après ces remerciements que je vous prie de considérer non comme un compliment d'usage, mais comme l'expression d'une gratitude réelle et profonde, j'ai un autre devoir à remplir : celui de vous parler de mon prédécesseur dans cette chaire.

Si vous avez, dans le professeur Damaschino, perdu un maître, j'ai perdu un maître et un ami. Je l'ai connu interne des hôpitaux, chef de clinique, médecin d'hôpital, agrégé, professeur. Il a guidé mes premiers pas dans la carrière médicale, car je préparai le concours de l'internat sous sa direction, et, depuis cette époque, j'eus souvent l'occasion de profiter des qualités scientifiques que vous avez pu apprécier.

Longtemps encore, il semblait devoir occuper cette chaire, lorsqu'il fut subitement ravi à sa famille, à ses amis, à la science, par la grave épidémie de grippe qui sévissait à Paris au mois de décembre dernier. Encore convalescent, il avait voulu visiter ses malades, il retomba pour ne plus se relever. Vous verrez, messieurs, dans quelques années, lorsque vous exercerez la médecine, combien sont étroits les liens qui unissent le médecin au malade. Le public ne se l'imagine pas assez, et cependant il n'est pas un de nous qui, dans la dernière épidémie, n'ait quitté le lit pour répondre à quelque appel urgent : c'est une imprudence de ce genre qui nous a enlevé Damaschino.

Mais je ne voudrais pas que les qualités de l'homme fissent oublier celles du savant : jeune encore, il publiait sur la broncho-pneumonie une thèse que nous consultons avec fruit. Plus tard, il étudiait la pleurésie purulente, diverses maladies du système nerveux, notamment la paralysie infantile ; il publiait, sur les maladies des voies digestives, un traité qui est dans toutes les mains. Si importante que soit son œuvre, elle ne donne pas toute la mesure de la valeur de Damaschino, car il est mort à l'âge où il songeait à utiliser les matériaux accumulés par une vie entière de labeur.

Je ne puis passer sous silence les qualités professorales de notre maître commun ; il avait la parole élégante, savait rendre intéressants les sujets les plus arides. Jamais esprit plus fin, plus délié, n'exposa plus clairement et plus simplement les faits et les doctrines les plus compliquées ; il y avait dans la facilité avec laquelle il s'assimilait, élaborait et exposait les matières les plus ardues, un je ne sais quoi qui rappelait son origine athénienne. Malgré ces dons naturels, il avait compris que l'époque des cours purement théoriques est passée, que le professeur n'est plus un orateur groupant autour de lui des auditeurs enchaînés par le seul charme de sa parole, il cherchait à faire voir ce qu'il avait dit ; il avait recours à toutes sortes de planches, de dessins, de photographies, de projections. Il démontrait ce que sa parole magistrale venait de décrire.

Vous avez perdu en lui un maître éminent et dévoué, je suis appelé à lui succéder ; je ne me dissimule pas la lourdeur de ma tâche. Je n'ai pas la prétention de le remplacer ; mais j'y appliquerai toutes les forces que la nature m'a données.

J'arrive maintenant au sujet de mon cours : je traiterai cette année des maladies de l'appareil respiratoire.

Je pourrais entrer immédiatement en matière, soit que je donne une vue d'ensemble de l'anatomie et de la physiologie de l'appareil respiratoire, soit que je commence par la description d'une maladie ; mais vous n'ignorez pas qu'il existe dans cette Faculté un usage traditionnel : c'est qu'un nouveau professeur consacre sa première leçon à des considérations générales, c'est qu'il indique à quelle école il appartient, quels principes le guideront dans son enseignement ; je ne chercherai pas à me soustraire à cette tradition, mais je ne puis me dissimuler les difficultés de l'entreprise, car si j'espère n'éprouver aucun embarras à

vous exposer les lésions, les symptômes et le traitement d'une maladie, je redoute singulièrement ces exposés généraux dans lesquels l'art oratoire joue un grand rôle. Et cependant je ne devrais avoir aucune inquiétude, s'il est vrai que les choses que l'on conçoit bien s'énoncent clairement. Il me semble que mon esprit conçoit nettement ce que j'ai à vous dire. Si je ne l'expose pas de façon à entraîner votre conviction, excusez-moi, et accordez-moi toute votre indulgence. Le nombre de mes auditeurs, la solennité de la circonstance suffiraient certainement à troubler un conférencier plus disert que je ne saurais l'être.

Ma profession de foi pourrait tenir en trois mots : Je suis clinicien. C'est bien simple, et déjà je me trouve aux prises avec une difficulté; je vais vous dire ce qu'est un clinicien, mais je lui attribue tant de vertus diverses qu'il me convient même de dire, non pas : Je suis clinicien, mais : Je m'efforcerai de l'être. Il est permis de se tracer un idéal qu'on place très haut, dont on cherche à approcher, alors même qu'on ne pourra jamais l'atteindre.

La médecine clinique est la médecine qui se fait au lit du malade et le clinicien est le médecin qui se livre à l'étude de cette médecine. Il est l'opposé du nosographe qui, travaillant dans son cabinet ou les bibliothèques, utilise surtout les observations recueillies par d'autres. Vous me demanderez comment, faisant un cours théorique, je puis prétendre faire un cours clinique, vous m'objecterez qu'ici il n'y a pas de malade; mais il y sera virtuellement, je l'aurai toujours en vue dans les descriptions que je ferai. Je suis médecin d'un hôpital, c'est là surtout que je préparerai les leçons que je dois vous faire.

Cette définition du clinicien n'est pas suffisante, car, à l'exception de quelques bibliothécaires occupés à classer les livres, ou de quelques savants qui aiment à remuer les cendres du passé, tout médecin qui soigne des malades serait clinicien, et l'épithète, par le fait de sa généralisation, ne garderait pas un sens bien précis.

Le clinicien est le médecin qui étudie le malade, non seulement avec ses yeux, ses mains, ses oreilles, mais par tous les procédés d'investigation mis à notre disposition par la science moderne. Cela ne suffit pas, il faut que le clinicien soit au courant des sciences qui ont une connexité étroite avec la médecine : l'anatomie, l'histologie, la physiologie, la chimie biologique, etc. Ce n'est pas tout encore ; le clinicien doit vérifier ce que les autres ont décrit chez les malades, et contribuer par ses propres recherches à agrandir le domaine des connaissances cliniques, car les périodes où la médecine a cessé de progresser, sont des périodes où elle a reculé. Mais de tous les caractères du clinicien, le plus important est que, connaissant les théories, leur fort et leur faible, en imaginant lui-même, il met toujours avant elles ce que lui enseigne l'observation du malade.

Ce n'est pas toujours ainsi qu'on entend le clinicien ; on l'a confondu avec le praticien, ou bien, ce qui est plus grave, on a pris ce titre pour couvrir ses opinions médicales rétrogrades, ou pour se flatter qu'on a reçu le sens clinique, par une sorte de grâce particulière.

Le praticien néglige les théories, s'attache presque exclusivement aux faits, applique ses connaissances au diagnostic et au traitement des maladies. Une clientèle étendue, la nécessité de savoir la médecine, la chirurgie, les accouchements, les spécialités telles que maladies d'yeux, d'oreilles, etc., ne lui laissent pas le loisir de discuter les hypothèses émises, de les contrôler et de se faire une opinion personnelle. Il néglige volontairement tout ce qui n'a pas un intérêt pratique. Ce disant, ne croyez point que je n'apprécie pas le mérite du praticien ; je l'ai vu trop souvent surmené par l'exercice d'une profession à laquelle il consacre non seulement son activité physique, allant et venant, le jour et la nuit, mais encore toute son activité morale, encourageant les uns, consolant les autres, recevant les secrets des familles, donnant d'excellents conseils même sur des choses étrangères à la médecine. Il est digne de la plus vive admiration ; mais elle dérive non d'un sentiment scientifique, mais de la sympathie que nous éprouvons pour un homme dont la vie entière est consacrée à soigner et à soulager ses semblables. En un mot, on peut être un praticien éminent et ne pas être un clinicien.

Il est des confrères, et vous en connaissez certainement, qui se disent cliniciens, voulant indiquer par là qu'ils sont peu favorables à tout changement dans la science médicale. Ces médecins, par une antipathie des choses nouvelles qui tient à leur tempérament, et à ce que les nécessités de la pratique ne leur laissent pas le temps nécessaire à la plupart des recherches anatomiques, physiologiques, chimiques, bactériologiques, expérimentales, etc., qui ont profondément remué notre science, trouvent qu'il est plus commode de nier que de s'instruire. Ils raillent agréablement celui qui, au risque de se tromper, cherche par tous les moyens à pénétrer le secret des lésions, la pathogénie des symptômes, le mode d'action des médicaments. Leur colère s'étend même jusqu'aux instruments d'étude qu'ils supprimeraient volontiers, peut-être parce qu'ils sont un reproche indirect de leur ignorance. C'est ainsi que, dans ma jeunesse, j'ai entendu faire de véritables diatribes contre le microscope, diatribes qui furent même lancées du haut de la tribune académique. Nous pouvons répondre à ces médecins que celui qui ne sait pas se servir d'un microscope ne peut examiner le sang de ses malades, ne peut reconnaître le bacille de la tuberculose, etc., et qu'au lieu de parler au nom de la clinique, il doit retourner sur les bancs de l'école apprendre ce qu'il ignore. Ce qui amène le plus souvent cet état d'esprit, c'est moins la paresse de s'instruire qu'une admiration exclusive du passé ; on craint de voir toucher à la médecine traditionnelle, on est conservateur. Les divisions que vous voyez dans nos partis politiques se retrouvent dans toutes les branches de l'activité humaine. Les médecins conservateurs sont surtout préoccupés de conserver l'héritage scientifique des ancêtres, et craignent toujours de le compromettre ; ils regardent d'un mauvais œil toute nouveauté, ils traitent de révolutionnaires les hommes qui pensent que la science, pas plus que les sociétés humaines, ne peut rester immobile, qu'elle doit évoluer et se transformer d'une façon incessante, à mesure que de nouvelles découvertes viennent modifier les connaissances transmises par les générations précédentes. C'est un véritable abus de se qualifier clinicien, quand on est seulement un réactionnaire scientifique. Pour le vrai clinicien, quand une doctrine a été généralement admise par ses prédécesseurs, il lui fait subir le contrôle rigoureux de l'observation et de l'expérience, mais ne considère jamais son ancienneté comme une sorte de titre qui doive la rendre inviolable. Il ne néglige pas non plus la découverte de la veille, elle n'est pas moins intéressante que la vérité anciennement connue, elle l'est même davantage parce qu'elle soulève des

objections, des critiques souvent passionnées, avant d'obtenir définitivement droit de cité dans la science.

Certains s'imaginent être cliniciens de naissance, ils semblent croire qu'une fée bienfaisante leur a accordé des dons spéciaux leur permettant de faire, mieux que leurs confrères, un diagnostic précis et un traitement approprié. Ils ne sont même pas éloignés de croire que les drogues présentées par eux ont des vertus particulières; on leur entend dire : « J'obtiens de bons effets de tel ou tel médicament, il faut savoir le manier. » Ils pensent qu'il y a là un don personnel et qu'ils ne peuvent pas plus transmettre leur art, qu'un artiste ne peut transmettre le secret de ses chefs-d'œuvre en livrant son procédé. Ils estiment qu'on naît clinicien et qu'on devient médecin. Si vous faites abstraction de la somme d'intelligence toujours nécessaire à celui qui aborde une étude quelconque, rien n'est plus inexact. La médecine est une science, tout le monde peut l'apprendre : ce qui est un art, c'est la clientèle, c'est de savoir gagner et garder la confiance de ses malades, chose singulièrement importante, qui donne des succès éclatants là où d'autres ont échoué à cause des liens intimes qui unissent le moral au physique; mais, ceci admis, bien audacieux celui qui prétend que l'opium, présenté par sa main, donne des effets différents de ceux obtenus par ses confrères.

Le clinicien n'est donc ni un pur praticien, ni un esprit rétrograde, ni un homme doué de facultés spéciales: il est le médecin qui étudie le malade en joignant la théorie à la pratique, mais en ayant soin que le fait ait toujours le premier rang et que la théorie n'occupe que le second, c'est là son caractère distinctif; je l'ai déjà indiqué précédemment. Vu l'importance du sujet, je demande la permission d'y insister.

Il faut connaître les théories parce qu'il n'est aucune partie de notre science que vous ayez le droit d'ignorer, et aussi parce qu'elles nous rendent des services indiscutables. Elles sont nécessaires au professeur, à l'élève, au chercheur. Elles sont nécessaires au professeur et à l'élève en permettant de relier les divers symptômes et lésions d'une maladie, par un lien quelquefois artificiel, mais ceci est sans inconvénient, s'il est bien convenu qu'il s'agit d'une théorie. Il nous est facile de prévoir, combien serait aride une énumération accompagnée seulement de chiffres indiquant la fréquence relative des altérations anatomiques et des signes cliniques. Si on nous décrit, par exemple, la variole, la théorie parasitaire permet de mieux comprendre les faits d'étiologie, tels que la contagion, les lésions anatomiques dus à des colonies parasitaires et à des altérations humorales, les symptômes qui les traduisent sur le vivant, la guérison qui survient par une sorte d'épuisement du terrain ou par la formation d'un vaccin, le traitement basé sur l'évacuation des humeurs peccantes, comme disaient les anciens, ou sur l'atténuation de certains éléments par les agents thérapeutiques. Et, cependant, nous ne connaissons pas le parasite de la variole, personne ne l'a vu, ne l'a isolé, ne l'a cultivé.

Je puis vous montrer encore la nécessité d'une théorie par une comparaison empruntée à une science moins complexe que la nôtre, à la physique. On explique, vous le savez, les phénomènes électriques par l'hypothèse d'une électricité positive et d'une électricité négative. Cette hypothèse permet de coordonner la série des expériences, de les comprendre, de les retenir, d'en imaginer de nouvelles; chacun sait, cependant, l'élève aussi bien que le maître, qu'il n'y a ni électricité positive, ni électricité négative, qu'il s'agit d'une pure hypothèse; mais quels services ne rend-elle pas?

L'utilité des théories n'est pas moindre pour celui qui veut agrandir la sphère de nos connaissances. On ne peut, en effet, chercher au hasard, il faut être guidé par quelque chose; ce quelque chose, c'est une théorie. C'est presque toujours en cherchant à la vérifier ou la combattre, que les grandes découvertes ont été faites. Vous rappellerai-je l'exemple célèbre de Newton, voyant tomber une pomme et faisant l'hypothèse que les corps s'attirent? Vous savez où l'a conduit cette hypothèse!

La théorie n'est pas seulement utile, elle est nécessaire. Un observateur relève un fait, si ce fait ne le conduit à aucune idée générale, il pourra le signaler sans autre explication, en attendant qu'un esprit plus ouvert vienne l'y chercher et le mettre en valeur en en donnant l'interprétation. C'est ainsi que nombre de médecins recueillent des observations dont ils ne peuvent tirer aucune conclusion, mais les publient néanmoins, pour ainsi dire, à l'état de matériaux bruts, dans l'espoir qu'un autre sera heureux de les trouver, et en fera jaillir quelque vérité générale. J'irai plus loin, et je dirai qu'une théorie, une idée préconçue est nécessaire, même pour prendre une observation. Supposons, par exemple, un médecin d'hôpital, recueillant soigneusement toutes les observations de son service, et cela pendant vingt ans, ce qui en ferait, au bout de sa carrière, une vingtaine de mille. Ce médecin meurt et vous lègue ses observations; elles sont bien prises, très détaillées, soigneusement classées; avez-vous hérité d'un trésor? Non, vous avez hérité de vieux papiers. Même en prenant une observation, il faut être guidé par une idée préconçue, une théorie, sans quoi la partie qui vous intéresse est passée sous silence ou écourtée, ou noyée de détails qui voilent ce que vous cherchez.

Vous m'objecterez qu'il a existé une école médicale d'observation, dont le chef était Louis, et que cette école a été célèbre. On y prenait les observations avec des détails infinis, on notait ou croyait tout noter, puis, par une sorte de comptabilité, on cherchait la fréquence des lésions, des symptômes, des complications et on appréciait la valeur du traitement. Le procédé est simple. Un observateur consciencieux doublé d'un comptable attentif, pourrait ainsi faire la pathologie entière, ce serait le triomphe du fait. Mais, croyez-moi, ce n'est pas ainsi que Louis a créé l'unité de la fièvre typhoïde. Il en eut d'abord l'idée, et, sa méthode numérique lui a permis de la contrôler, puis de fournir des preuves convaincantes. Aussi ceux de ses élèves qui ont cru trouver dans sa méthode le secret de son génie, ont publié des travaux consciencieux, mais qui font le plus souvent l'effet de simples compilations, car, sans l'esprit créateur, le procédé n'est rien.

On peut résumer ce qui vient d'être exposé en disant que pour trouver il faut chercher, que pour chercher il faut avoir une idée, que cette idée, la théorie seule peut la donner. Une théorie correspond à un certain nombre de faits connus, souvent elle correspond également à un certain nombre de faits inconnus, mais qui le seront grâce à elle; ou bien elle se trouvera en contradiction avec les nouvelles découvertes, alors vous la modifierez ou vous la renverserez pour en édifier une nouvelle. Aussi est-elle essentiellement provisoire; elle représente la science

d'aujourd'hui, elle ne représente pas la science de demain. Elle vieillit à mesure que la science progresse, elle devient surannée. Elle ne charme que dans sa jeunesse, et nous ne la respectons vieille que lorsqu'elle a été féconde. Ainsi donc, le fait reste, la théorie passe. C'est que le fait est la vérité de la nature, que la théorie n'a jamais été que dans l'esprit de l'homme; elle exprime la façon dont un homme ou une génération d'hommes a conçu l'enchaînement des faits à une époque déterminée de l'histoire de la science. Pour qu'elle subsistât, il faudrait que la science s'arrêtât.

Je viens de vous parler des avantages et de la nécessité de la théorie; mais elle a ses dangers. Vous devez vous laisser guider par elle, mais avec une certaine défiance. Pour maints esprits, elle est une véritable sirène, une fois qu'elle s'est emparée d'eux, ils ne voient que par elle; ils sont séduits, enchantés, ferment les yeux aux faits qui lui sont contraires, accueillent avec empressement ceux qui peuvent lui être favorables. On a vu des savants considérer comme une offense personnelle toute critique adressée à leur théorie bien-aimée. Ils ont cessé d'être des hommes de science et sont devenus des doctrinaires. Il faut savoir observer les faits pour édifier une théorie, avoir des moments d'enthousiasme où le cerveau surexcité élève des édifices avec les matériaux accumulés; puis, plus rassis, il ne faut pas hésiter à détruire ce qu'on a construit en passant ses hypothèses au crible de l'expérience et de l'observation.

Ne croyez pas que les théories induisent en erreur quelques hommes seulement; une fois qu'elles se sont emparées des esprits, elles peuvent tromper une ou plusieurs générations. Que dis-je? plusieurs générations, elles peuvent tromper pendant plusieurs siècles! Le succès des doctrines galéniques en est une preuve. Jusqu'à la fin du XVII[e] siècle, presque tout le monde admettait que la rate fabriquait l'atrabile; personne n'avait vu cette humeur, mais on y croyait aussi fermement que si on l'avait vue, tellement on était influencé par l'hypothèse galénique. La même raison a été le plus grand obstacle à la vulgarisation de la découverte de la circulation du sang. Il semble qu'une théorie, une fois ancrée dans notre libre arbitre, obnubile nos sens, nous empêche de voir et de toucher les choses les plus visibles et les plus tangibles.

Je citerai quelques exemples.

Parmi mes maîtres, j'ai eu autrefois un homme qui a laissé un grand nom dans la dermatologie: c'était Bazin. Je ne saurais trouver une meilleure preuve des inconvénients que peut avoir une théorie systématique. Pour lui, il y avait quatre maladies, ni plus, ni moins; la dartre, la scrofule, la syphilis et l'arthritis. Comme il n'y avait que quatre maladies, il n'y avait que quatre traitements. Tout devait entrer dans ce cadre artificiel et étroit. La seule discussion possible, était de savoir si une affection devait être changée de cadre. Je dis possible, mais en réalité, elle ne l'était guère, car Bazin considérait son édifice comme inébranlable, sa doctrine comme une vérité absolue; aussi avait-il des ardeurs de polémique qui blessaient ses contemporains et étonnaient ceux qu'elles ne blessaient pas. La chose était bien naturelle, cependant, il ne faisait qu'obéir à une loi générale. L'homme n'est tolérant et ne supporte la contradiction que s'il croit pouvoir se tromper; sinon, il est dans un état particulier, état de tous les gens qui croient posséder la vérité absolue. Ils considèrent leur doctrine comme une sorte de religion. Elle leur paraît tellement évidente qu'ils regardent leur contradicteur comme des gens de peu d'esprit ou de mauvaise foi. Cet état est fréquent chez les hommes animés de passions politiques ou religieuses; il n'est point rare parmi les savants. Il nous explique la violence des polémiques, comment des hommes qui, dans la vie privée, sont doux, charmants, inoffensifs, deviennent subitement furieux, lorsque, par la plume ou la parole, ils doivent défendre leurs principes. Défiez-vous de cet état mental, ne croyez jamais posséder la vérité absolue, croyez que les choses qui vous paraissent certaines peuvent à l'extrême rigueur ne pas l'être; ainsi vous deviendrez d'abord des gens plus sociables, d'un caractère plus facile, et puis, à cette condition seulement, vous serez hommes de science, c'est-à-dire de progrès. Nombre de choses admises comme vraies ne sont que des théories ou des conventions. Elles n'auront qu'un temps. S'acharner à les défendre, c'est nier les droits de la science. La science traduit sa vitalité par son mouvement et ses variations. Elle sera morte le jour où elle sera immobile, et ils sont morts aussi les savants qui veulent l'empêcher de varier, c'est-à-dire que leur cerveau est pour ainsi dire figé dans un état qui leur permet l'admiration du passé, mais leur interdit de prendre part à l'évolution de la science contemporaine.

Mais avant d'aller plus loin, permettez-moi de vous faire part d'un scrupule. J'ai tout à l'heure cité Bazin, montrant combien ses doctrines étaient exclusives; mais je ne voudrais pas qu'il vînt à l'esprit d'aucun de mes auditeurs que j'ai été dirigé par un sentiment autre qu'un sentiment scientifique et que je n'ai pas gardé à la mémoire de mon maître une respectueuse reconnaissance. Je l'ai pris comme exemple parce qu'il a été un maître, parce que, malgré une doctrine trop exclusive, il a été un médecin éminent, parce qu'une méthode même défectueuse n'a pas suffi à exclure son esprit génial. Je l'ai choisi justement à cause de sa haute valeur. J'aurais eu la partie trop belle, si j'avais discuté quelque doctrinaire obscur ou bien le doctrinaire qui prend la plume pour démontrer, par exemple, l'efficacité d'une eau minérale dans tout un groupe d'affections. Souvent, chez ce dernier, la théorie sera inflexible, et le fait, au contraire, d'une flexibilité telle qu'il s'adaptera parfaitement à la conception thérapeutique qu'il s'est imposé de démontrer. Il pourra plaider éloquemment sa cause, mais il sera plus avocat que médecin.

La classe des théoriciens comprend une foule de variétés. Permettez-moi de vous en présenter une fort commune: celle du médecin qui prétend faire la médecine avec la physiologie. Généralement il ne fréquente pas les laboratoires et ne connaît la physiologie que théoriquement. S'il l'avait pratiquée, il connaîtrait ses difficultés, ses causes d'erreur et n'essaierait pas d'introduire en pathologie, comme vérités démontrées, des hypothèses empruntées à une autre science. Le physiologiste, en effet, guidé par une idée qu'il est souvent obligé de modifier, fait un certain nombre d'expériences; ces expériences sont vraies, c'est-à-dire qu'on les reproduira toujours en se plaçant dans les mêmes conditions; mais, pour les expliquer et les relier, il faut une théorie. Les médecins qui ont du goût pour ce genre de travaux, s'emparent de cette théorie, et, sans autre enquête, l'appliquent à la pathologie. Ils font une œuvre aussi vaine que fragile. Ils compensent, il est vrai, cette fragilité par leur fécondité; il est, en effet, bien plus facile d'inventer que de trouver. La découverte de la vérité demande toujours de longues et patientes recherches, le roman médical, au contraire, demande seulement un peu

d'imagination, quelques connaissances théoriques, une certaine faconde et une certaine facilité de plume.

Vous pourrez m'objecter que je suis trop exclusivement clinicien, que je refuse systématiquement l'appui des autres sciences : sur ce point, mon opinion ne s'écarte point de celle des vrais physiologistes. Parmi eux, je citerai le plus grand de tous, il s'exprime en des termes qui ne peuvent laisser aucun doute sur sa pensée :

« La clinique, dit Cl. Bernard, doit nécessairement constituer la base de la médecine. L'objet des études du médecin est le malade, et c'est la clinique qui lui en donne la connaissance. La physiologie n'intervient ensuite que comme une science explicative qui nous fait comprendre ce que nous avons observé, car la science n'est, en réalité, que l'explication des phénomènes. Mais, dans ces explications, la médecine doit procéder graduellement et ne jamais s'éloigner de l'observation clinique rigoureuse, sans cela, elle fait fausse route. Malheureusement, il est des médecins qui, trop pressés de tout comprendre, faussent ou dénaturent les faits cliniques pour les plier à leurs explications physiologiques, hypothétiques ou prématurées. Ceux-là nuisent plus à la médecine scientifique qu'ils ne la servent réellement (1). »

Suivant notre grand physiologiste, la physiologie ne doit intervenir en médecine qu'à titre explicatif. Il revient sur ce sujet en maints endroits de ses ouvrages. Je puis vous montrer, par une autre citation, qu'il ne faut ni abuser de la physiologie, ni fermer l'oreille à ses enseignements. « Ceux, dit-il, qui veulent aujourd'hui tout expliquer en médecine par la physiologie, prouvent qu'ils ne connaissent pas la physiologie et qu'ils la croient plus avancée qu'elle n'est. Ceux qui repoussent systématiquement les explications physiologiques en médecine, prouvent qu'ils ne connaissent pas le développement de la médecine scientifique et qu'ils se trompent sur son avenir. »

Je parle avec une certaine vivacité des physiologistes médecins, parce que j'ai contre eux, je dois l'avouer, une certaine rancune. Un jour j'eus à faire une thèse de concours intitulée : « L'action physiologique des médicaments peut-elle devenir la règle de leur emploi thérapeutique ? » Je savais que plusieurs de mes juges désiraient que je répondisse oui, car un candidat, et c'est là un des mauvais côtés de ce genre d'épreuve, a bien plus la préoccupation de réussir que de chercher la vérité. Malgré moi, la réponse non s'imposa. Je dus soutenir la négative, et plusieurs, parmi mes juges, m'accusèrent de ne pas être progressiste. Il y a de cela seize ans ; j'ai depuis réfléchi souvent à cette question, et aujourd'hui encore, malgré les progrès incontestables de la physiologie, je serais obligé de faire la même réponse, car l'action physiologique des médicaments ne nous est pas connue, nous connaissons seulement certains de leurs effets ; ces effets, nous essayons de les expliquer bien incomplètement et bien grossièrement, hélas ! par quelques théories. Faire de ces théories, de ces hypothèses provisoires, la base de la thérapeutique, c'est faire une thérapeutique bien instable ; s'il est cependant une partie de notre science que nous ne devons modifier qu'à bon escient, c'est certainement celle qui s'applique au traitement des malades.

. . . .

(1) Claude Bernard. *Leçons de pathologie expérimentale*, p. 10. Paris, 1872.

Le clinicien ne doit donc jamais se laisser égarer par les théories pathogéniques, physiologiques et autres. Il étudie les faits cliniques, les relie ou les explique par des théories, mais impose toujours à celles-ci un rôle subordonné. C'est là une vérité de premier ordre et, pour entraîner votre conviction, je dois accumuler les preuves ; je les tirerai de l'histoire de la médecine, elle nous montre par quelles erreurs ont passé nos ancêtres, elle nous fait apparaître que les médecins ont erré toutes les fois qu'ils ont imaginé au lieu d'observer.

En empruntant mes arguments à l'histoire de la médecine, je n'ai nullement l'intention de vous en présenter les différentes phases ; c'est là l'objet d'un enseignement spécial qui vous est fait par un maître d'une haute compétence. Je prendrai seulement quelques épisodes empruntés aux XVIIe, XVIIIe et XIXe siècles et je ne parlerai ni des anciens, ni des grands médecins qui ont illustré les écoles étrangères.

Au XVIIe siècle, en France, la médecine était une religion et la Faculté une corporation.

La médecine était une religion, c'est-à-dire qu'on commentait les anciens, Hippocrate et Galien, exactement comme dans une religion on commente les textes sacrés. Ainsi, sur nombre de livres de cette époque, voit-on une approbation conçue dans les termes suivants : « Nous soussignés, docteurs de la très salutaire Faculté de médecine de Paris, certifions avoir lu l'ouvrage de ... sous ce titre... : et attestons, en outre, qu'il ne s'y trouve rien qui ne soit conforme à la vraie et pure doctrine d'Hippocrate. Aussi le jugeons-nous digne d'être livré à l'impression et publié. En foi de quoi nous avons signé... » Or, si une théorie ne suffit pas à faire un bon travail, que dirons-nous de théories basées sur une interprétation inexacte des auteurs anciens ? Il faut convenir que ces anciens étaient supérieurs aux médecins contemporains du grand roi, car les maîtres sont toujours supérieurs aux élèves, et l'on est un élève tant qu'on suit le chemin tracé par ses prédécesseurs, tant qu'on n'essaie pas de se frayer une route à travers les sentiers non battus. Mais le jour où les modernes, par leurs travaux personnels, agrandissent le domaine de la science, ils sont supérieurs aux anciens, puisqu'ils peuvent joindre les connaissances récentes à celles transmises par leurs pères ; car la science, contrairement à l'art, est essentiellement impersonnelle. Une découverte publiée devient la propriété de tous ; les générations futures en profiteront au même titre que les présentes. Aussi peut-on répéter, quand il s'agit de la science, que nous sommes les véritables anciens, la science vieillissant à mesure que les siècles s'écoulent.

Je vous ai dit que la médecine au XVIIe siècle était une religion, et je vous ai dit ce qu'il fallait entendre par là. Je vous ai dit aussi que la Faculté était une corporation bien moins occupée d'enseigner que de maintenir intacts les privilèges octroyés par les différents rois.

Vous pourrez vous en convaincre en lisant le texte des serments exigés des bacheliers, licenciés et docteurs, en constatant avec quel acharnement la Faculté poursuivait les chirurgiens, les barbiers, les apothicaires, les médecins de la Faculté de Montpellier, les médecins supposés chimistes. On poursuivait même les médicaments, témoin la fameuse querelle de l'antimoine qui fut autorisé, puis interdit par plusieurs arrêts du Parlement.

Ce siècle était le siècle de l'orthodoxie, de l'intolérance ; aucune hérésie ne devait être supportée, et les méde-

cins ne sont pas faits autrement que les autres hommes !

Ceux d'alors, absorbés par leurs théories, sont illisibles pour nous, si ce n'est au point de vue purement historique. Ces théories ont dû transformer les malades en véritables martyrs, si l'on en juge par la lecture du journal de la santé du roi, rédigé par Valot, d'Aquin et Fagon. Ils nous ont transmis le détail des indispositions de leur maître (même dans ce qu'elles ont de plus vulgaire et de plus offensant pour la majesté royale), ainsi que les médications instituées pour les combattre. Si, du reste, vous désirez connaître la médecine et les médecins de la fin du XVII[e] siècle, leurs procédés d'enseignement, leurs théories, leurs querelles, vous en aurez une idée exacte dans le très remarquable ouvrage de Maurice Raynaud : *Les Médecins au temps de Molière*. Vous y verrez que notre illustre comique connaissait bien les médecins de son époque ; ce qu'il faut leur reprocher, ce n'est point leurs théories sur le chaud, le froid, le sec, l'humide, et sur le mouvement des humeurs, c'est d'avoir presque complètement sacrifié les faits et de leur avoir sacrifié un enseignement purement doctrinaire.

Voulez-vous, à côté d'eux, voir un vrai clinicien observant à la même époque ? Passez le détroit, vous trouverez, en Angleterre, Sydenham. Lui aussi a des théories, mais, comme derrière ces théories on sent le médecin qui a vu, qui voit des malades, et, à deux siècles d'intervalle, nous pouvons encore lire ses écrits, toujours avec intérêt, souvent avec profit.

Le goût de la théorie se perpétue en France au XVIII[e] siècle et je ne puis m'empêcher de vous en citer un exemple, qui me paraît bien caractéristique. Un homme éminent, professeur de cette Faculté, qui a laissé un nom dans la science, Astruc, écrit un traité d'accouchement vers 1750. La première ligne de sa préface est : « Je n'ai jamais accouché, j'entreprends cependant de donner des leçons sur l'art d'accoucher, cela paraît se contredire. » Que diriez-vous, messieurs, si aujourd'hui, chargé de vous enseigner la pathologie, je déclarais n'avoir pas observé les maladies que je vous décrirai ? Du reste, Astruc aime tant la théorie, que, dans le livre dont je viens de parler, il discute longuement si Adam et Eve, non instruits par la tradition, coupèrent ou non le cordon ombilical de leurs enfants ; on dirait que le moyen âge continue en médecine jusqu'au XVIII[e] siècle ! Mais ne croyez pas cependant que ce siècle manque de cliniciens, c'est celui de Boerhaave, van Swieten, Stoll, de Haen, Torti, Borsieri et tant d'autres, qui ont vu des malades et ont observé ; mais j'ai hâte d'arriver au grand siècle médical, au XIX[e] siècle.

Si la France a été médicalement inférieure pendant les siècles précédents, elle a été dans celui-ci à la tête du mouvement, j'éprouve une véritable joie patriotique à le proclamer, et j'en éprouverai une non moindre à vous le démontrer.

C'est en effet, dans le premier quart de ce siècle que vécut, travailla et publia ses découvertes, notre immortel Laënnec, prince des médecins, le plus illustre, le plus grand savant des cliniciens. Et, chose étonnante, son nom qui est la gloire de notre profession n'a point pénétré dans le public. On y connaît le nom de Corvisart, de Broussais et de tant d'autres hommes de second rang, on ignore Laënnec. C'est pour lui un mérite de plus. Le véritable savant doit chercher exclusivement l'approbation de ses confrères ou collègues, s'adresser exclusivement au public compétent qui peut seul juger ses travaux, et non au grand public attiré avant tout par ce qui brille ou fait du bruit. Si Laënnec vivait de nos jours, il serait interviewé, des reporters décriraient le sthétoscope, des journaux illustrés en donneraient le dessin avec le portrait de l'auteur, et il serait considéré comme le merveilleux inventeur d'un petit cylindre de bois qui permet d'écouter ce qui se passe dans la poitrine. Il eut le bonheur de vivre dans un temps où un médecin pouvait travailler sans mettre le public dans sa confidence. Il joignit la dignité professionnelle au génie scientifique.

Il est le type admirable du clinicien ; il unit la théorie et la pratique. Lui seul peut-être permet d'affirmer que le clinicien tel que j'ai essayé de le définir n'est pas un être idéal, mais qu'il existe dans la nature. Celui qui considérerait ce grand homme, seulement comme l'inventeur de l'auscultation, en aurait une idée bien fausse ; ce n'est qu'une partie de son œuvre. Il a décrit la phthisie pulmonaire, la gangrène pulmonaire, l'apoplexie pulmonaire, la dilatation des bronches, etc., et ses descriptions n'ont point vieilli parce qu'elles sont faites d'après nature et non d'après un schéma théorique. Il affirme d'ailleurs sa méthode dans une dédicace latine écrite en tête de son ouvrage et adressée aux professeurs de cette Faculté.

« L'anatomie pathologique et le diagnostic, dit-il, sont le fondement même de la médecine... Ces deux branches de notre art lui fixent des limites qui le maintiennent dans le cadre des sciences physiques ; mais ces limites, que de fois nous les avons vues franchies par ceux qui veulent donner pour base à la médecine l'hypothèse, et qui, prenant pour cause des maladies le froid ou le chaud, le sec ou l'humide, le simple ou le composé, se sont trompés et ont trompé les autres ! Oubliant absolument que la science ne s'occupe que de ce qu'on peut connaître, torturant les faits eux-mêmes pour les ajuster à je ne sais quel lit de Procuste, ils ont accumulé une telle masse d'hypothèses que, même chez les meilleurs d'entre eux, il n'y a presque rien de bon, ni de vrai à attendre... Je ne sais vraiment par quelle étrange destinée les médecins se sont toujours lancés dans les théories et les hypothèses ; c'est à peine si, depuis Sydenham, pendant ces dernières années, la médecine a pu se débarrasser du joug des hypothèses régnantes et acquérir peu à peu la même méthode que les autres sciences physiques... Ces hommes si sages (Boerhaave et ses élèves) savaient que l'hypothèse la mieux appropriée aux faits, la plus voisine de la vérité, pouvait être renversée par une découverte nouvelle, même par une seule... Tous ces raisonnements probables sur les causes et la nature des choses sourient plus à l'esprit des jeunes gens que l'observation assidue des malades. »

Dans sa préface, Laënnec dit encore : « Nous conviendrons qu'il est dans la nature de l'homme de lier entre eux les faits dont l'ensemble constitue une science, que l'étude des anciennes théories, les efforts pour en créer de nouvelles, peuvent être loués comme des amusements de l'esprit, pourvu qu'ils ne servent qu'à rallier les faits et qu'on soit prêt à les abandonner dès qu'un fait leur résiste... »

S'il fallait prendre à la lettre ces assertions, Laënnec se serait tenu à l'observation pure des faits, et ne ferait à la théorie qu'une bien petite part ; mais, en écrivant ces lignes, il vise surtout les théories générales comme celles émises par Broussais, qui voulait tout expliquer par l'inflammation.

J'aurais pu limiter mon étude à Laënnec et à Broussais : dans le premier vous auriez vu la sagesse médicale person-

nifiée, le type idéal dont nous devons chercher à nous rapprocher; dans le second, le type de ce médecin théoricien qui plie tous les faits à sa théorie, qui soutient que le tubercule et le cancer, par exemple, sont des produits inflammatoires, que les fièvres, qui devaient plus tard se confondre dans la seule fièvre typhoïde, sont l'effet d'une gastrite; qui abuse tellement de la gastrite, qu'après lui ce mot disparaît pour ainsi dire de la langue médicale et qu'on n'ose plus le prononcer.

Des doctrines aussi absolues ne sont pas seulement pernicieuses pour la science, elles le sont surtout pour les malades. Obéissant à la doctrine de leur maître, le suivant avec ferveur, nombre de ses disciples allèrent partout saignant et resaignant fiévreux, cancéreux, tuberculeux, etc. Personne ne saura jamais combien de malades eurent à souffrir de la funeste doctrine de l'inflammation, cause de toutes les maladies et de la funeste doctrine de la saignée, remède souverain de toute inflammation.

Mais si nous laissons le côté humanitaire et nous plaçons sur le terrain scientifique, nous reprocherons surtout à Broussais la stérilité de ses hypothèses. Nous ne saurions reprocher à une hypothèse d'être mauvaise, parce qu'elle n'est pas vraie, puisqu'une hypothèse n'est jamais vraie, mais nous trouvons mauvaise toute hypothèse qui n'explique aucun des faits connus, ou qui n'aide pas à en faire connaître de nouveaux. Or, que nous apporte la doctrine de Broussais? En quoi a-t-elle fait avancer la science? Elle ne nous a rien donné, ou plutôt elle nous a donné un exemple mémorable des erreurs dans lesquelles pouvait tomber le médecin qui, négligeant l'observation, se livre à des études purement spéculatives.

Je vous parlais tout à l'heure des découvertes dont Laënnec enrichit la science; mais un véritable maître l'enrichit encore par les travaux de ses élèves. Je prends ici élève dans le sens le plus large du mot, comprenant non seulement ceux qui ont suivi les leçons du professeur, mais ceux qui, s'inspirant de son enseignement, marchent dans les voies qu'il a ouvertes. Laënnec peut être, à ce point de vue, considéré comme le véritable chef de la génération médicale de 1830, génération qui comprend Louis, Andral, Cruveilhier, Roger, Bouillaud, etc., qui portèrent si haut le nom de la médecine française qui fut, à ce moment, la première du monde. Les grands médecins du XVII[e] siècle avaient été des Anglais (Harvey et Sydenham), ceux du XVIII[e] avaient été des Hollandais, des Allemands, des Italiens. Grâce à Laënnec et à son école, nous devenons, en 1830, la grande école médicale de l'Europe. Comme un peuple ne conquiert pas une supériorité dans une branche de l'activité humaine en restant inférieur dans les autres, il est juste de rappeler combien fut brillante la génération dont je vous parle, dans les différentes sciences, dans les arts, dans les lettres.

Aucune supériorité n'est durable; la génération qui suivit celle de 1830 ne la valut pas, et, pendant le second empire, les universités allemandes nous disputèrent le rang qui nous avait appartenu dans la première moitié de ce siècle. Dans ces universités, les sciences telles que la physiologie et l'histologie, la chimie biologique, considérées jusque-là comme des sciences accessoires, furent cultivées avec ardeur et leur étude donna des résultats que n'auraient jamais pu supposer les générations précédentes. Les médecins les appliquèrent immédiatement à l'étude des malades et des maladies. Les cliniciens se contentèrent de puiser, dans les sciences dont je viens de parler, des idées et des théories, qu'ils soumirent au contrôle de l'observation. D'autres, au contraire, voulurent les introduire directement en médecine. Soyez convaincus que les premiers seuls ont fait une œuvre durable.

Vous trouverez peut-être que je parle d'une façon bien vague de la médecine contemporaine, que je ne cite personne; mais il est bien difficile de parler de ses contemporains. Laënnec dit dans sa préface : « Recentiores omittam, ne per ignes incendam suppositos cineri doloso, aut super carbones vel adhuc flagrantes. » Permettez-moi de ne pas faire ce que n'a pas fait Laënnec.

Quoi qu'il en soit, je vous en ai dit assez pour vous montrer que les médecins qui ont ouvert les grandes voies ont toujours étudié les faits, et leur ont subordonné les théories; ce fut la gloire de l'école française. C'est en suivant leur exemple, que vous continuerez ce passé glorieux. Je dis vous, car vous êtes l'avenir. Puisse cet avenir être heureux, brillant, prospère; je le souhaite dans votre intérêt, dans l'intérêt de cette école, dans l'intérêt de la patrie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 avril 1890. — Présidence de M. NICAISE.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. MONOD présente le malade dont il a parlé dans la dernière séance. Il montre le résultat que lui a donné l'orchidopexie.

COMMUNICATIONS

Ectopie testiculaire; orchidopexie. — **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** croit que l'orchidopexie est une opération utile. Il ne pense pas qu'il faille enlever tous les testicules qui se trouvent en ectopie. Il s'est étonné d'entendre deux affirmations contraires. Pour certains chirurgiens, tout testicule en ectopie est un organe qui a perdu toute aptitude fonctionnelle. D'autres chirurgiens prétendent que toutes les glandes séminales en ectopie peuvent produire des spermatozoïdes. La vérité est que certains de ces testicules, non descendus jusqu'au fond des bourses, peuvent devenir excellents, au point de vue fonctionnel, quand on les fixe par en bas.

En général, toutes les fois qu'il est possible de conserver le testicule, il faut le conserver. On pratiquera l'orchidopexie qui met la glande séminale en bonne position et lui permet de se développer dans de meilleures conditions.

M. Lucas-Championnière a eu l'occasion d'opérer un enfant de dix ans, atteint de cryptorchédie vraie. Dans ce cas, la sortie du testicule hors de l'abdomen a été utile.

Quand on fait une bonne opération pour remédier à l'ectopie testiculaire, on doit agir largement sur le cordon. Il faut dégager le canal déférent, de façon à ce que ce conduit sur lequel rampe l'artère spermatique soit pour ainsi dire seul à suspendre le testicule. Dans ces conditions, il est impossible de fixer le cordon, car celui-ci n'existe plus. Si l'on fixe le cordon, c'est que l'opération a été mal faite, c'est que le cordon n'a pas été suffisamment dissocié.

Il n'est pas rationnel de suturer le cordon. L'ascension du testicule se voit souvent après l'orchidopexie. La glande séminale a une grande tendance à remonter vers la partie supérieure des bourses. Il faut essayer de lutter contre cette tendance en isolant, autant que possible, le canal déférent. Mais la suture du cordon n'ajoute aucune chance à la réussite de l'orchidopexie. La fixation du cordon est une illusion de médecine opératoire.

M. JALAGUIER entretient la Société de chirurgie de deux malades qu'il a opérés et dont les observations se trouvent consi-

gnées dans la thèse de M. Duchesne (1889). Il s'agissait d'un enfant de dix ans et demi et d'un jeune homme de quatorze ans et demi. M. Jalaguier a pratiqué, dans les deux cas, la cure radicale pour remédier à l'ectopie testiculaire. Les deux opérés ont porté un bandage après l'opération.

L'examen, pratiqué peu de temps après l'intervention, permettait de constater que le testicule était uni à la partie inférieure du scrotum par des adhérences. Chez l'un des sujets, le testicule orchidopexié semblait avoir augmenté de volume.

Mais cet heureux résultat n'était qu'apparent. Hier, M. Jalaguier a examiné le jeune homme dont la glande séminale semblait avoir subi un certain degré de développement. En réalité, ce testicule n'a que la moitié de volume du testicule du côté opposé. La consistance de la glande est dure, fibreuse. La pression du testicule ne détermine aucune douleur. Ce qui avait donné l'illusion d'une augmentation de volume, c'est l'hypertrophie de l'épididyme. Le testicule est de la grosseur d'un haricot.

Chez les deux enfants, le testicule réduit au fond des bourses est resté petit et dur, tandis que l'autre glande séminale s'est développée.

L'orchidopexie est une opération excellente, mais elle n'assure pas le développement futur de la glande séminale. Dans les deux cas de M. Jalaguier, le testicule est resté atrophié. Le chirurgien pense, contrairement à ce que dit M. Lucas-Championnière, que la fixation du cordon est utile.

Cholécysto-entérostomie. — M. TILLAUX rapporte le fait suivant, à propos du rapport de M. Terrillon.

Un homme de trente-huit ans, employé de commerce, entre dans le service de M. Bucquoy, pour une affection qui avait débuté vingt mois auparavant. Cet homme, au commencement de sa maladie, ne souffrait pas; mais à la fin du mois de décembre 1889, il est pris de douleurs affreuses et entre dans les salles de M. Bucquoy le 13 janvier 1890. Les douleurs siégeaient dans l'hypochondre droit et la région épigastrique. Le malade présentait une teinte verdâtre généralisée. Ses urines étaient noires et ses selles décolorées. Le diagnostic porté par M. Bucquoy était le suivant : obstruction du canal cholédoque.

La palpation abdominale faisait reconnaître dans la région de la vésicule tubaire, une tumeur arrondie régulière, rénitente, très douloureuse, débordant la ligne médiane, s'étendant dans la région ombilicale et présentant à peu près le volume d'une tête d'enfant. Cette tumeur était formée par la vésicule biliaire très distendue.

M. Tillaux ouvre la cavité abdominale, reconnaît que la tumeur est formée par la vésicule biliaire, ponctionne celle-ci, la vide et l'attire à l'extérieur pour l'ouvrir plus largement. Les explorations ne permettant pas de reconnaître si le canal cystique était perméable ou non, M. Tillaux fixe la vésicule à la paroi abdominale et attire au dehors un bout d'intestin grêle qu'il accole à la vésicule. Aucun point de suture n'est fait entre l'intestin et la vésicule qui restent adossés et fixés à la paroi abdominale.

M. Tillaux n'a pas voulu pratiquer une anastomose entre la vésicule biliaire et l'intestin, avant de s'être assuré de la perméabilité du canal cystique. Si ce conduit n'est pas perméable, il est inutile d'établir une communication entre l'intestin et la vésicule.

Pendant l'opération, il a remarqué la facilité avec laquelle l'hémorrhagie se produisait dès qu'on touchait aux parois de la vésicule.

Cette opération amène rapidement la suppression complète des douleurs et l'amélioration de l'état général du malade.

Quarante-huit heures après l'opération, la bile s'écoulait dans le pansement. Le canal cystique était donc perméable, on pouvait dès lors faire la cholécysto-entérostomie.

Vers le septième ou le huitième jour après l'opération, au moment où M. Tillaux jugea que la vésicule et l'intestin avaient contracté des adhérences, il fit une petite ponction à l'anse intestinale, introduisit la branche d'une pince dans l'ouverture ainsi produite, et appliqua l'autre branche de la pince dans la cavité de la vésicule biliaire. Les deux branches de la pince furent rapprochées et bien serrées. On laissa l'instrument en place. C'est ainsi que Dupuytren détruisait avec son entérotome l'éperon d'un anus artificiel.

La pince tomba le septième jour, en laissant une large communication entre la vésicule biliaire et l'intestin. A partir de ce moment, les selles furent colorées. Le deuxième temps de l'opération étant terminé, il fallait compléter l'intervention en faisant disparaître l'ouverture pratiquée à la paroi abdominale.

M. Tillaux fit une opération pour amener l'occlusion de l'intestin, de la vésicule biliaire et de la paroi abdominale. Le résultat immédiat fut bon. Mais, sous l'influence d'une bronchite, l'intestin s'ouvrit de nouveau quarante-huit heures après. La cure de l'anus contre nature n'avait donc pas réussi. Mais la cachexie faisant des progrès, le malade succomba.

L'autopsie démontra l'existence d'un cancer de la tête du pancréas oblitérant le canal cholédoque. Le foie était cancéreux.

M. LE DENTU a eu l'occasion d'enlever un calcul inclus dans le canal cystique d'une femme. Cette malade présentait les signes d'un rein mobile. Mais la complexité des souffrances que ressentait la malade mit M. Le Dentu sur la voie d'un diagnostic plus précis.

Le ballottement rénal réveillait des douleurs rénales et hépatiques. La palpation faisait reconnaître une tuméfaction de la vésicule biliaire. Cette femme avait eu longtemps auparavant des coliques hépatiques. Au moment où elle fut examinée par M. Le Dentu, elle ne présentait ni teinte ictérique ni décoloration des selles. M. Le Dentu, après avoir posé le diagnostic de rein mobile et de distension de la vésicule biliaire, prit le parti de traiter la vésicule biliaire avant d'opérer le rein mobile.

La laparotomie fut pratiquée. La vésicule étant ouverte, il s'écoula un liquide blanchâtre (ce qui prouve l'ancienneté de l'oblitération). La vésicule mesurait 15 centimètres et le calcul était solidement enclavé dans le canal cystique. L'exploration ne fit reconnaître aucune oblitération, aucun corps étranger dans le canal cystique. Le canal cholédoque semblait être libre. Pendant l'opération, un flot de bile s'écoula par la vésicule. Celle-ci fut fixée à la paroi abdominale. Pendant quelques jours, la bile ne s'écoulait pas dans l'intestin. Les selles étaient décolorées. En revanche, la bile passait par le drain placé dans l'ouverture de la vésicule. M. Le Dentu pensa que le canal cholédoque était le siège d'un spasme qui empêchait la libre circulation de la bile. Il donna du bromure de potassium à la malade. Le spasme cessa. Les matières se décolorèrent. Le drain fut supprimé, et il ne resta pas de fistule biliaire.

Tel a été le premier temps de cette opération. Dans une deuxième séance, M. Le Dentu agira sur le rein mobile.

M. TERRIER, dans l'opération qu'il a pratiquée, ne s'est pas demandé si le canal cystique était perméable. Il a constaté que la vésicule biliaire était distendue. Il en a conclu que le canal cystique était perméable. C'est ce qui lui a permis de faire l'opération en un seul temps.

M. Terrier recommande de faire la fistule dans le point le plus élevé possible de l'intestin grêle. On a dit qu'on ne pouvait pas ouvrir la vésicule biliaire dans le duodénum. C'est une erreur. M. Terrier a pratiqué l'anastomose de la vésicule avec la deuxième portion du duodénum.

On doit pratiquer une ouverture aussi petite que possible dans l'intestin, afin d'éviter l'introduction des matières fécales dans le réservoir de la bile. Enfin, il est préférable de pratiquer l'opération en un temps.

M. TILLAUX est de cet avis au point de vue théorique. Mais la clinique met des obstacles à l'exécution des plans opératoires. Dans certains cas, on ne fait que ce l'on peut, ou ce que l'on juge moins dangereux pour le patient. M. Tillaux, après avoir constaté que la vésicule contenait un mucus blanchâtre, crut prudent d'attendre avant de faire une anastomose entre la vésicule et l'intestin. Il ne savait pas si le canal cystique était perméable. Il ne pouvait donc pas faire l'opération en un seul temps.

Corps étranger de la vessie; perforation de la vessie et de l'intestin. — M. PAMARD (d'Avignon). Une fille de trente-quatre ans accusait des douleurs intolérables dans le bas-ventre. Elle avait de l'incontinence d'urine. En la pressant de questions, on lui fit avouer qu'elle était tombée (?) sur un crayon qui avait pénétré dans le vagin. Ce crayon, disait-elle, avait été bien supporté pendant huit jours, mais bientôt étaient survenues des douleurs qui duraient depuis six mois. M. Pamard pensa à une perforation de la cloison vésico-vaginale. Cette malade avait dû introduire volontairement le crayon dans sa vessie. Après avoir endormi cette femme, M. Pamard constata un calcul étranglé par l'orifice vulvaire. L'hymen fut ouvert et on put retirer de la vessie un crayon de 14 centimètres de longueur. Ce corps étranger avait perforé la cloison vésico-vaginale. L'écoulement d'une petite quantité de liquide verdâtre fit penser qu'il existait en même temps une ouverture de l'intestin dans la vessie. M. Pamard fit une petite opération plastique sur le vagin pour oblitérer la fistule vésico-vaginale.

Cette femme mourut quelques jours après. La grippe avait amené la terminaison fatale. L'autopsie fit reconnaître l'existence d'une tuberculose pulmonaire. On constata qu'il existait un canal s'ouvrant dans la vessie et qui traversait une anse d'intestin pour aller aboutir dans l'intérieur du cæcum. Ce trajet fistuleux était nettement limité par des adhérences.

Accidents locaux de la cocaïne. — M. BOUSQUET, dans le but d'opérer un hypospadias, fit un quart d'injection d'une solution à 1/20e de cocaïne, à droite et à gauche de la future incision. Il obtint ainsi une anesthésie complète pendant trente-cinq minutes. Des troubles trophiques survinrent et une perte de substance sans suppuration se produisit.

Dans un autre cas, des accidents survinrent à l'occasion d'une opération de phimosis.

M. Bousquet pratiqua, entre la peau et la muqueuse du prépuce, une injection de cocaïne (une seringue contenant une solution à 1/20e). Le lendemain on constatait un œdème de la verge. Une plaque de gangrène se forma sur le fourreau de la verge, dans un point situé à quelque distance du lieu où l'injection avait été faite. Peut-être la cocaïne avait-elle pénétré dans une veine.

M. Bousquet ne croit pas que les accidents en question soient dus à une faute contre l'antisepsie.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Empiriques et charlatans (XVIe et XVIIe siècles) (1).

Par M. Victor FOURNEL.

VI

La chirurgie et particulièrement la lithotomie comptent, au XVIIe siècle, nombre de praticiens célèbres. A côté des Collot, qui constituent une véritable dynastie, de Félix, de Maréchal, il ne faut pas oublier le frère Pierre et surtout le frère Jacques. Maréchal reconnaissait avoir « appris deux ou trois petites choses de la manière de tailler de frère Pierre, » et s'applaudissait de les avoir appliquées, quand il eut à faire l'opération au duc d'Estrées en 1698 (2). Le frère Pierre fut bien loin d'atteindre à la célébrité du frère Jacques, le précurseur du fameux frère Côme, qui se signala par sa science et son habileté au siècle suivant; mais le frère Côme était un véritable religieux et un véritable chirurgien, tandis que le frère Jacques ne fut ni l'un ni l'autre : « Ce n'étoit ni un moine, ni un ermite, mais un homme bizarrement encapuchonné de gris, qui avoit inventé une manière de faire la taille par à côté de l'endroit ordinaire. Tout est mode en France; cet homme-là y étoit lors tellement qu'on ne parloit que de lui. On fit suivre ses opérations pendant trois mois, et sur vingt personnes qu'il tailla, il en mourut fort peu (1). »

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 289.
(2) *Idem*, t. VI, p. 407.

Le frère Jacques, de son vrai nom Jacques Beaulieu, né en 1651, dans un tout petit hameau de la Franche-Comté, de pauvres cultivateurs, qui lui avaient à peine fait apprendre à lire et à écrire, s'était passionné de bonne heure pour la chirurgie. Il en prit les premiers élements dans un régiment de cavalerie où il s'était engagé, et où il fit connaissance avec l'empirique Pauloni. Au sortir du régiment, il voyagea avec lui dans différents pays, lui servant d'aide dans l'opération de la taille, très attentif à tout, et se faisant une pratique sûre. Il le quitta pour venir s'établir en Provence, où il travailla huit ou dix ans. Ce fut vers 1690 qu'il revêtit un habit monastique, qui se rapprochait de celui des Récollets, sauf en quelques détails. Il pensait sans doute que cette robe lui donnerait plus d'autorité. L'habit de prêtre ou de religieux, si fréquent alors en médecine, était un reste des vieilles traditions, un legs de l'époque où, né dans les cloîtres, l'art de guérir était entre les mains des ecclésiastiques, et où ceux mêmes qui n'étaient pas clercs n'en devaient pas moins garder le célibat.

Il arriva à Paris au mois d'août 1697, muni de certificats et d'une lettre d'un chanoine de Besançon qu'il avait guéri, et qui le recommandait à un confrère de Notre-Dame. Sur l'ordre du premier président Harlay, les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu furent chargés d'examiner son savoir : on le fit opérer sur un cadavre, et sa méthode d'incision latérale fut vivement approuvée par les uns et non moins vivement désapprouvée par les autres. L'épreuve fut renouvelée plusieurs fois dans les années suivantes, car le roi, à qui l'on en avait parlé, à la suite d'une opération difficile, accomplie avec un succès complet sur un garçon cordonnier, par devant le premier chirurgien Félix, s'était intéressé à lui, et il logeait même chez son valet de chambre favori, Bontemps. Soixante malades lui furent confiés, tant à la Charité qu'à l'Hôtel-Dieu; il en mourut vingt-cinq. Les oppositions redoublèrent : on lui reprochait sa témérité, son ignorance de l'anatomie, sa négligence à préparer le patient et à le panser après l'opération. Mais en même temps il gagnait chaque fois des partisans nouveaux, et de très précieux. Ses voyages augmentaient encore sa réputation. En 1701, il avait conquis plusieurs des hautes notabilités de la science : Duchesne, premier médecin des princes, Bourdelot, Félix, Fagon lui-même, qui avait la pierre, et voulait se faire opérer par lui. Les maîtres chirurgiens de la Charité de Versailles, attestaient qu'ils avaient suivi trente-huit de ses opérations, toutes d'un heureux succès. Mais la famille de Fagon détermina celui-ci à s'adresser à Maréchal, et la même année, son échec avec le maréchal de Lorges, qui mourut entre ses mains, lui porta un nouveau coup.

Frère Jacques quitta alors Paris, et se mit à parcourir la Hollande, la Lorraine, l'Italie, etc. Il y obtint de tels succès, qu'on fit frapper des médailles en son honneur. Il prit alors sa retraite, et mourut, selon les uns en 1714, selon les autres en 1720 (2). L'exercice de son art ne l'avait pas enrichi, car il était fort désintéressé ; sa méthode de taille, par l'appareil latéral, lui survécut, et la chirurgie officielle s'appropria la pratique de cet irrégulier.

Le frère Jacques, nous l'avons dit, était un paysan à peu près illettré, comme plusieurs autres dont nous avons parlé. Il nous sert tout naturellement de transition pour passer à notre dernière catégorie d'empiriques, c'est-à-dire aux villageois et gens du peuple.

Tel fut, par exemple, l'opérateur Jeannot, qui s'occupait particulièrement de la gravelle et de la pierre (3). Mais on peut considérer surtout comme le type de cette classe, le laboureur

(1) *Mémoires de Saint-Simon*, t. II p. 402. Édit. in-12.
(2) ELOY. *Dictionnaire historique de la médecine.* In-4°, 1788.
(3) *Relation du baron Hennequin*, 1675.

Christophe Ozanne, qui, vers la fin du XVIIe siècle, fit de son hameau de Chaudray (près Mantes), un lieu de pèlerinage où l'on accourait de toutes parts comme vers un thaumaturge. Il ne se servait que de simples. Ozanne ne vint point à Paris, mais Paris ne se fit pas faute d'aller chez lui. En 1695, son nom faisait grand bruit à la cour et à la ville. Les poètes chantèrent ses cures innombrables et son désintéressement, car, comme l'écrit à la marquise de Sévigné Mme de Coulange, qui l'appelle Christophe *aux ânes*, « les cancers, la gravelle, les abcès, les ulcères, rien ne tient devant lui. Il donne aux pauvres ses remèdes pour rien; il les fait payer aux riches, précisément ce qu'ils valent, n'exige pour toute récompense que trente sous ou un écu, qu'il fait mettre dans un tronc pour les pauvres. Le duc de Gramont et Turmenies (trésorier de l'extraordinaire des guerres) sont guéris par lui; le dernier lui a envoyé cent pistoles, qu'il lui a renvoyées aussitôt (1). » On se servait de son nom dans maintes épigrammes pour en accabler la Faculté :

Ozanne n'eut jamais dessein
De s'ériger en médecin :
L'honneur qu'on lui fait le chagrine :
Lui médecin ! Comment? Par où?
Il guérit tout le monde et n'en prend pas un sou :
Tous les jours le contraire arrive en médecine.

Une autre s'exprime ainsi :

Sans grec, ni latin, ni grands mots,
Avec une herbe, une racine,
Ozanne guérit de tous maux,
Et surtout de la médecine.

Le nom du médecin de Chaudray devint assez populaire à Paris, pour qu'on le représentât sur l'un de ces grands Almanachs illustrés du XVIIe siècle, que les amateurs recherchent tant aujourd'hui, et pour que l'abbé Bordelon publiât sous ce couvert un curieux opuscule (2). Il mourut pauvre et déjà un peu oublié, en 1713. Un peu plus tard, un paysan de Berne, Michel Schuppart, surnommé le médecin de la montagne, devait renouveler la vogue de Christophe Ozanne, la dépasser peut-être, et attirer à lui, de tous les points de l'Europe, non moins de consultations que son illustre compatriote Tronchin.

(1) Lettre du 28 janvier 1696.

(2) *Les malades en belle humeur, ou Lettres divertissantes écrites de Chaudray*. In-12, 1697.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 avril 1890, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Le Blanc, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mardi 27 mai 1890, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au 14 mai 1890 inclusivement. — Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1890; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1894.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Guinon, moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, est nommé chef du laboratoire de clinique chirurgicale de ladite Faculté (hôpital de la Pitié), en remplacement de M. Clado, appelé à d'autres fonctions.

M. Hudelo (Lucien-Louis-Albéric), docteur en médecine, est nommé moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Guinon, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Lambling, professeur de chimie organique, membre du conseil général des Facultés, est nommé assesseur du doyen de ladite Faculté.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Haffner, délégué dans les fonctions d'aide d'anatomie, est nommé aide d'anatomie.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Cabadé, suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales, est chargé d'un cours d'hygiène et médecine légale.

— *École de médecine de Tours.* — M. Révol, chef des travaux anatomiques et physiologiques, est chargé des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *Laboratoire de zoologie maritime de Wimereux.* — M. Bonnier, chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de zoologie maritime de Wimereux, est nommé directeur-adjoint dudit laboratoire.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Joubin, docteur ès sciences, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, d'un cours de physique à la Faculté de médecine de Besançon.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — Un congé d'inactivité est accordé à M. Cagnieul, préparateur de botanique.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Meslin, docteur ès sciences, est chargé d'un cours complémentaire de physique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gabriel Gignoux (de Lyon); Michaux (de Louvain).

— M. le professeur Alfred Fournier reprendra le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 25 avril 1890, à neuf heures du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. — Ordre du cours : les mardis, leçons au lit des malades; les vendredis, leçons à l'amphithéâtre (dix heures).

— M. le docteur Descroizilles recommencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles, à l'hôpital des Enfants-Malades, le vendredi 25 avril, à neuf heures, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. — Examen des malades avant la leçon.

— M. le professeur Mathias Duval reprendra son cours d'embryologie comparée, à l'École d'anthropologie, le lundi 28 avril, à cinq heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— Le mercredi 23 avril 1890, à huit heures et demie très précises du soir, dans le grand amphithéâtre du Palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, M. le docteur Léon-Petit, secrétaire général de l'œuvre des enfants tuberculeux, fera une conférence sur : « Un péril social. »

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Droit médical et code des médecins, docteurs, officiers de santé, sages-femmes, pharmaciens, vétérinaires, étudiants, etc., par MM. Alfred Lechopié, avocat à la Cour de Paris, et le docteur Ch. Floquet, médecin du Palais de Justice et du Tribunal de commerce, avec une préface de M. Brouardel, doyen à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-12 de 530 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Formulaire de thérapeutique appliquée, ou des médicaments et leurs formules classées d'après les indications thérapeutiques, par le docteur Ferrand, médecin de l'hôpital Laënnec, etc., précédé d'une préface de M. le professeur Peter.

1 vol. in-16. — Prix : 4 francs; cartonné, 4 fr. 50 ; relié, 5 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Les maladies épidémiques dans le Midi, traitement préventif d'après les travaux les plus récents, par le docteur J.-E. Vivant, membre de la Société de médecine pratique de France. Broch. in-8° de 120 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

55

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, dont la base est le bon lait, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

74

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

10

SIROP ANTIPHLOGISTIQUE DE BRIANT

Phie *rue de Rivoli, 150, Paris,* et ttes phies.

Le **SIROP DE BRIANT,** recommandé à son début par les professeurs LAENNEC, THÉNARD, GUERSANT, etc., a reçu la consécration du temps : il avait été breveté en 1829. VERITABLE BONBON PECTORAL, à base de gomme et de coquelicots, il convient surtout aux personnes délicates comme les femmes et les enfants. Son excellent goût ne nuit en aucune manière à son efficacité contre les *rhumes* et toutes les *inflammations* de la *poitrine* et des *intestins.*

83

EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE DE RUBINAT

Source du docteur LLORACH.

L'analyse de l'Académie de médecine de Paris démontre que cette eau contient 103gr814 de substances fixes, dont :

SULFATE DE SOUDE	SULFATE DE MAGNÉSIE
96gr265	3gr268

Cette eau purge rapidement et sans irritation. Elle n'exige aucun régime.

Dose normale : un verre.

Prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs ordonnances **Rubinat,** *Source* **Llorach.**

75

PILULES, SOLUTION, SIROP, VIN DE ROBIQUET

Au Pyrophosphate de Fer

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prescrit contre l'*Anémie, Chlorose, Rachitisme, Scrofule,* etc.; il restitue à la *constitution des Os, des Nerfs et du Sang* le FER et le PHOSPHORE trop rapidement éliminés par les sécrétions.

Exiger sr l'étiquette la SIGNATURE **E. ROBIQUET.**

A Paris, DETHAN, phien, et ttes les pharmacies.

99

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.
La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . *2 fr.*
Phien ✻, *2 bis,* r. Blanche, Paris. Envois par poste.

51

DÉBILITÉ, ANÉMIE
MALADIES DE L'ENFANCE

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, agréable au goût, possède les mêmes propriétés que l'**Huile de foie de Morue.**

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS, et Phies.

42

SIROP POLYPHOSPHATÉ, ÉLIXIR POLYPHOSPHATÉ

VIN LOGEAIS POLYPHOSPHATÉ

aux PHOSPHATES de POTASSE et de SOUDE et à la NOIX de KOLA.

Un verre à liqueur représente 0,70 centigr. de phosphates combinés.

Réparateur des Os, des Muscles, du Sang.

Paris, 37, avenue Marceau, et toutes pharmacies.

49

VACCIN DE GÉNISSE

pour 4 pers., **75** cent.; pour 20 pers., **1 fr. 50.**
Echantillon gratuit. — Dr CHAUMIER, Tours.

99

PURGATIF GÉRAUDEL

au CONVOLVULUS OFFICINALIS

LAXATIF — RAFRAICHISSANT
TONIQUE — DIGESTIF

EMPLOYÉ AVEC SUCCÈS

CONTRE

les Glaires, la Bile, les Aigreurs
le Manque d'appétit
et les Impuretés du Sang
la Constipation, les Maux de tête
la Migraine et toutes les
Maladies des Voies digestives

Le problème que nous avons cherché à résoudre était de trouver un produit commode, agréable, bien dosé, efficace, et en même temps non susceptible d'irriter l'estomac et les intestins.

Après de longues et patientes recherches, nous avons la certitude d'avoir résolu ce problème.

Le purgatif hygiénique que nous offrons avec confiance au public, sous le nom de **Purgatif Géraudel,** est exclusivement composé de substances végétales.

Nous lui avons donné la forme de tablettes, ce qui nous a permis de le doser exactement, d'en faciliter l'emploi, et de le rendre aussi agréable qu'efficace.

Les principes qui nous ont guidés dans la préparation et la composition de notre **Purgatif Géraudel** sont les mêmes que ceux qui nous ont servi de base dans la préparation de nos pastilles de goudron dites *Pastilles Géraudel,* auxquelles le public a fait un accueil sans précédent.

Cherchant à supprimer le danger qui existe pour l'estomac d'être en contact immédiat avec des substances qui l'irritent et le fatiguent, nous sommes parvenu, à l'aide de procédés et d'appareils spéciaux, à incorporer des produits purgatifs d'une pureté irréprochable dans des tablettes qui se dissolvent facilement dans la salive avec laquelle elles forment une *émulsion purgative* d'une efficacité aussi certaine qu'inoffensive pour les muqueuses de l'estomac et de l'intestin.

On prend une seule tablette à la fois, le matin à jeun, un quart d'heure avant le déjeuner; et, si cela est nécessaire, une autre le soir, en se couchant.

Il faut les sucer, c'est-à-dire les laisser fondre dans la salive, avant de les avaler.

Si l'on voulait obtenir un effet purgatif plus grand, on peut, sans inconvénient, suivant le tempérament de la personne, doubler ou tripler et même quadrupler la dose dans le même jour.

Pour purger les enfants de six à douze ans, une ou deux tablettes, prises le matin à jeun, suffisent.

On peut manger après avoir pris nos tablettes, et vaquer à ses occupations comme d'habitude.

VENTE

GROS : chez l'inventeur A. GÉRAUDEL, pharmacien à Sainte-Menehould (Marne)

DÉTAIL : *Dans toutes les Pharmacies de France et de l'Etranger.*

Prix en France : **1** fr. **50** la Boîte de 18 Tablettes

ENVOI D'ÉCHANTILLONS GRATUITS

à MM. les Médecins qui désireraient expérimenter le **Purgatif Géraudel.**

52

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

92

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire,* 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

67

RÉVULSIF INSTANTANÉ ADMIS DANS LES HOPITAUX

PAPIER EYMONNET

Iode à l'état naissant au moment de l'application.

Utilise les propriétés énergiques et l'absorption de l'iode naissant. Rubéfaction rapide; dérivatif puissant se substituant à tous les autres modes d'emploi de l'iode, aux vésicatoires et thapsias.

Pharmacie EYMONNET, Dijon. Envoi gratis aux médecins sur demande. La feuille, 0 fr. 60.

33

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**g.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans ttes Phies. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

N° 48. — JEUDI 24 AVRIL 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 24 AVRIL 1890. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Heckel voudrait doter notre armée d'un aliment stratégique. Il pense l'avoir trouvé dans la noix de kola. Celle-ci n'agit pas seulement par la caféine et la théobromine : le *rouge* de kola lui semble une substance aussi active que méconnue. Les médecins militaires n'ont pas cru pouvoir accepter un produit dont le principe est encore mal défini.

Après une réponse de M. Sée, qui préfère la caféine, l'Académie a entendu plusieurs communications intéressantes : l'une de M. Guermonprez (de Lille), sur les fractures du calcanéum par écrasement; deux faits d'obstétrique, malformation faciale chez un fœtus et tumeurs rénales du fœtus; enfin, M. Frantz Glénard (de Lyon) a exposé les méthodes d'exploration du foie dans le diabète.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

De la gangrène pulmonaire.

J'ai examiné devant vous une femme, âgée de cinquante-six ans, qui est entrée dans mon service le 18 janvier 1890.

L'histoire de sa maladie est intéressante, quoique la première phase de son affection ne se soit pas passée sous nos yeux. Il est cependant indispensable de connaître le début des accidents que cette femme présente du côté de l'appareil pulmonaire.

Quand j'ai vu cette malade pour la première fois, j'ai appris qu'elle était souffrante depuis quinze jours. A l'origine, les phénomènes morbides étaient peu graves. Ils étaient constitués par du malaise, de la toux et de la bronchite, au dire de cette femme. Il y a tout lieu de penser qu'il s'agissait alors d'une simple grippe.

Les choses ont été ainsi pendant quinze jours, sans qu'aucun symptôme sérieux vînt troubler la quiétude de cette malade.

Mais, trois jours avant son entrée à l'hôpital, elle constata des symptômes nouveaux. Sa maladie entrait, en effet, dans une phase nouvelle. Il s'était produit une mutation des plus nettes dans les symptômes locaux et dans les symptômes généraux.

Le symptôme local, qui a tout d'abord fixé l'attention de la malade, est une douleur extrêmement violente, ayant pour siège la région thoracique du côté droit. Ce n'était pas une douleur limitée pouvant mériter le nom de point de côté; mais c'était une douleur déchirante, diffuse, occupant tout le côté droit du thorax.

Un deuxième symptôme présenta des modifications qui furent notées par la malade. La toux qui existait dès le début de l'affection devint quinteuse. Les quintes étaient longues et pénibles.

A la même époque, l'expectoration devint plus abondante. Tout ce que la malade peut affirmer, c'est qu'elle n'avait pas eu auparavant de crachats sanglants.

Tandis que ces symptômes apparaissaient, l'état général se modifia. La prostration et l'abattement étaient marqués. La fièvre existait certainement le 5 janvier. Peut-être l'état fébrile avait-il pris naissance les jours précédents; la malade n'en sait rien, mais elle affirme avoir eu de la fièvre le 14 janvier, c'est-à-dire le jour où la maladie est entrée dans une nouvelle période.

La mutation des symptômes datait de quatre jours, quand cette femme est entrée à l'hôpital. Elle était sous le coup d'un état grave.

Son facies altéré, les plaques de cyanose qui siégeaient sur ses joues; la dyspnée intense qui, sous l'influence de la toux, arrivait jusqu'à la menace de suffocation; les sueurs abondantes; le pouls petit, concentré, misérable; l'élévation de la température (39°2) constituaient un ensemble symptomatique inquiétant. A la visite du soir, mon chef de clinique, M. Duflocq, constate la *fétidité de l'haleine :* symptôme des plus sérieux par lui-même.

Peu après apparaît une expectoration fétide, abondante, provoquée par les quintes de toux. Cependant les crachats étaient nombreux, en dehors même de la toux.

Le lendemain, l'expectoration devient granuleuse, sanieuse, mélangée de sérosité et de particules solides, mousseuse à la surface et exhalant une odeur d'une fétidité horrible. C'était l'odeur gangréneuse.

Cette femme, quand je l'ai examinée au quatrième jour de cette seconde période de sa maladie, était atteinte d'un point de sphacèle dans l'appareil pulmonaire. Son haleine, l'odeur et l'aspect de ses crachats permettaient de faire ce diagnostic.

Avant de procéder à un examen plus complet, on était à

se demander si les probabilités n'étaient pas en faveur, non pas d'une gangrène pulmonaire, mais d'une gangrène des extrémités bronchiques.

Cependant, l'haleine et les crachats sentaient assez mauvais pour que l'on pût croire à l'existence d'une gangrène pulmonaire. On a dit, et avec forte raison, que si fétides que soient les crachats et l'haleine dans la bronchite fétide, jamais l'odeur n'est aussi épouvantable que celle qui existe dans la gangrène pulmonaire. Dans le cas actuel, l'odeur était assez infecte pour laisser le diagnostic en suspens. La bronchite fétide était aussi probable — de par ce seul signe, fétidité de l'haleine — que la gangrène pulmonaire. Il faut ajouter qu'on avait pris des mesures pour empêcher la diffusion de l'odeur. Grâce à ces précautions sur lesquelles je reviendrai, il n'y avait pas autour de la malade cette puanteur spéciale qu'on rencontrait anciennement dans la gangrène pulmonaire. Voilà la raison pour laquelle l'odeur n'était pas absolument caractéristique.

Comment pouvait-on porter le diagnostic entre la bronchite fétide et la gangrène pulmonaire ?

Tout d'abord, par l'examen de la malade. Si on ne trouvait que des signes de bronchite diffuse sans aucun vestige de foyer pneumonique, on était forcé de renoncer à l'hypothèse de gangrène pulmonaire. Il faut, en effet, une condensation du tissu pulmonaire pour faire de la gangrène du poumon. L'examen pouvait donc nous guider dans le diagnostic.

Quand j'ai pratiqué l'examen de cette femme, j'étais à peu près sûr de trouver des signes de gangrène pulmonaire. Ce début violent, cette douleur si vive, les modifications subies par la toux, le mauvais état général de la malade constituaient des présomptions en faveur du sphacèle du poumon. L'examen de la poitrine me permit de vérifier mon diagnostic.

Il existait des signes de bronchite diffuse et généralisée. Mais, du côté droit à la partie moyenne du poumon et s'étendant à la base, on constatait du souffle et de la matité. Les vibrations thoraciques ne pouvaient guère donner de résultats satisfaisants, car la voix de la malade était faible. Quoi qu'il en soit, l'existence d'un foyer pneumonique limité était démontrée.

La marche de la maladie a vérifié l'exactitude de ce diagnostic.

Le foyer d'induration s'est creusé sous nos yeux. La cavité s'est faite progressivement. On a entendu du souffle cavitaire, caverneux: puis le retentissement vocal est devenu pectoriloquie. En même temps, l'expectoration augmentait de quantité. Il y avait élimination au niveau de la plaque d'induration.

Pour que rien n'y manque, il s'est fait un peu d'épanchement pleural. Sur une étendue de deux travers de doigt à la base du poumon, on pouvait constater les signes de la présence du liquide pleural qui s'est résorbé rapidement.

Pendant ce temps, l'examen microscopique des crachats avait pu être fait. En multipliant les investigations, on a fini par découvrir le corps du délit. Des microbes très nombreux ont été rencontrés, toutefois ils n'ont aucune valeur démonstrative dans l'espèce. Mais mon chef de laboratoire a trouvé dans les crachats des *fibres élastiques* : voilà le corps du délit.

Il est donc certain qu'il s'est fait, au niveau du foyer pneumonique, une nécrose partielle. L'élimination du tissu pulmonaire nécrosé a ramené des crachats complexes.

L'expectoration contient un nombre considérable de microbes. On a constaté tout d'abord la présence du leptothrix. Leyden a cru anciennement que la gangrène pulmonaire était produite par un leptothrix siégeant dans le poumon. En réalité, le leptothrix, que l'on trouve dans ces cas, est celui de la bouche. Il n'a aucune signification. Je ne vous en parle que pour mémoire.

Grâce à la méthode des cultures, mon chef de laboratoire a pu nettement reconnaître dans l'expectoration des staphylocoques, des streptocoques, deux espèces de bacilles encapsulés, etc. Il y avait onze variétés de micro-organismes dans les crachats. Cette richesse de microbes dans l'expectoration prouve toute la rigueur qu'il faut apporter à l'interprétation des faits pour tirer des conclusions sur l'existence des microbes pathogènes.

Des inoculations ont été faites à des souris et à des rats, mais les résultats obtenus jusqu'ici ne sont pas démonstratifs.

Qu'est-ce que c'est que cette gangrène pulmonaire qui s'est produite dans le cours d'une maladie jusque-là peu grave ? C'est une gangrène qui n'est pas absolument rare. Ce cas doit entrer dans la classe des *gangrènes par ischémie.*

La pneumonie est une cause de gangrène pulmonaire. Le sphacèle se produit par le fait de la compression du réseau capillaire dans une partie du foyer pneumonique. On répète que la gangrène pulmonaire, survenant à la suite de la pneumonie, est exceptionnelle. Je n'ai pas compté les cas, mais je puis affirmer que ce n'est pas un fait extraordinaire. Grisolles avait déjà signalé la gangrène pulmonaire consécutive à la pneumonie. Dans une statistique faite par Huntington, en 1876, on relève 11 morts de sphacèle du poumon. Dans 7 cas, la pneumonie avait été la cause de la gangrène.

Mais il ne suffit pas d'avoir une pneumonie pour avoir de la gangrène pulmonaire. Le foyer pneumonique est la cause instrumentale directe de la mortification du tissu ; pour qu'il y ait nécrose par compression, il faut que la vitalité du tissu pulmonaire soit au préalable diminuée. La débilité de l'organisme favorise la production du sphacèle pulmonaire.

Cette femme avait la grippe depuis plusieurs jours. Mais si on l'interroge avec soin, on apprend qu'elle avait subi, depuis plusieurs mois, une atteinte dans sa santé. Notre malade était moins forte que d'habitude, elle toussait de temps en temps. Son organisme était en état de déchéance, si bien que je me demande si cette détérioration qui a précédé la grippe n'était pas due à une tuberculose. Je n'affirme rien à ce sujet, mais peu importe l'interprétation donnée à un fait certain : cette femme avait senti que sa santé n'était plus la même, plusieurs mois avant l'apparition de sa grippe. Dans le cours de cette dernière maladie il y a eu de la condensation pulmonaire et secondairement de la mortification du tissu par modification de la vitalité. Il a suffi de la moindre modification locale pour transformer la mort imminente du tissu pulmonaire en mort réelle.

La pneumonie n'est pas la seule cause qui produise cette gangrène pulmonaire par ischémie.

Les foyers d'hémorrhagie pulmonaire, les infarctus métastatiques, les cavernes pulmonaires peuvent déterminer la compression du réseau capillaire.

Dans une autre classe, la condition la plus saisissable de la gangrène est l'altération du sang. La *dyscrasie* est la cause des sphacèles pulmonaires qui surviennent dans le décours

du typhus, dans la convalescence de la rougeole. A côté de ces cas, il faut ranger la gangrène des diabétiques, celle des alcooliques, etc.

Je crois que la dyscrasie n'est pas la cause unique du sphacèle. Du reste, dans la grande majorité des cas, plusieurs facteurs étiologiques doivent être invoqués pour expliquer la production de certaines gangrènes. Mais j'admets qu'il y a entre la dyscrasie et le sphacèle du poumon des altérations artérielles intermédiaires. Néanmoins, la condition la plus nette, la plus apparente, c'est la dyscrasie.

Dans une troisième classe, on doit ranger les altérations du tissu par le contact direct, dans les voies aériennes profondes, de substances et de gaz irritants.

En 1869, il y eut une explosion à la place de la Sorbonne. Le picrate de potasse avait produit cet accident. Un externe de mon service avait été exposé pendant quelques minutes aux gaz délétères diffusés dans l'atmosphère. Ce jeune homme, malgré les soins qui lui furent prodigués, succomba à une gangrène pulmonaire étendue.

C'est le moment de parler de la gangrène pulmonaire des vidangeurs. Il est certain que l'alcoolisme, l'alimentation insuffisante, la mauvaise hygiène doivent entrer en ligne de compte, quand il s'agit d'établir la cause de la fréquence de la gangrène pulmonaire chez ces hommes. Mais la condition primordiale de cette affection pulmonaire est l'inhalation de gaz.

L'introduction de parcelles alimentaires, de substances irritantes, expliquent la gangrène pulmonaire que l'on rencontre si souvent chez les aliénés.

Dans une observation publiée en 1881, j'ai montré que la gangrène pulmonaire avait été consécutive à la présence d'un cancer de l'œsophage. Le sphacèle est produit par des lésions directes du tissu pulmonaire. Un cas analogue a été signalé par Andral.

En résumé, les trois chefs auxquels on peut rapporter la gangrène du poumon sont : 1° l'ischémie; 2° la dyscrasie; 3° la lésion directe du tissu pulmonaire.

Pour en revenir à la malade, je vous dirai que je suis content de son état actuel. L'affection aiguë est terminée. Il y a plusieurs jours que la fièvre est tombée. Aujourd'hui, la température est à 37 degrés. La dyspnée est moindre; l'état général meilleur. La malade a le sentiment d'une grande amélioration.

Ce matin, j'ai constaté une diminution dans l'étendue occupée par les signes cavitaires qui existaient au niveau de l'angle de l'omoplate du côté droit et s'entendaient sur une surface égale à celle d'une pièce de cent sous en argent.

Malgré l'amélioration de l'état local et de l'état général, je suspends le pronostic.

L'expectoration est encore abondante; il y a de la bronchite diffuse. La gangrène des extrémités bronchiques peut survenir et la fièvre se rallumer. Le pouls est meilleur, mais le facies est un peu altéré. Cette femme pourra-t-elle faire les frais de la réparation? C'est possible. Elle a, à l'heure actuelle, plus de chances bonnes que de mauvaises. C'est tout ce que l'on peut dire.

Je vous recommande le traitement que j'ai institué dans ce cas.

D'abord, pour modifier l'atmosphère, j'ai prescrit des pulvérisations d'acide phénique. Ceci est utile non seulement aux voisins, mais aussi au malade qui respire une atmosphère phéniquée.

J'ai donné de l'alcool à cette femme pour la soutenir, pour lui permettre de faire les frais de sa grave maladie.

Un jour j'ai constaté de la défaillance du cœur. Une infusion de digitale (40 centigrammes) a été donnée pour répondre à une indication pressante mais passagère. Le lendemain, après avoir supprimé ce médicament, j'ai administré tous les jours 50 centigrammes d'acide salicylique. Cet agent thérapeutique agit très bien comme antiseptique.

La malade avait donc : 1° de l'acide phénique qui pénétrait dans ses bronches; 2° de l'alcool; 3° de l'acide salicylique.

Cette dose de 50 centigrammes d'acide salicylique paraîtra faible, mais elle est suffisante. Quand il faut donner l'acide salicylique pendant plusieurs jours, il ne faut prescrire que 50 centigrammes.

Mais la fétidité de l'haleine n'avait pas disparu. J'ai ajouté au traitement précédent de l'hypochlorite de soude liquide. J'ai fait mettre dans un julep 4 grammes de liqueur de Labarraque. C'est une bonne dose. L'action de cette préparation sur l'haleine est très rapide. Il est, je crois, impossible de faire plus.

La malade pourra succomber aux accidents de bronchite, à l'encombrement pulmonaire par élimination insuffisante des tissus nécrosés. Mais elle est guérie de sa gangrène pulmonaire.

DES RÉSULTATS OBJECTIFS DE L'EXPLORATION DU FOIE DANS LE DIABÈTE

Par M. le docteur Frantz Glénard (de Lyon).

Pour explorer le foie de mes malades (324 diabétiques), j'ai eu recours à deux méthodes de palpation : la méthode classique par la paroi abdominale antérieure, et la méthode que j'ai proposée et décrite sous le nom de « procédé du pouce. »

Ce procédé consiste à rapprocher le plus possible le bord du foie de la paroi abdominale antérieure par une pression simultanée de la région lombaire droite, qu'on soulève avec les quatre derniers doigts de la main gauche, et du flanc droit que l'on comprime de bas en haut avec la main droite; puis à placer, en tâtonnant, la pulpe du pouce gauche, qui est libre, profondément en arrière et au-dessous de la ligne où l'on soupçonne la présence du foie. Si, alors, on fait exécuter au malade une profonde inspiration, le bord du foie peut s'abaisser en avant du pouce et il n'y a qu'à ramener en même temps la pulpe de ce doigt, d'arrière en avant et de bas en haut, pour faire sauter le bord du foie et apprécier ainsi sa forme, son épaisseur, ainsi que la densité et la sensibilité du tissu hépatique. Si l'exploration par le procédé du pouce donnait des résultats aussi négatifs que l'exploration par la méthode classique, alors seulement on aurait le droit de dire que le foie est normal ou tout au moins ne présente pas de signes objectifs; mais il peut aussi être atrophié, ce que vérifiera la percussion.

Grâce au procédé du pouce, on peut diviser la face et le bord antérieurs du foie en trois régions : au milieu, la région du lobe carré, entre deux lignes parallèles à l'axe du corps, passant, l'une par l'extrémité libre du cartilage de la neuvième côte droite, l'autre par l'appendice xiphoïde (ou, plus exactement, la ligne parasternale droite) ; à droite, la région du lobe droit ; à gauche, la région du lobe épigastrique. Le procédé du pouce permet donc d'ajouter à la notion des caractères généraux, tirés de la forme, du

volume, de la sensibilité ou de la densité, la notion de la localisation de ces caractères à un, à deux ou aux trois lobes du foie. Or, cette localisation est très variable ; il en doit donc être tenu compte, surtout pour un organe comme le foie, dont la séméiologie est encore si mal connue.

Pratiquée d'après ces principes, l'exploration du foie chez mes 324 diabétiques a donné lieu aux constatations suivantes :

Dans 60 p. 100 des cas de diabète, il existe une altération objective manifeste du foie. Cette altération porte le plus souvent sur un seul lobe (68 p. 100), parfois sur deux (18 p. 100), plus rarement sur la totalité de l'organe (14 p. 100). Le lobe droit présente des signes objectifs dans les quatre cinquièmes des cas (83 p. 100), où le foie est accessible à la palpation. C'est la localisation du lobe droit seul qui est la plus fréquente (51,5 p. 100).

La densité du foie est nettement augmentée chez le tiers (36 p. 100), et sa sensibilité accrue chez le quart des malades (24 p. 100).

Chez le quart des malades (23 p. 100), le foie est en même temps induré et indolent.

De toutes les altérations objectives du foie, c'est l'augmentation de volume qui est le plus fréquemment rencontrée (34,5 p. 100). L'augmentation de volume (hypertrophie) existe avec la même proportion dans les deux sexes.

De toutes les variétés d'hypertrophie, c'est l'hypertrophie indurée et indolente (44 p. 100 des foies accessibles), avec sa localisation au lobe droit (39 p. 100), qui est la plus fréquente.

En se basant sur l'examen comparatif de quatre-vingt-onze foies diabétiques, on peut formuler les propositions suivantes :

1° Le foie diabétique est le siège d'un processus évolutif constant, et les variétés objectives notées chez les diabétiques ne sont que les phases de ce processus :

Le lobe carré est le plus instable dans ses lésions, le lobe droit le plus stable et en même temps le seul lobe du foie qui ne soit jamais restitué *ad integrum*.

2° Il n'existe pas de variété objective du foie qui soit caractéristique du diabète et le distingue à la fois de l'alcoolisme et de la lithiase biliaire.

Les lésions sont plutôt localisées à un lobe (lobe droit) dans le diabète, à deux lobes (lobes droit et carré) dans la lithiase biliaire, aux trois lobes dans l'alcoolisme.

Je propose le terme d' « hépatisme » pour exprimer la parenté, par un trouble fonctionnel du foie, de toutes ces maladies, et expliquer d'une façon plus concrète les faits connus, relatifs d'un côté à la transformation réciproque de ces maladies l'une dans l'autre par l'hérédité ou chez un même malade, de l'autre côté leur rencontre dans le domaine de l'étiologie aussi bien que dans celui de la thérapeutique.

3° Il existe un diabète alcoolique fréquent qui est un diabète vrai et non une simple glycosurie symptomatique.

Le diabète vrai alcoolique a toute la valeur d'un diabète expérimental. Il est ici la conséquence d'une stéatose ou d'une hépatite alcooliques avortées, retardées, enrayées ou limitées dans leur évolution (précirrhose, cirrhose parcellaire, etc.).

De ce que les signes objectifs d'une altération du foie ne sont pas constants dans le diabète alcoolique, on n'est pas plus en droit de conclure à l'intégrité du foie, qu'on ne le fait, en pareil cas, dans les autres manifestations morbides, non glycosuriques, que peut provoquer l'alcoolisme.

Mais certaines des altérations du foie, constatées dans le diabète alcoolique, se retrouvent aussi, avec des caractères identiquement les mêmes, dans le diabète vierge de tout éthylisme. N'est-on pas en droit d'en inférer, que d'autres causes diabétogènes pourraient peut-être, tout aussi bien que l'éthylisme, n'engendrer le diabète que par l'intermédiaire de lésions du foie, analogues à celles que détermine l'alcool ?

Quoi qu'il en soit, et sans discuter en aucune façon la légitimité d'interprétations pathogéniques du diabète basées sur l'expérimentation, je crois pouvoir écrire :

La clinique affirme, en dépit de la médecine expérimentale ou de l'anatomie pathologique, le rôle important joué par le foie dans le diabète. La clinique affirme l'existence d'un diabète vrai produit uniquement par une affection du foie, d'origine exclusivement alcoolique.

Il n'est pas douteux que l'étude approfondie de cette variété de diabète ne jette la plus vive lumière sur la pathogénie du diabète, en général, et sur le mécanisme de la glycosurie.

THÉRAPEUTIQUE

Que faut-il entendre par Quinium Labarraque?

Par M. le docteur Delmis.

Nous avons eu l'occasion de remarquer plus d'une fois que, dans l'esprit d'un certain nombre de praticiens et même de pharmaciens, le Quinium ne représentait à l'esprit qu'un résidu, un déchet, pour ainsi dire, laissé par le traitement des quinquinas pour l'obtention de la quinine. Cette erreur provient, sans doute, de ce que, souvent, on présente dans le commerce de la droguerie, sous le nom de Quinium, des blocs résineux qui ne sont, en effet, que l'ensemble des résidus insolubles des quinquinas traités pour l'extraction des alcaloïdes. Ces masses indéfinissables, sans valeur, sont livrées au commerce à un prix infime, 5 francs le kilo, par exemple, alors que le Quinium véritable revient à plus de 100 francs le kilo.

Il nous a paru intéressant de rappeler ce qu'est le Quinium vrai, dû à la collaboration de A. Delondre et A. Labarraque, préparateurs de Pelletier et Caventou, les inventeurs de la Quinine ; de rappeler aussi qu'il a été considéré par l'Académie de médecine comme une acquisition thérapeutique importante, et que, dans le *Traité thérapeutique* de Trousseau et Pidoux, il est dit que le Quinium devrait remplacer toutes les autres préparations de quinquina.

Voici ce qui est écrit dans l'Officine de Dorvault au sujet du Quinium :

« Un produit qui nous semble appelé à jouer un rôle important en thérapeutique est le *Quinium* ou Extrait alcoolique de quinquina par la chaux, *extrait complet de Quina* de A. Labarraque ; on l'obtient en broyant un mélange de quinquina de composition telle qu'il représente 2 parties de quinine et 1 partie de cinchonine (pour assurer cette proportion, un essai et une analyse sont toujours nécessaires); on ajoute moitié de son poids de chaux éteinte, on traite ce mélange par l'alcool bouillant jusqu'à épuisement et on évapore ; le résidu est le *Quinium* représentant 33 p. 100 de son poids d'alcaloïdes, plus les autres principes actifs du quinquina ; en un mot, toute la matière de celui-ci, moins le ligneux.

Il est donc infiniment plus riche que les extraits ordinaires de quinquina, et les préparations qu'on en obtient sont donc beaucoup plus actives et plus uniformes dans leur action, le Quinium étant un produit dosé chimiquement.

D'autre part, le Quinium représentant les divers éléments du quinquina, il a des avantages, des réussites, que n'a pas le sul-

fate de quinine dans des cas de fièvre, hors toutefois les cas graves, urgents.

C'est donc un *tonique* et un *fébrifuge* de grande importance. »

Le Quinium Labarraque est surtout et presque exclusivement employé sous forme de vin.

On lit, dans le Formulaire magistral du professeur Bouchardat, au sujet de cette préparation :

« Le vin de Quinium Labarraque renferme 4gr50 de quinium par 1000 grammes.

Le quinium contient 1 gramme de quinine, 50 centigrammes des autres alcaloïdes et 3 grammes de principes extractifs solubles, toniques et aromatiques.

Dose : 100 grammes de vin comme fébrifuge; 30 grammes comme reconstituant, tonique et préservatif (soit un verre à liqueur à chaque repas). Remède excellent. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 avril 1890. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des notes de MM. Crié (de Rouen), Fricaud (de Semur-en-Brionnais), Gellie (de Bordeaux), Nicolas (de la Bourboule), Poncet (de Cluny), Pugliese (d'Ajaccio), Soulages (de Decazeville).

COMMUNICATIONS

Noix de kola. — M. HECKEL étudie la noix de kola depuis 1884.

La kola est un véritable médicament d'épargne, plus actif que la caféine et qui doit probablement cette activité au rouge de kola. Les alpinistes s'en trouvent fort bien ; les officiers allemands s'en servent et il y aurait intérêt à admettre ce médicament d'épargne comme aliment stratégique.

M. SÉE persiste à croire qu'il n'y a d'actif dans la noix de kola que la caféine et la théobromine. Ce produit n'est pas suffisamment défini à l'heure actuelle. Il est enchanté que les Allemands adoptent la noix de kola et laissent de côté la caféine, puisque c'est à ce dernier agent que la noix doit son action.

Si les alpinistes se trouvent bien de la noix de kola, ils se trouveraient encore mieux de la caféine, qu'il leur suffirait de prendre à la dose de 30 à 40 centigrammes, pour obtenir un résultat des plus satisfaisants.

M. L. Colin et nos médecins militaires préfèrent, jusqu'à nouvel ordre, la caféine à tout autre produit similaire.

Diabète. — M. FRANTZ GLÉNARD fait une communication sur les résultats objectifs de l'exploration du foie dans le diabète. (Voir plus haut, p. 447.)

Fœtus anencéphale. — M. GUÉNIOT présente un fœtus anencéphale, dont la face présente des sillons au fond desquels on voit des brides amniotiques multiples et adhérentes. Ces brides semblent avoir sectionné les tissus, de là les fentes observées sur le fœtus.

M. LANNELONGUE pense qu'on se trouve simplement en présence d'un arrêt de développement.

Fœtus hydropique. — M. GUÉNIOT vient d'observer un cas de dystocie dû à une lésion polykystique du rein, chez un fœtus de huit mois.

La femme, âgée de vingt-trois ans, multipare, éprouva les premières douleurs au huitième mois de sa grossesse. Bassin normal; dégagement normal de la tête de l'enfant, mais la tête, malgré les contractions suivies de l'utérus, reste ensuite immobile. On dégage artificiellement les deux bras. L'enfant succombe presque immédiatement après.

Les tractions n'aboutissent qu'à la déchirure des téguments. La main, introduite dans l'utérus, permet de constater l'excès de volume de la région abdominale du fœtus. Une ponction donne issue à 60 grammes de liquide ascétique.

L'extraction demeurant impossible, on retranche la tête et le bras droit du fœtus, et on pratique l'éviscération. Toute la masse du foie est alors enlevée; puis un tissu grisâtre, farci de petits kystes, probablement d'origine rénale. On peut alors terminer l'accouchement.

C'était un enfant du sexe masculin, dont l'abdomen était considérablement développé et œdématié. L'examen histologique des fragments de rein les ont montrés farcis de petits kystes contenus dans un stroma de tissu conjonctif. Les kystes étaient formés aux dépens des tubes excréteurs du rein ou aux dépens des capsules des glomérules.

La tumeur formée par les deux reins, mesurait 17 cent. 1/2 dans le sens transversal; 13 centimètres dans le sens vertical et 8 centimètres en épaisseur.

Fracture du calcanéum. — M. GUERMONPREZ fait une communication sur les fractures du calcanéum par écrasement.

Il existe deux variétés de fractures du calcanéum : les fractures par arrachement et les fractures par écrasement; celles-ci sont moins bien connues que les premières, on les observe surtout chez les ouvriers du bâtiment : zingueurs, couvreurs, etc. Il est fâcheux que cette variété de fractures soit trop souvent méconnue ou trop tard diagnostiquée; Malgaigne, le premier, a eu le mérite d'en indiquer les symptômes principaux : l'élargissement du calcanéum, l'abaissement des malléoles, l'effacement de la voûte plantaire, et une minime déviation du pied en valgus.

Lorsque le malade quitte le lit, les symptômes importants sont facilement constatables; pour cela il faut examiner le patient debout et à genoux, mais il est impossible d'arriver à un diagnostic certain si l'on se borne à une exploration le malade étant couché.

M. Guermonprez présente les photographies de plusieurs malades atteints de fracture, chez lesquels les symptômes étaient assez nets pour qu'il n'y eût pas de méprise au sujet du diagnostic; outre les signes indiqués, on constatait la disparition des saillies normales du mollet et l'absence de dépressions rétro-malléolaires, en même temps que le tendon d'Achille ne faisait plus sa saillie normale sous les téguments.

La fracture par écrasement du calcanéum doit être réduite et contenue; la réduction se faisant sans extension ni contre-extension, et la coaptation par des mouvements obliques et au moyen du massage. Pendant les premières, les applications chaudes sont utiles; on peut les employer sous forme de cataplasmes ou de pédiluves. Quand plus tard l'ostéite inévitable se déclare, on la combat par les pointes de feu.

RAPPORT

Ile de Zanzibar. — M. LE ROY DE MÉRICOURT lit un rapport sur cette île considérée au point de vue médical, par M. Marseille, médecin sanitaire de France à Zanzibar.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Empiriques et charlatans (XVIe et XVIIe siècles) (1).

Par M. Victor FOURNEL.

VII

Nous voyons souvent mentionnés encore, parmi les empiriques de cette fin du grand siècle, où la médecine officielle semble véritablement supplantée par la médecine d'aventure, Barbereau, qui fit fortune à « vendre en bouteille de l'eau de rivière » (2), San-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 441.

(2) LA BRUYÈRE. *Des jugements.* — Il ne le désigne que par les initiales B. B., mais les clefs indiquent Barbereau, devenu riche et célèbre en or-

guin et surtout Chambon. Mme de Sévigné parle des « remèdes ressuscitants » et des « cordiaux admirables » de Sanguin, et elle recommande qu'on l'appelle si elle tombait malade, à cause de son horreur pour la saignée (1). Elle s'exprime avec une véritable tendresse sur le compte de Chambon, né à Grignan, et qui avait soigné Mmes de Grignan et de Coulanges; elle s'intéressa beaucoup à lui quand il fut mis à la Bastille en 1703, pour une imprudence. Ami des poètes Lainez et Chaulieu, qui l'ont chanté, il fut procuré par ce dernier, qu'il avait guéri, au duc de Vendôme, qu'il ne guérit pas. Chambon, qui se faisait tout blanc de son épée et se posait en véritable Esculape, comme les autres gens de sa profession, dit à ce propos Sandras de Courtilz (2), « n'étoit pourtant qu'un véritable charlatan aussi bien que les autres. S'il avoit guéri quatre personnes, il en avoit tué quatre douzaines; les cures même qu'il avoit faites n'avoient été que l'effet du hasard. Il en étoit de lui comme du médecin Carette, qui n'avoit qu'un remède pour toutes sortes de maux et qui, cependant, vouloit qu'on le crût le plus habile homme du monde. » Ajoutons néanmoins que Sanguin et Chambon étaient munis de leurs diplômes. Chambon avait reçu le bonnet de docteur à Aix; plus tard, il se fit agréger à la Faculté de médecine de Paris : ce n'était donc pas un pur empirique, bien qu'il soit habituellement considéré comme tel par ceux mêmes qui en parlent avec éloges, et qu'il en eût les façons; c'était plutôt un indépendant, un réfractaire.

Citons encore en courant, car il faut en finir, Brimbœuf et ses eaux de Jouvence (3); Domergue, qui prétendait tirer toutes les maladies de la tête en passant dans les narines les barbes d'une plume pour provoquer l'éternuement, ou du corps, en les introduisant dans la gorge pour faire vomir; puis une foule d'apothicaires en possession de secrets merveilleux, vendant des liqueurs, des élixirs, l'eau du Gaudisseur, l'eau de la reine de Hongrie, l'essence de Jacob, des opiats, des tisanes et vulnéraires composés d'après des formules secrètes et guérissant tous les maux : par exemple, le Provençal Alary, avec son spécifique infaillible contre les fièvres, surtout contre les fièvres tierces, et Blegny fils, qui avait reçu de la famille de l'Orviétan la formule de son électuaire et qui tenait, en sa boutique du quai de Nesle, tous les extraits, sels, magistères de la pharmacie galénique et de la chimie, les baumes verts, noirs et blancs du Pérou et de la Judée, les eaux d'Ange, de Cordoue, etc., les cassolettes philosophiques, des eaux dysentériques, hystériques, diurétiques, un sel fébrifuge, des spécifiques infaillibles contre toutes les maladies et spécialement les maladies secrètes (4), etc., etc.

Bref, c'est l'âge d'or de l'empirisme. Il déborde, il s'étale, il envahit tout; il refoule la Faculté. C'est comme un soulèvement général contre les médecins gradués, tels que les a peints Molière. Les empiriques sont rois : tous les chroniqueurs d'alors le constatent. Les médecins étaient fort déchaînés contre eux, nous dit le marquis de Sourches, mais ils avaient tort, car on ne les appelait que lorsque l'impuissance de la Faculté avait été reconnue (5). Quoi qu'il en dise, on n'attendait pas toujours cette extrémité et on les convoquait souvent du premier coup. Tout charlatan, porteur d'un remède inconnu, était sûr de faire fortune. C'était une contagion, une fièvre de nouveauté. Les satiriques avaient beau jeu à railler cette folie : « Il en est des médecins comme des almanachs : plus ils sont nouveaux, plus ils sont consultés (6). » En 1697, l'abbé Brueys fit jouer la comédie des *Empiriques*, où il nous en montre deux qui ont changé de nom après avoir trop tué de malades, mais qui se reconnaissent réciproquement. L'un s'est même occupé quelque peu de fausse monnaie, sous prétexte d'alchimie. Ecoutez causer entre eux les personnages de la comédie : on ne voit plus dans Paris que gens à secrets, souffleurs, charlatans de toute nation, de toute espèce ; les coins de rues sont surchargés de leurs affiches. Chaque matin éclot un nouveau guérisseur ; l'usage du médecin n'existe plus : on ne se sert que des empiriques. Et qu'est-ce que les empiriques? Des animaux qui ne sont ni médecins, ni chirurgiens, ni même apothicaires. Il n'y a qu'eux pourtant qui aient le droit de guérir. Aujourd'hui, c'est tout le contraire : les gens les plus éloignés de ces professions-là sont ceux en qui l'on a le plus de confiance (1). Et l'introduction écrite par Palaprat, en tête de la comédie de son collaborateur (2), appuie sur ce ridicule entêtement qu'on a pour les empiriques. La folie va jusqu'à ne se pas informer qui est le médecin le plus habile, mais quel est le charlatan le plus cher.

Dans la *Dame médecin* de Montfleury, qui est, comme nous l'avons déjà dit, de 1678, la suivante, passant en revue tous ceux qui ont entrepris vainement la guérison de sa maîtresse, énumère, à côté des « six médecins crasseux qui venoient sur des mules », un *plumet* gascon, un abbé qui donne des poudres, un ancien musicien, inventeur d'un prétendu dissolvant, un arracheur de dents avec ses pilules, la veuve d'un chimiste et la sœur d'un curé qui fabriquent un baume à frais communs, un chevalier de Malte qui traite par l'antimoine, et un moine qui prétend guérir avec des eaux de diverses façons. Cette énumération donne une assez juste idée de la bigarrure infinie qui régnait dans la grande armée des empiriques, mais elle est loin d'être complète, et Montfleury en a plutôt oublié qu'il n'en a mis de trop : par exemple, nous ne voyons sur sa liste ni les étrangers, ni les paysans. Ce n'est pas un des moindres contrastes avec l'apparente correction du grand règne que cette efflorescence, cet épanouissement, ce triomphe du charlatan, sous forme du triacleur de place publique au début, et d'empirique à la fin, d'un bout à l'autre du siècle de Louis XIV.

donnant et en vendant lui-même des eaux « que l'on reconnut à la fin être de l'eau de Seine ».

(1) Dans les *Grands Écrivains de la France*, t. V, p. 76; t. VIII, p. 178.

(2) *Annales de la cour et de la ville pour 1698*.

(3) PEPINOCOURT. *Réflexions, pensées et bons mots*, p. 43, 1696.

(4) Voir le *Livre commode des adresses*, chapitre des « Matières médicinales simples ou composées ».

(5) *Mémoires*, mai 1685, t. I, p. 213.

(6) *Théâtre italien de Gherardi*, t. VI : « Pasquin et Marforio », acte III, sc. III (1697).

(1) *Les Empiriques*, acte I, sc. II.

(2) *Œuvres de Palaprat*, t. II. Édition de 1712.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Moreau-Marmont reprendra sa clinique odontologique, à l'hôpital de la Charité, le vendredi 25 avril, à neuf heures et demie, et la continuera les vendredis suivants, à la même heure.

— MM. les docteurs Mauriac, du Castel, Humbert, Balzer, de Beurmann et Pozzi reprendront leurs conférences cliniques, à l'hôpital du Midi et à l'hôpital de Lourcine, le mercredi 30 avril, à neuf heures et demie du matin.— La première conférence aura lieu à l'hôpital du Midi, la deuxième à l'hôpital de Lourcine, et les autres alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

— M. Ribemont-Dessaignes, agrégé, commencera les exercices opératoires d'obstétrique, à l'École pratique (pavillon n° 6), le lundi 5 mai 1890, à trois heures de l'après-midi, et les continuera les jours suivants, à la même heure.

Les inscriptions pour les manœuvres obstétricales seront reçues au secrétariat (guichet n° 2), de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au mardi 29 avril inclusivement. — Seront seuls admis : 1° les élèves pourvus de seize inscriptions; 2° les élèves de quatrième année, possesseurs de quatorze inscriptions. — Ils recevront une lettre de convocation spéciale.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

47

AVIS A MM. LES MÉDECINS

ÉLIXIR ET PILULES GREZ
CHLORHYDRO-PEPSIQUES
(*Amers et ferments digestifs*)

Traitement physiologique des dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse, troubles gastro-intestinaux des enfants. Doses : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert.

ALBUMINATE DE FER soluble
LIQUEUR DE LAPRADE

Le plus assimilable des ferrugineux : 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.
Envoi d'échantillons par colis postal.

53

SANTAL DE MIDY

Toujours bien supporté, il supprime l'usage répugnant du copahu et des cubèbes et réduit en 48 heures l'écoulement à un simple suintement.

Il est très efficace dans le catarrhe de la vessie, les rétrécissements de l'urèthre, l'engorgement de la prostate, la cystite du col, l'hématurie, et la néphrite suppurée; l'urine redevient rapidement claire et limpide. Dose : **6 à 12** capsules par jour. Phie MIDY, 113, Fg St-Honoré.

38

SIROP & VIN DE DUSART

AU LACTO-PHOSPHATE DE CHAUX.

Le procédé de dissolution du phosphate de chaux dans l'acide lactique, qui est l'acide du suc gastrique, est dû à M. DUSART; le corps médical a constaté l'efficacité de cette combinaison dans tous les cas où la nutrition est en souffrance. Il est donc indiqué dans la *Phthisie*, la *Grossesse*, l'*Allaitement*, le *Lymphatisme*, le *Rachitisme* et la *Scoliose*, la *Dentition*, la *Croissance*, les *Convalescences*. — **SIROP — VIN — SOLUTION. 2 à 6** cuillerées à bouche avant le repas.

DÉPÔT, 113, rue du Faubourg-Saint-Honoré.

67

SIROP PHÉNIQUÉ DE VIAL

Ce sirop est prescrit comme l'un des meilleurs pectoraux connus pour calmer les *bronchites, la toux, la grippe, les catarrhes, la coqueluche, les irritations de poitrine.*

C'est un antiseptique de premier ordre pour faire disparaître rapidement l'odeur et le goût désagréable des sécrétions muqueuses qui séjournent dans les gros tuyaux bronchiques et dans les cavernes des phthisiques et pour stériliser le bacille de la tuberculose.

DOSE : 1 à 3 cuillerées à bouche par jour.
DÉPÔT à la phie VIAL, 1, rue Bourdaloue, Paris.

63

GOUTTE

LIQUEUR DU Dr LAVILLE

Spécifique éprouvé de la **goutte.**

ACTION PROMPTE ET INFAILLIBLE

A TOUTES LES PÉRIODES DE L'ACCÈS.

1 à 3 cuillerées à café par 24 heures.

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM D'AUVERGNE

Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

RHUMES. BRONCHITES. GRIPPE

DÉPÔT : Paris, F. COMAR et Cie, 28, r. St-Claude.

83

EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE DE RUBINAT

Source du docteur LLORACH.

L'analyse de l'Académie de médecine de Paris démontre que cette eau contient 103gr814 de substances fixes, dont :

SULFATE DE SOUDE 96gr265 } { SULFATE DE MAGNÉSIE 3gr268

Cette eau purge rapidement et sans irritation. Elle n'exige aucun régime.

Dose normale : un verre.

Prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs ordonnances **Rubinat,** *Source* **Llorach.**

84

ANALYSE D'AVRIL DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois d'avril, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1032.00
	gr.	
Beurre par litre	46.000	
Albumine	4.000	
Caséine	39.000	
Sucre de lait	49.900	
Sels	7.300	
Total des matières fixes	146.200	146.200
Eau		885.800

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.346
Acide sulfurique	0.120
Potasse	1.655
Soude	0.826
Chaux	1.582
Magnésie	0.245
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.526
Total	7.300

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

53

VIANDE, FER ET QUINA

VIN FERRUGINEUX AROUD

AU QUINA

ET A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Ce **médicament-aliment,** à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparation.

DOSE : 2 cuillerées à bouche avant chaque repas.
Prix : **5** *francs.*

Se vend chez FERRÉ, pharmacien à Paris, 102, rue de Richelieu, successeur de AROUD, et dans toutes les pharmacies de France et de l'Etranger.

241

LIQUEUR MARIANI A LA TERPINE ET A LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine pr cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

45

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : **Un verre à Madère après les repas.**
MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

25

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. viande crue, Alcool, Ec. d'oranges am.

Phthisie, anémie, convalescence.
Paris, 20, place des Vosges.

26

VÉRITABLE SOLUTION

D'ANTIPYRINE DU Dr CLIN

..... L'Antipyrine peut être considérée scientifiquement comme le médicament le plus puissant contre la douleur

(Académie des Sciences, séance du 18 avril 1887.)

La **SOLUTION D'ANTIPYRINE DU Dr CLIN,** d'un dosage rigoureusement exact, contient :
1gr. **ANTIPYRINE** *pure par cuillerée à bouche.*
0,25cent. — — *par cuillerée à café.*

DOSE : de 1 à 3 cuillerées de **SOLUTION D'ANTIPYRINE CLIN** par jour; augmenter progressivement, s'il y a lieu, en tenant compte de la susceptibilité du malade.

Exiger la *Véritable Solution d'Antipyrine Clin.*

Détail dans les Pharmacies.

Gros : Maison CLIN & Cie, à Paris.

66

SIROP ET PATE DE BERTHÉ

Pharmacien, Lauréat des Hôpitaux de Paris

« La *Codéine pure,* dit le Professeur Gubler, « doit être prescrite aux personnes qui supportent « mal l'opium, aux enfants, aux femmes, aux « vieillards et aux sujets menacés de congestions cérébrales. »

Le **Sirop et la Pâte de Berthé** à la ***Codéine pure*** possèdent une grande efficacité dans les cas de **Rhumes, Bronchites, Catarrhe, Asthme, Maux de gorge, Insomnies, Toux** nerveuse et fatigante des **Maladies de Poitrine.**

Les personnes qui font usage de **Sirop** ou de **Pâte Berthé** ont un sommeil calme et réparateur, jamais suivi ni de douleur de tête, ni de perte d'appétit, ni de constipation.

Prescrire et bien spécifier Sirop ou Pâte de Berthé.

PARIS - MAISON CLIN & Cie - PARIS

59

LE QUINIUM ROY GRANULÉ

formé de l'extrait aqueux et du quinium (extrait alcoolique à la chaux), représente poids pour poids la **POUDRE DE QUINQUINA CALISAYA.** Il est soluble dans l'eau et le vin.

A. Roy, pharmacien de 1re classe, PARIS-AUTEUIL, et pharmacies.
Exiger la signature.

A. Roy

91

GRANULES ANTIMONIO-FERREUX

DU Dr PAPILLAUD

Médication ferro-arsénicale (arséniate d'antimoine 0,001mm *par granule et fer)*

Prescrits avec succès par le corps médical depuis plus de vingt années

pour combattre l'**Anémie,** la **Chloro-Anémie,** la **Chlorose,** les **Névralgies** et **Névroses,** les **Affections scrofuleuses** et **cutanées,** les **Troubles** de la **circulation** par **insuffisance.**

Dépôt général : Phie GIGON, 7, rue Coq-Héron, Paris, et toutes pharmacies.

Envoi de flacons d'essai à MM. les Docteurs.

33

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie,** la **chlorose,** la **leucorrhée,** l'**aménorrhée,** la **cachexie scrofuleuse,** la **syphilis constitutionnelle,** le **rachitisme,** etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Blancard

Pharmacien, **40** *rue Bonaparte, Paris.*

33

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes,* on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir** de **Boldo-Verne.**

VERNE, Grenoble, et phies, France et étranger.

N° 49. — SAMEDI 26 AVRIL 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 26 AVRIL 1890. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le rein tuberculeux.

Par M. le docteur E. COFFIN, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Les manifestations rénales de la tuberculose sont connues depuis longtemps; Morgagni (1), le premier, en a donné une description magistrale et après lui Rayer (2), MM. Rillet et Barthez (3), Lancereaux (4), Lecorché (5) et nombre d'auteurs s'en sont occupés. Mais ces différents auteurs ont traité la question surtout au point de vue de la clinique et de l'anatomie macroscopique. C'est depuis les travaux de MM. Cornil et Brault (6), de Cohnheim (7) et de Weigert que le côté histologique a surtout été mis en relief, et il appartenait à M. le professeur Bouchard (8), par ses études sur les auto-intoxications et sur les néphrites infectieuses, de faire entrer la question dans une autre voie.

II

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut considérer quatre formes différentes de tuberculose rénale : 1° la granulation miliaire ; 2° le tubercule de Laënnec; 3° les cavernes tuberculeuses ; 4° la néphrite tuberculeuse.

La granulation miliaire, qui se rencontre presque exclusivement pour ne pas dire exclusivement dans les cas de tuberculose aiguë, est constituée d'ailleurs, au niveau du rein, de la même façon que dans les autres organes : elle est formée par la réunion de petites cellules, constituées elles-mêmes par des noyaux se colorant vivement en rouge par le picro-carminate d'ammoniaque et entourés par une mince couche de protoplasma; ces petites cellules, qui sont des cellules embryonnaires, occupent le centre de la granulation, tandis qu'à la partie périphérique on rencontre des cellules géantes et des cellules fibro-plastiques. Tout autour de ces éléments existe une vascularisation assez accentuée, et souvent même on remarque des globules sanguins extravasés en dehors des vaisseaux et occupant le tissu cellulaire entourant la granulation. Si la granulation est traversée par un vaisseau sanguin, ce vaisseau est oblitéré.

Quant au tubercule de Laënnec, il est excessivement rare chez l'adulte, et on ne le rencontre guère que chez les enfants; aussi sont-ce les médecins d'enfants qui s'en sont le plus occupés et nous ne croyons pas pouvoir mieux faire que d'emprunter la description de cette lésion à l'excellent ouvrage de MM. Barthez et Rillet.

« Le tubercule miliaire siège dans la substance corticale, dans laquelle il est comme enchatonné, se montrant à peine à la surface sous la forme d'une petite tache jaune qui ne répond pas à ses dimensions réelles. Son adhérence à la substance rénale est peu intime et on le détache facilement sans enlever avec lui des portions de tissu; on ne distingue pas de kyste. Très rarement le tubercule miliaire dépasse la substance corticale; cependant cinq de nos malades avaient à la fois des tubercules dans les deux substances. Chez l'un d'eux on voyait à l'extérieur de petites taches jaunes correspondant à de petits tubercules un peu mous; d'autres se prolongeaient dans l'intérieur du rein sous forme de lignes jaunâtres, ayant tout à fait l'aspect tuberculeux. C'est le seul cas où nous ayons vu dans le rein des tubercules miliaires ramollis. La membrane externe du rein est saine au niveau du point où elle est en contact avec le produit accidentel. »

Au point de vue histologique, le tubercule rénal ne diffère également en rien des tubercules que l'on rencontre dans les autres organes, aussi nous ne nous y arrêterons pas et nous passerons de suite à la description de la troisième lésion qui peut être déterminée par la tuberculose rénale, c'est-à-dire les cavernes tuberculeuses.

Le rein, creusé de cavernes tuberculeuses, est connu depuis longtemps et les différentes publications, en particulier les Bulletins de la Société anatomique, en contiennent de nombreux exemples. Ce rein a, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, un aspect spécial et il est impossible, lorsque

(1) MORGAGNI. *De sedibus et causis Morborum.*
(2) RAYET. *Maladies des reins*, t. III.
(3) BARTHEZ et RILLET. *Maladies des enfants*, t. III.
(4) LANCEREAUX. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. REIN.
(5) LECORCHÉ. *Traité des maladies des reins.*
(6) CORNIL et BRAULT. *Pathologie du rein.*
(7) COHNHEIM. *Tuberculose considérée au point de vue de la doctrine de l'infection.*
(8) BOUCHARD. *Revue de médecine*, 1881.

l'on en a vu plusieurs, de ne pas reconnaître d'emblée les lésions qu'il présente.

Le rein creusé de cavernes est augmenté de volume, présente souvent des adhérences avec les parties voisines et a, extérieurement, l'aspect d'un rein kystique. Si on vient à le couper suivant son bord convexe, on voit qu'il est creusé à l'intérieur d'une ou plusieurs cavités remplies de matière caséeuse. Généralement, on trouve, au niveau du bassinet et de la substance médullaire, une cavité unique qui donne naissance à plusieurs diverticules analogues comme aspect à la cavité centrale et qui se prolongent dans la substance corticale ; ces diverticules arrivent dans certains cas jusqu'à la capsule propre du rein ; mais le plus souvent il subsiste toujours une mince bandelette de substance corticale entre le fond de ces diverticules et la capsule ; de même, d'ailleurs, qu'entre les différents diverticules. La paroi de la caverne et de ses diverticules est formée par une sorte de membrane qui sépare les cavités du tissu rénal. Si on examine au microscope le produit caséeux et le tissu rénal, on voit en premier lieu que le produit caséeux est constitué par des cellules dégénérées au milieu desquelles il est quelquefois possible de reconnaître les petites cellules embryonnaires qui concourent à la constitution des granulations tuberculeuses. En outre on peut, dans certains cas, y déceler le bacille de Koch par les procédés appropriés.

Quant au tissu rénal lui-même on peut y distinguer trois zones : 1° la paroi même des cavernes ; 2° une zone intermédiaire entre la paroi de cette caverne et le tissu rénal ; 3° le tissu rénal.

La paroi de la caverne est constituée par du tissu conjonctif hypertrophié au milieu duquel on arrive à distinguer des cellules dégénérées et des cellules embryonnaires ; à son niveau les vaisseaux sanguins sont oblitérés comme dans tous les processus tuberculeux.

Dans la zone intermédiaire, outre le tissu conjonctif hypertrophié et comprimant les tubes urinifères qui sont déviés, déformés, on trouve de nombreuses cellules embryonnaires ; les vaisseaux sanguins, au lieu d'être oblitérés, sont au contraire dilatés; ils sont rompus sur certains points et alors on trouve des globules sanguins extravasés en plus ou moins grand nombre au milieu des éléments du filtre rénal et du tissu conjonctif.

Quant au tissu rénal qui, dans certains cas, peut être réduit à une mince bandelette séparant la paroi de la caverne de la capsule propre, il peut présenter sur différents points des tubercules ou des granulations ; mais à un examen rapide il semble sain. En réalité il n'en est rien, et dans ces cas, aussi bien que lorsque l'on est en présence de granulations miliaires ou de tubercules, il présente des lésions qui constituent une véritable néphrite.

La néphrite tuberculeuse, analogue d'ailleurs aux néphrites infectieuses et due, ainsi que nous le verrons plus loin, à l'action directe des bacilles sur le rein, non seulement accompagne les lésions que nous venons de décrire, mais encore elle s'observe dans presque tous les cas, pour ne pas dire dans tous les cas, de tuberculose chronique.

M. le professeur Bouchard, après avoir établi l'existence d'une néphrite infectieuse dans le cours de la fièvre typhoïde, a constaté l'existence de cette même néphrite consécutivement à plusieurs maladies et en particulier dans le cours de la tuberculose (1).

(1) Bouchard. Loc. cit.

M. Gaucher a repris ces idées dans sa thèse d'agrégation (1) et il insiste sur la tuberculose comme cause de néphrites infectieuses.

M. le professeur Bouchard s'exprime ainsi au sujet des caractères anatomo-pathologiques des néphrites infectieuses (2) :

« Les reins sont parfois augmentés de volume et de poids, leur capsule présente son aspect et son adhérence ordinaires. La substance corticale apparaît tantôt grisâtre, tantôt congestionnée et parsemée de tractus blanchâtres. La substance médullaire garde son aspect normal.

Sur ces reins ainsi modifiés, l'anatomie pathologique microscopique révèle l'intégrité des tubes de Henle, l'altération catarrhale des tubes collecteurs et une altération considérable des *tubuli contorti.*

Dans ces tubuli contorti, les cellules épithéliales, restées en place, sont boursouflées et soudées entre elles. La masse cellulaire est absolument granuleuse, et l'hématoxyline ne parvient plus à colorer leur noyau (Renault). »

Et plus loin : « Les glomérules paraissent sains mais nous avons pu voir la capsule glomérulaire distendue par du sang. »

M. Gaucher indique en outre comme pathognomonique des néphrites infectieuses « une altération épithéliale qui paraît liée d'une façon plus intime à l'action de certains microbes, *c'est la nécrose de coagulation* de Cohnheim. Cette altération cellulaire, signalée par Weigert, consiste dans une mortification spéciale, caractérisée par l'aspect colloïde du protoplasma et la perte rapide, pour le noyau, de la propriété de se colorer par les réactifs ordinaires » (Straus) (3).

Or, ces lésions, considérées par MM. Bouchard et Gaucher comme pathognomoniques des néphrites infectieuses, se rencontrent sur les reins d'un grand nombre d'individus morts de tuberculose chronique.

Ces reins sont généralement augmentés de volume ; la capsule propre se détache assez bien sans entraîner de portions de tissu rénal, et alors le rein se présente avec un aspect spécial ; il est blanc et par place les étoiles de Verheyen tranchent par leur teinte brun-rougeâtre sur cette coloration blanche uniforme.

Si on pratique une coupe suivant le bord convexe on voit que cette teinte blanchâtre existe également à l'intérieur, qu'elle se rencontre non seulement au niveau de la substance corticale mais encore de la substance médullaire ; si bien que les deux substances, si distinctes à l'état normal, le sont à peine et que la base des pyramides de Malpighi est seulement un peu plus rouge que le reste de la substance rénale qui est au contraire blanc jaunâtre. C'est qu'en effet, outre cette teinte anémique qui frappe tout d'abord, le rein a un aspect graisseux, analogue au foie gras des tuberculeux, et en râclant légèrement la substance rénale avec le couteau, on enduit ce dernier d'une légère couche de graisse.

Telles sont les lésions macroscopiques que l'on observe sur ces reins, si on examine des coupes histologiques portant sur les deux substances et en particulier sur la substance corticale; la substance médullaire est en effet peu atteinte, on y trouve des lésions présentant de grandes analogies avec celles décrites par MM. Bouchard et Gaucher

(1) Gaucher. *Pathogénie des néphrites,* Thèse d'agrégation, 1886.
(2) Bouchard. Loc. cit., p. 675.
(3) Gaucher. Loc. cit., p. 22.

comme pathognomoniques des néphrites infectieuses. Les glomérules sont relativement sains, c'est à peine si on trouve sur quelques points des cellules épithéliales dégénérées dans l'intérieur de la capsule de Bowman; les tubes contournés sont au contraire très atteints : l'épithélium d'Heidenhaim est tuméfié, graisseux, il se colore mal par le picrocarmin, et l'hématoxyline n'y décèle ni stries ni noyaux, la cellule prend une teinte bleue uniforme; soumise pendant vingt-quatre heures aux vapeurs d'acide osmique, elle devient grise, mais ne se colore pas franchement en noir comme dans les tissus exclusivement graisseux. Ces lésions épithéliales se rencontrent en outre au niveau de la branche montante de l'anse de Henle qui, comme o[illegible]résente les plus grandes analogies avec les tubes contournés, tant au point de vue de la structure que des fonctions. En dehors des lésions épithéliales, on trouve en outre le tissu conjonctif légèrement augmenté de volume, mais cependant suffisamment pour comprimer par place les tubes urinifères et les faire dévier.

Nous voyons donc que ces lésions sont absolument semblables à celles décrites par MM. Bouchard et Gaucher comme pathognomoniques des néphrites infectieuses, et que la nécrose de coagulation sur laquelle insiste M. Gaucher y occupe la place la plus importante.

Ces lésions, bien que se recontrant chez des tuberculeux, c'est-à-dire chez des malades qui ont été en proie, pendant des mois, souvent même pendant des années, à des suppurations prolongées, pulmonaires ou autres, sont des lésions dues à la tuberculose et non pas à la dégénérescence amyloïde, ainsi que l'on pourrait être tenté de le croire au premier abord. En effet, si l'on traite les coupes par la solution aqueuse de violet de gentiane, on voit que ce n'est que dans un très petit nombre de cas que se produit la réaction rouge brun caractéristique, et encore lorsqu'elle se produit ce n'est qu'au niveau de quelques rares glomérules; l'épithélium des tubes contournés n'est jamais atteint.

L'examen bactériologique de ces coupes est au contraire des plus instructifs et démontre, d'une façon indiscutable, que ces lésions sont dues à l'action du bacille de Koch sur le tissu rénal.

Baumgarten (1) a signalé la présence des bacilles « partie dans les anses des glomérules, partie dans l'épithélium des tubes contournés, où ils sont parvenus vraisemblablement, soit en sortant des vaisseaux capillaires voisins, soit, chose possible, vu la proximité des glomérules, qu'ils aient été amenés là par le courant de l'urine ».

M. Durand-Fardel (2) a rencontré ces bacilles dans l'intérieur des vaisseaux au niveau des glomérules et dans les espaces péri-glomérulaires; pour cet auteur, le bacille de Koch suit le courant sanguin pour se répandre dans le rein et ce n'est que secondairement qu'il envahit les espaces péri-glomérulaires et péri-tubulaires, soit que le glomérule étant rempli de bacilles et la circulation s'y effectuant mal, l'artère afférente gorgée au niveau du pédicule glomérulaire devienne un centre de culture et que les bacilles s'insinuent dans le tissu conjonctif péricapsulaire; soit que, le dépôt bacillaire une fois formé dans le glomérule, la circulation continue à s'effectuer dans une partie des ramifications restées libres, et que le sang des vaisseaux efférents s'en aille chargé de bacilles dans les fins capillaires anastomosés dans les parois des tubes et les espaces conjonctifs qui entourent immédiatement la capsule glomérulaire.

Quelle que soit celle de ces deux opinions que l'on admette, il n'en est pas moins vrai que les bacilles, amenés dans le rein par le courant sanguin, se rencontrent dans les différents points de la substance rénale et que, dans les cas de cavernes tuberculeuses, outre ceux que l'on trouve en grand nombre dans le détritus caséeux qui remplit ces cavités, on en trouve encore un très grand nombre dans les portions du rein qui touchent immédiatement à la paroi de la caverne. Dans les granulations miliaires, les bacilles sont surtout nombreux autour de ces granulations; enfin dans la néphrite tuberculeuse chronique, c'est principalement dans les mailles du tissu conjonctif entourant les tubes contournés que l'on rencontre les bacilles.

La présence des bacilles au niveau des tubes contournés semble suffisante pour démontrer que les lésions de l'épithélium d'Heidenhaim, lésions d'ailleurs absolument semblables à celles décrites par MM. Bouchard et Gaucher, sont bien dues à l'action directe de ces bacilles sur le tissu rénal, de même qu'ils produisent, dans d'autres cas de granulations miliaires, des tubercules ou des cavernes tuberculeuses. Telles sont, au point de vue anatomo-pathologique, les lésions rénales que l'on peut rencontrer dans le cours de la tuberculose chronique.

Bien que la granulation miliaire se rencontre surtout dans la granulie, nous l'avons décrite avec les formes rénales de la tuberculose chronique parce qu'elle se rencontre dans les formes de tuberculose généralisée, que cette tuberculose ait suivi une marche plus ou moins rapide.

Nous rattachons plus spécialement à la tuberculose aiguë une forme particulière de néphrite, caractérisée par une glomérulo-néphrite analogue à celle décrite par MM. Cornil et Brault (1).

Cette lésion se caractérise par une saillie des glomérules visible à l'œil nu, et par un état congestif de tout le rein. Au microscope on voit la capsule de Bowman distendue, remplie de globules sanguins et de cellules épithéliales dégénérées; il y a également des globules sanguins extravasés entre la capsule de Bowman et le glomérule, et dans l'espace péri-glomérulaire. C'est aussi à ce niveau que l'on rencontre des bacilles en assez grande quantité.

III

C'est qu'en effet, dans tous ces cas si dissemblables en apparence, c'est toujours le même agent, le bacille de Koch, qui est en cause. C'est lui qui, suivant les cas, produit de la glomérulo-néphrite des cavernes, des granulations ou des lésions de l'épithélium des tubes contournés.

Il est certain cependant que les conditions dans lesquelles agit cet agent unique diffèrent suivant les cas. Tantôt la maladie a une marche chronique, les bacilles n'arrivent au niveau du filtre rénal qu'en petite quantité et successivement, leur action est plus lente, ils n'agissent sur l'épithélium que petit à petit, et c'est dans ces cas que l'on rencontre exclusivement les lésions de la néphrite infectieuse; tantôt, au contraire, la maladie a une marche plus rapide, aiguë ou sub-aiguë; les bacilles sont entraînés en masse

(1) Baumgarten. *Tuberculose expérimentale*, Berlin 1885.

(2) R. Durand-Fardel. *Contribution à l'étude de la tuberculose du rein*, Thèse de Paris, 1886.

(1) Cornil et Brault. Loc. cit.

par le courant sanguin et déterminent, au niveau du filtre rénal, des embolies septiques comme en ont signalé MM. Cornil et Babès ; embolies qui dans la tuberculose aiguë siègent au niveau des glomérules, parce que c'est là que se porte d'abord la poussée infectieuse, mais qui gagnent ensuite les parties voisines et finissent, lorsqu'elles sont nombreuses, par déterminer des cavernes tuberculeuses, qu'elles aient été précédées ou non de la formation de granulations miliaires. A côté de ces points sur lesquels l'action des bacilles porte plus énergiquement, il en existe d'autres au niveau desquels les bacilles agissent plus lentement et en plus petite quantité et alors déterminent des lésions de néphrite.

Dans d'autres cas, au contraire, le processus aigu vient se greffer sur un processus chronique et la néphrite est préexistante à la formation des cavernes : les deux lésions se produisent successivement au lieu de le faire simultanément comme dans les premiers cas.

Etant donné que l'on rencontre la tuberculose rénale beaucoup plus accentuée chez certains individus que chez d'autres, et que même, dans certains cas, elle semble exister à l'exclusion de toute autre manifestation tuberculeuse, il faut bien admettre qu'il existe à cet égard des dispositions spéciales, et que — chez les individus présentant déjà une tare du côté des reins ou chez ceux qui, de par une lésion du système artériel, comme l'athérome par exemple, sont prédisposés aux néphrites — les lésions tuberculeuses du rein doivent évoluer plus rapidement et devenir plus graves.

Pour résoudre cette question, il faudrait de nombreuses observations dirigées spécialement dans cet ordre d'idées.

Quant au cas de soi-disant tuberculose primitive de l'appareil génito-urinaire, il faut bien admettre que la porte d'entrée du germe infectieux, que ce soit le poumon, l'intestin ou la peau, n'a pas été reconnue.

Un certain nombre d'auteurs ont admis la tuberculose ascendante de l'appareil génito-urinaire, et, dans bien des cas, cette explication semble plausible. Mais M. Cayla a démontré, par des observations et des expériences, que la tuberculose débutait toujours par les parties profondes, et suivait le cours du sang dans l'appareil urinaire, tandis qu'elle remontait le cours du sperme dans l'appareil génital (1), sans que l'on puisse rencontrer, dans le cas de tuberculisation de ces deux appareils à la fois, des lésions de tuberculose ascendante pour l'appareil urinaire. Ces expériences venant s'ajouter aux nombreuses observations dans lesquelles on a trouvé la tuberculose limitée, en apparence, à l'appareil urinaire, sans que l'appareil génital soit atteint, semblent bien prouver que la porte d'entrée est ailleurs, du côté des poumons, de l'intestin ou de la peau, et que la lésion primitive peut être guérie, mais qu'elle n'en a pas moins existé à un moment donné, et que c'est de là qu'est partie la poussée infectieuse qui a déterminé, au niveau du rein, ces diverses lésions.

IV

Au point de vue symptomatologique, le rein tuberculeux peut être divisé en deux classes. Tantôt, en effet, il se présente sous la forme d'un rein kystique plus ou moins augmenté de volume et donne lieu à un ensemble de phénomènes qui en font un rein tuberculeux chirurgical ; tantôt, au contraire, les symptômes sont beaucoup moins accentués et il relève exclusivement de la médecine : c'est pourquoi nous l'appellerons, après M. Brissaud (1), le rein tuberculeux médical.

A la première catégorie appartient le rein creusé de cavernes tuberculeuses ; dans la seconde, rentrent les reins atteints de granulations miliaires, de tubercules et de néphrite tuberculeuse.

Ces deux catégories présentent des symptômes communs, mais à chacune d'elles appartient un ensemble de phénomènes spéciaux. Le rein tuberculeux chirurgical se présente sous la forme d'une tumeur, occupant l'un des deux hypochondres, tumeur remontant jusque sous les fausses côtes et descendant quelquefois jusqu'au niveau de la crête iliaque (2) ; souvent, on peut, à travers les parois abdominales amincies, sentir très nettement la forme caractéristique du rein et, en outre, des petites bosselures correspondant aux différents diverticules de la caverne et donnant la sensation d'un rein kystique. Le ballottement est généralement des plus manifestes, et, enfin, c'est dans ce cas que l'on rencontre des urines contenant, outre des détritus épithéliaux et des débris caséeux, de l'albumine en assez grande quantité et, le plus souvent, d'une façon permanente. Tels sont les principaux caractères propres du rein tuberculeux chirurgical, les autres symptômes qu'il peut présenter lui étant communs avec le rein médical.

Outre l'augmentation de volume qui, dans ces cas, est beaucoup moins évidente que dans les cas précédents, on rencontre en premier lieu des douleurs lombaires, douleurs quelquefois très intenses et pouvant simuler une crise de coliques néphrétiques ; mais alors, au lieu de l'expulsion d'un calcul, c'est le rejet d'un caillot sanguin qui termine la crise. C'est, qu'en effet, un des premiers symptômes de la tuberculose rénale, symptôme sur lequel a, particulièrement, insisté M. Brissaud, consiste en une hématurie analogue à l'hémoptysie du début de la tuberculose pulmonaire. Cette hématurie, qui, de même, d'ailleurs, que l'hémoptysie, est susceptible de se répéter à différentes reprises, peut être, avec les douleurs lombaires, le seul signe de la tuberculose rénale et cela pendant plusieurs années, ainsi que M. Tapret en a rapporté un exemple.

On observe fréquemment des troubles du côté de la sécrétion urinaire elle-même, troubles portant sur la qualité et sur la quantité de l'urine émise. Il y a souvent de la polyurie, polyurie qui, dans bien des cas, a été considérée comme physiologique. Dans cette polyurie, qui ne s'accompagne, ni de glycosurie, ni d'albuminurie, l'urine est trouble, blanchâtre et ne s'éclaircit que difficilement ; en outre cette polyurie est intermittente, et, pendant ces intermittences, il est fréquent d'observer de l'albuminurie.

Lorsque l'albuminurie vient compliquer la tuberculose rénale, elle est généralement peu intense, et ne donne lieu qu'à peu de symptômes fonctionnels. Les autres symptômes observés du côté de l'urine sont peu importants et différents auteurs ont contesté la valeur que l'on voulait leur attribuer ; c'est ainsi que Churchill, Teissier, Larcher, etc., ont prétendu qu'il existait, au début de la tuberculose, un excès dans l'excrétion de l'acide phosphorique et

(1) Cayla. *De la tuberculose des organes génito-urinaires*, Thèse de Paris, 1887.

(1) Brissaud. *Gazette hebdomadaire*, 1886.
(2) Perret. *Bulletins de la Société anatomique*, 1854.

des phosphates de l'urine; mais Stockvis a démontré qu'il n'y avait pas de règle fixe, et que l'analyse des phosphates ne pouvait être d'aucune utilité pour le diagnostic. L'urée ne subit pas de diminution notable; quant aux chlorures, il semble bien que leur excrétion soit diminuée, mais, comme le dit M. Danlos, « le chiffre quotidien du chlore éliminé par un malade dépend essentiellement de ce qu'il mange, et a peu de valeur, au point de vue du diagnostic de son affection » (1).

Si l'analyse chimique des urines ne donne que bien peu de renseignements, au point de vue de la tuberculose rénale, il n'en est pas de même de l'examen bactériologique. En effet, cet examen peut révéler un signe pathognomonique de la tuberculose rénale : la présence du bacille de Koch; mais outre que cette recherche est des plus minutieuses, il faut encore s'assurer, pour éviter toute erreur, qu'il n'existe aucun foyer tuberculeux au niveau des parties inférieures des organes génitaux ou de la vessie. Ce symptôme, lorsqu'il existe, est d'un grand secours pour le diagnostic, mais par cela même que sa constatation est des plus difficiles, on ne peut être en droit de nier la tuberculose rénale, si on ne rencontre pas de bacilles de Koch dans l'urine.

Les symptômes locaux de la tuberculose rénale peuvent donc être, dans certains cas, très peu accentués et d'une interprétation difficile; quant aux symptômes généraux, s'ils peuvent être d'une grande utilité, lorsque l'on a des présomptions en faveur de la tuberculose rénale, ils ne peuvent à eux seuls permettre d'affirmer le diagnostic; c'est, qu'en effet, ils appartiennent le plus souvent bien plus à la tuberculose pulmonaire qui, dans la plupart des cas, vient tôt ou tard compliquer la tuberculose rénale, qu'à cette dernière affection elle-même.

Ces symptômes consistent, comme dans toutes les manifestations de la tuberculose, en une perte des forces, un dépérissement et une cachexie plus ou moins rapide.

La marche de la tuberculose limitée aux reins est généralement lente; ce n'est qu'exceptionnellement que la cachexie survient rapidement dans cette affection, et c'est pourquoi il est très rare de trouver des observations de tuberculose limitée exclusivement au rein, l'élément tuberculeux finissant presque toujours par attaquer un organe comme le poumon, dans lequel il marche d'autant plus vite que le rein, organe d'élimination, est plus malade, et les symptômes pulmonaires ne tardent pas à primer les symptômes rénaux. C'est pourquoi, même à l'autopsie, l'observation porte surtout sur les lésions pulmonaires qui ont attiré l'attention pendant la vie, et les lésions rénales passent souvent inaperçues.

Cependant, dans certains cas, la tuberculose rénale peut être assez avancée pour que, même lorsqu'il existe de la tuberculose pulmonaire, ce soient les symptômes rénaux qui dominent. Ces cas sont ceux, excessivement rares, d'ailleurs, où l'albuminurie est abondante et persistante. Alors le malade urine peu et il meurt d'urémie, soit comateuse, soit gastrique. Les quelques cas que l'on a observés, et dans lesquels les malades sont morts d'urémie, sont des plus instructifs, en ce qui concerne la règle d'examiner souvent les urines des malades; car, sans cet examen, on pourrait très bien rapporter à des troubles nerveux ou gastriques, causés par la localisation de la tuberculose au niveau des centres nerveux ou de l'estomac, des troubles qui, en réalité, sont sous la dépendance de la tuberculose rénale et ne sont que des manifestations de l'urémie. Nous ne ferons que citer ici les inflammations de voisinage qui peuvent se rencontrer, principalement dans les cas de rein tuberculeux chirurgical, et déterminent des phlegmons péri-néphrétiques et, dans quelques cas, des fistules intarissables.

(1) Danlos. *Dictionnaire Jaccoud*, t. XXXVII, p. 418.

V

Nous venons de voir qu'un seul symptôme, la présence du bacille de Koch dans l'urine, permettait d'affirmer l'existence de la tuberculose rénale. Cependant, l'ensemble des symptômes que nous avons énumérés plus haut peut, même en l'absence du bacille de la tuberculose, établir de fortes présomptions en faveur de la tuberculose rénale.

Le rein tuberculeux chirurgical ne peut guère être confondu qu'avec le rein devenu kystique, à la suite de l'hydronéphrose, ou avec le cancer du rein. Nous ne citerons que pour mémoire l'observation de Pierret dans laquelle on avait pris un rein tuberculeux pour un cancer de l'ovaire. Outre que, chez les malades présentant des reins creusés de cavernes tuberculeuses, il est bien rare qu'il n'existe pas d'autres manifestations de la tuberculose, et, qu'en particulier, le poumon ne soit pas atteint, le rein kystique consécutivement à l'hydronéphrose ne le devient qu'à la suite d'une affection des voies urinaires, facile à reconnaître à sa marche, à ses symptômes propres, et qui ne peut en aucune façon être confondue avec la tuberculose rénale. Quant au cancer du rein, il présente un certain nombre de symptômes qui lui sont communs avec la tuberculose rénale : la douleur, l'augmentation de volume, l'hématurie et les inflammations de voisinage; mais les douleurs sont bien plus violentes dans le cancer que dans la tuberculose, le rein présente une consistance plus dure dans le cancer, et les hématuries, au lieu d'être intermittentes, peu accentuées, sont plus abondantes et souvent permanentes; la marche est plus rapide, et, enfin, on ne trouve pas dans l'urine les détritus caséeux, et surtout les bacilles que l'on rencontre dans l'urine des tuberculeux.

Le rein tuberculeux médical peut être confondu avec des coliques néphrétiques : dans les deux cas on observe des douleurs lombaires irradiant le long des uretères, mais tandis que, dans la lithiase rénale, la crise se termine par le rejet d'un calcul, dans la tuberculose elle se termine par l'expulsion d'un caillot sanguin. On pourrait encore confondre le rein tuberculeux médical, avec une néphrite survenant chez un tuberculeux et due à une tout autre cause que la tuberculose. Nous avons vu que la tuberculose rénale se manifestait par de la polyurie intermittente, de l'albuminurie intermittente aussi et peu abondante, et rarement par des œdèmes; on ne pourra donc pas la confondre avec la néphrite parenchymateuse qui, elle, donne lieu à des œdèmes et à une albuminurie intense; quant à la néphrite interstitielle, à moins de complications, il est bien rare que la polyurie ne soit pas permanente; enfin les hématuries sont rares et le rein, au lieu d'être hypertrophié, est, au contraire, diminué de volume.

Enfin, dans tous les cas où il existera un doute pour le diagnostic, on devra faire l'examen bactériologique de l'urine, et, si on est assez heureux pour y rencontrer des bacilles, toute hésitation sera levée.

VI

Le rein a pour fonctions, à l'état normal, d'éliminer une partie des substances toxiques contenues dans le sang; si cette élimination est entravée il y a intoxication.

Or, dans la tuberculose, le rein est souvent atteint et les portions les premières atteintes semblent être l'épithélium à bâtonnets d'Heidenhaim qui, comme on le sait, occupe avec les glomérules le premier rang parmi les portions excrétantes du rein.

Si, dans une maladie éminemment infectieuse comme la tuberculose, le principal organe d'émonction vient à mal fonctionner, le retentissement sur l'organisme entier est bien plus accentué que dans les autres cas, car alors ce ne sont plus les substances toxiques du sang seules qui sont résorbées, mais ces substances toxiques accompagnées de bacilles en plus ou moins grand nombre.

Il est donc certain que la localisation de la tuberculose, au niveau du rein, a pour résultat une infection plus rapide de l'organisme et que la marche générale de la maladie est d'autant plus rapide que l'envahissement du rein par la tuberculose est lui-même plus précoce et plus complet.

VII

Le traitement médical du rein tuberculeux ne comporte pas beaucoup d'indications, en ce qui concerne spécialement la lésion rénale; dans certains cas, on devra faire de la révulsion pour diminuer les douleurs lombaires, mais c'est, dans ce cas comme dans toutes les autres manifestations de la tuberculose, surtout l'état général que l'on devra s'attacher à traiter.

Quant au traitement chirurgical, il fait naître une grave question : faut-il faire l'ablation d'un rein franchement tuberculeux et que l'examen clinique permet d'affirmer tel?

Pour répondre à cette question, il faut envisager deux cas : dans le premier cas, le rein tuberculeux donne lieu à des suppurations de voisinage et à des fistules intarissables. Il est certain que, dans ces conditions, la néphrectomie est le seul traitement logique, le seul qui puisse apporter un soulagement à l'état du malade, souvent fortement compromis par les suppurations entretenues par l'état du rein. Mais à côté de ces cas dans lesquels l'opération s'impose, en quelque sorte, il en existe d'autres pour lesquels on peut avoir des doutes au sujet de l'opportunité d'une opération. En effet, le rein, même creusé de cavernes tuberculeuses, ne donne pas toujours lieu à des suppurations de voisinage, et alors nous croyons qu'il vaut mieux ne pas y toucher. Chaque fois que l'on examine un de ces reins, on voit que tout le filtre rénal n'est pas détruit et que, quelque malade qu'il soit, il subsiste encore des portions sécrétantes; or, comme les deux reins sont toujours atteints, bien qu'à des degrés variables, il en résulte qu'en enlevant l'un des deux, on ne laissera pour accomplir un travail d'émonction, qui, à l'état normal, nécessite deux reins, qu'un seul rein et un rein malade, alors que celui que l'on enlève en contribuant, pour sa faible part, à l'émonction, diminuait d'autant le travail de celui qu'on laisse et au niveau duquel les lésions s'accentueront d'autant plus que sa tâche sera plus lourde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 9 avril 1890, des médailles d'argent et de bronze ont été décernées aux personnes ci-après indiquées :

SOMME. — *Médaille d'argent* : Mme Danel (Rosalie), infirmière laïque attachée à l'Hôtel-Dieu d'Amiens depuis 1847; a fait preuve d'un zèle et d'un dévouement exceptionnels en prodiguant ses soins aux malades, sans interruption, au cours des diverses épidémies qui se sont succédé à Amiens de 1848 à 1889.

ALGÉRIE. — *Médaille de bronze* : El Hadj-Youcef ben el Hadj Ahmed ben Latiet, médecin et vaccinateur indigène à Djidjelli depuis trente ans : s'est signalé, à plusieurs reprises, par son dévouement au milieu des épidémies de variole qui atteignaient la population musulmane de la région.

TUNISIE. — *Médaille d'argent* : M. Sagrandi, médecin aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la brigade d'occupation, attaché à la place de Bizerte : s'est distingué par un zèle et un dévouement exceptionnels, en prodiguant ses soins à la population de cette ville au cours de diverses épidémies, notamment de diphthérie, qui y ont sévi récemment.

— *Hôpital civil de Nancy.* — La doyenne des institutrices de France, Mlle Virginie Mauvais, nonagénaire, vient de donner à la Ville de Nancy une somme de quatre cent mille francs, destinée à la construction d'un nouveau pavillon dans l'hôpital récemment construit et déjà magnifiquement installé rue de Strasbourg. On ne sait pas encore à quelle époque on prendra une décision définitive au sujet de l'Institut anatomique, qui doit être construit dans le voisinage de ce nouvel hôpital.

— L'Administration des hospices civils de Saint-Étienne fait savoir qu'un concours sur titres, pour une place de pharmacien, sera ouvert dans ses établissements, le mercredi 4 juin 1890.

Les candidats devront être Français ou naturalisés français.

Ils seront tenus de se faire inscrire avant le jeudi 22 mai à cinq heures, au secrétariat de l'Administration des hospices de Saint-Étienne, rue Valbenoite, 40, et d'y déposer leur diplôme de pharmacien de première classe, ainsi qu'un certificat de moralité récemment délivré par le maire de leur résidence.

Les candidats déposeront, en même temps, leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés concernant la pharmacie, et, s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront mis sous les yeux du Conseil d'Administration assisté d'un jury scientifique.

Avant de concourir, chaque candidat prendra connaissance des règlements relatifs au service pharmaceutique dans les hospices civils de Saint-Étienne, et sera réputé de plein droit s'être engagé, en cas de nomination, à se conformer à tous ces règlements et à tous autres que l'administration jugerait convenable d'adopter pour le bien du service.

Le pharmacien à nommer sera tenu d'entrer en fonctions, au plus tard, le 1er juillet 1890. Son traitement sera de 4500 francs.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Le Conseil général de Meurthe-et-Moselle a encore renouvelé le vœu que le ministère envoie, à la Faculté de médecine de Nancy, un certain nombre de ses élèves boursiers pour compenser la perte en quantité que fait subir à cette Faculté la création de l'École du service de santé à Lyon. La Faculté de Nancy possède, en effet, actuellement des ressources d'enseignement pratique, dans les diverses branches des sciences médicales, qui devraient lui attirer un beaucoup plus grand nombre d'élèves que celui, trop restreint, qui lui est attribué par sa simple situation géographique. Quant à l'enseignement scientifique dans les laboratoires, il est organisé, et connu depuis longtemps, depuis l'organisation même de l'ancienne Faculté de Strasbourg à Nancy.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'École de médecine de

Tours, s'ouvrira le 3 juillet 1890, à la Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscription sera clos le 2 juin.

— Un concours s'ouvrira, le 20 novembre 1890, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine de Limoges.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jules François, de Rouves (Meurthe-et-Moselle), médecin aide-major de première classe, décédé à Oran, dans sa trentième année; et Castara (de Lunéville), ancien chirurgien des armées, décédé à l'âge de quatre-vingt-sept ans.

Lymphatiques des organes génitaux de la femme, par le docteur P. Poirier. Brochure in-8° de 60 pages avec 11 figures. Prix : 2 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 50. — MARDI 29 AVRIL 1890. 63e ANNÉE. MARDI 29 AVRIL 1890. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL NECKER. — M. GUYON.

Ouverture du cours de clinique des maladies des voies urinaires (1).

L'accueil que je viens de recevoir me touche profondément et m'émeut à ce point que, si je m'en rapportais à mes impressions, je me croirais à mes débuts. Mais il me suffit de regarder autour de moi pour constater que je me trompe. Je me vois entouré de mes élèves qui sont considérés, à juste titre, comme des maîtres. Ils se sont élevés à cette dignité par leur talent et par les suffrages du public médical.

Mes débuts dans l'enseignement clinique ne datent pas d'aujourd'hui. Depuis vingt ans, je viens régulièrement, à l'hôpital, entretenir la jeunesse studieuse de mes malades. J'espère qu'elle continuera à m'honorer de sa confiance et à suivre, comme par le passé, les leçons que j'ai l'intention de lui prodiguer dans la mesure de mes forces. Je compte sur l'affection de mes élèves pour l'accomplissement de cette tâche. L'attachement de mes élèves a toujours été mon inestimable bien. Il s'établit entre le maître et ses élèves des relations qui ne sont pas sans analogie avec les liens de famille. L'affection qui m'unit à mes disciples me donne le droit de parler en leurs lieu et place. C'est donc en leur nom et au mien que je viens remercier tous ceux qui ont voulu fonder un nouvel enseignement clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Il faut tout d'abord que j'exprime toute ma gratitude à l'éminent directeur de l'enseignement supérieur, M. Liard, qui s'intéresse aux transformations qu'exige la science moderne. Les élèves ne sauraient trop le remercier d'avoir favorisé la création de la chaire de clinique que j'occupe.

M. Gavarret, inspecteur général, a mis une louable ardeur à faire aboutir le projet que nous avions conçu. Il n'a été distrait dans la résolution qu'il avait prise de doter la Faculté d'une chaire nouvelle de clinique, ni par l'âge, ni par les douloureuses circonstances qu'il vient de traverser.

Parmi ceux qui ont le plus contribué à la réalisation de mes vœux, je dois citer un nom qui est sur toutes les lèvres, c'est celui d'un homme qui a concentré sur les élèves et les maîtres de cette Faculté son affection vigilante. Je veux parler de M. Brouardel. En cette occasion, notre doyen s'est donné tout entier. C'est assez vous dire tout ce qu'il a fait pour nous.

Je dois aussi des remerciements à tous mes collègues qui ont bien voulu donner leur assentiment à la fondation de la chaire clinique des maladies des voies urinaires.

Le vœu de la Faculté a été rendu plus effectif par la bonne volonté qu'a manifestée M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique. Il n'a pas oublié qu'il appartient à la profession médicale et il sait affirmer par des actes son dévouement aux progrès scientifiques.

Je ne veux pas vous énumérer le programme des leçons et des conférences qui seront faites ici. Il me suffit de vous dire quel sera l'esprit qui présidera à nos travaux. Ce que je désire surtout donner aux élèves, ce sont des leçons de choses. Écouter la parole du maître est d'une utilité incontestable. Mais les leçons orales ne sont rien en comparaison de l'enseignement quotidien puisé au lit du malade et dans les laboratoires. Pour s'instruire, il faut voir, voir beaucoup, voir avec méthode. Comme Bichat l'a dit : « Il faut voir la nature et non pas l'apprendre. »

Nous nous sommes réunis pour faire de la chirurgie. C'est donc aux règles générales qui l'inspirent que nous devons nous soumettre pour réaliser le but que nous nous proposons d'atteindre. Toutes les branches de la science constituent les différentes parties d'un même tout. A notre époque, dans le pays des Claude Bernard et des Pasteur, il est indispensable de joindre l'expérimentation à l'observation clinique.

On ne saurait subordonner la clinique à l'expérimentation, pas plus qu'il ne serait possible de faire plier les faits cliniques devant les exigences expérimentales. Si chaque branche de la science, capable de faire progresser la chirurgie, doit avoir en quelque sorte son indépendance, c'est à la clinique qu'est échue l'impulsion directrice qui doit nous diriger dans la voie des recherches. Nous devons avoir pour moyen principal l'observation des malades. Elle seule fournit les éléments qui permettent de résoudre les problèmes que nous pose chaque jour la maladie.

Mais pour que chacun de ces éléments acquière une valeur effective, pour faire l'analyse et constituer un en-

(1) M. le professeur Guyon a inauguré son cours de clinique devant une nombreuse assistance. On remarquait dans l'amphithéâtre MM. Gavarret, Brouardel, Dieulafoy, Nicaise, Peyron, Jalaguier, etc.

semble, il nous faut d'autres moyens. Nous les trouverons dans l'anatomie pathologique, dans la physiologie pathologique, dans la bactériologie, l'histologie et la chimie. Au laboratoire comme dans la salle des malades, observez avec une entière liberté. Mais, s'il est bon d'exclure la subordination, ne croyez pas nécessaire de vous affranchir d'une direction sans laquelle il n'y a pas de méthode. Vous obéirez aux tendances de l'esprit français en recourant à la science et en demeurant sur le terrain de la clinique.

Il faut étudier les malades afin de leur donner, autant que possible, le bénéfice de l'intervention. C'est à juste titre que la thérapeutique chirurgicale devient de plus en plus opératoire. La crainte de l'instrument tranchant n'existe plus, et nous sommes à jamais délivrés de l'effroi légitime qu'inspiraient à nos devanciers les suites des opérations. Notre situation nous crée de grands devoirs. Il serait coupable de se réfugier, sans motifs graves, dans l'abstention. On se tromperait néanmoins, en pensant que le succès opératoire justifie toutes les tentatives et qu'il peut absoudre les témérités. Nos actes doivent avoir pour sanction des bienfaits durables.

Avant l'intervention, il faut avoir tout vu ou tout prévu. C'est à l'aide de la séméiologie que nous chercherons tout d'abord à nous éclairer. En chirurgie comme en médecine, c'est la base du diagnostic. Si le diagnostic n'est pas encore fait lorsque les symptômes ont été méthodiquement interprétés, du moins il est sûrement orienté.

Les explorations ont le malade pour sujet; aussi ne peuvent-elles avoir pour but de nous conduire à des révélations imprévues. Elles exercent un contrôle indispensable, elles fournissent les démonstrations nécessaires à la sanction du diagnostic; elles ne sauraient poursuivre l'inattendu. Vos malades ne seront donc pas soumis à d'inutiles recherches; les épreuves que vous les invitez à accepter sont absolument légitimes, parce que vous avez eu soin d'en établir scrupuleusement l'indication. Vous avez le droit de les conseiller aux malades, si les ressources ordinaires du diagnostic ne sont pas suffisantes.

La démonstration de l'utilité de l'incision exploratrice est aujourd'hui bien faite, mais elle ne saurait, néanmoins, se substituer aux autres procédés de diagnostic. En le pensant, on se ferait des illusions que ne comporte pas la clinique. Son emploi, soumis à des règles précises, à des indications positives, n'est vraiment justifié que dans un petit nombre de cas. L'intervention opératoire ne supprime pas les problèmes cliniques et ne permet pas de se passer de l'observation.

L'anatomie permet de déterminer le siège des lésions et de les décrire avec méthode. Il n'est pas permis d'attaquer ni même d'explorer un organe sans le connaître anatomiquement. On ne peut le traiter utilement sans connaître sa physiologie. On doit donc explorer et opérer physiologiquement.

Il faut utiliser pour le diagnostic toutes les clartés d'où qu'elles viennent. C'est la condition la plus nécessaire de ses progrès. Nos devanciers les ont surtout demandées à l'anatomie chirurgicale et ont solidement édifié l'œuvre qui se poursuit de nos jours. Si le progrès s'accentue, c'est qu'ils nous ont légué l'esprit clinique. L'esprit clinique est encore une des qualités les plus caractéristiques de l'enseignement français; il marche, grâce à lui, toujours d'un pas sûrement progressif et préserve de ces retours en arrière qui rétablissent les distances au profit de celui qui a paru se laisser devancer.

La méthode sanglante moderne a réalisé les plus utiles et les plus admirables progrès, elle permet de poursuivre d'inappréciables conquêtes. On tomberait pourtant dans une singulière erreur, si l'on supposait qu'elle résume à elle seule le traitement de tous les cas qui relèvent de la chirurgie.

Je ne vous ai pas encore parlé de spécialité : je l'ai fait à dessein, désireux que j'étais d'établir avant tout que nous voulons penser et agir en chirurgien.

La spécialité ne saurait, en effet, être admise, si elle entraînait l'idée d'une étude exclusive ou abstraite d'un point de notre science. Cependant, il faut reconnaître l'utilité de l'étude approfondie de certaines parties de la médecine ou de la chirurgie. En nous adonnant à des recherches circonscrites, notre première, notre principale préoccupation doit être de respecter l'unité de notre science. Pour ne pas s'exposer à séparer la partie de l'ensemble, il faut avant tout ne pas s'éloigner prématurément des études générales. Si vous consacrez alors votre savoir à la culture d'une des branches de la science, vous lui rendrez les services qu'elle mérite.

Il est bien rare que le chirurgien le plus encyclopédiste n'ait pas son sujet de prédilection. La science en a tiré de tels profits qu'il serait inutile de citer des exemples, si je ne tenais à prononcer le nom de Velpeau.

L'œuvre capitale de mon vénéré maître, celle qui survivra, quels que soient les progrès accomplis, est, de l'avis de tous, le Traité des maladies du sein. Dans ce livre magistral, ce n'est pas l'histoire pathologique d'une région qui se présente à nos méditations. Velpeau, selon l'expression de Broca, comprit la nécessité de débrouiller le chaos des tumeurs. Il y arriva par les seules ressources de la clinique. Un pareil monument scientifique n'aurait pu être élevé s'il n'avait eu pour artisan un chirurgien accompli.

Quelles que soient les limites que nous nous imposions, nous travaillons à une seule et même œuvre, nous devons tous obéir à la loi nécessaire de la généralisation. Là se trouve le levain qui fait germer, qui permet de fructifier; de là, jaillit la lumière qui éclaire les particularités, que des recherches spéciales livrent à une analyse minutieuse.

Un large champ de recherches s'ouvre devant vous. Vous pouvez y préparer une riche moisson et votre labeur sera récompensé par d'importantes découvertes. La clinique vous en réserve, quoiqu'elle soit en possession de bien des données que l'on doit considérer comme définitivement acquises.

La thérapeutique ne répond pas toujours à tout ce que nous avons à lui réclamer. L'anatomie pathologique, malgré ses progrès, demande plus de précision encore. La physiologie pathologique a une importance particulièrement grande. Elle sollicite toute la sagacité des expérimentateurs. La microbiologie commence à peine à donner des fruits en chirurgie urinaire.

La pratique de la chirurgie des voies urinaires est l'une de celles où la responsabilité du chirurgien est le plus directement en jeu. Vous savez les accidents auxquels exposent des manœuvres entreprises mal à propos ou mal dirigées. La santé, la vie de vos malades, votre avenir lui-même dépendent de votre intervention.

Que vous exerciez dans les villes ou à la campagne, vous n'échapperez pas à l'obligation de traiter les maladies des

voies urinaires. Leur fréquence est extrême et les accidents qu'elles provoquent souvent trop pressants pour qu'il vous soit possible de recourir à un conseil. Avec une éducation imparfaite, vous serez exposés à rester au-dessous de votre rôle.

Mon service vous sera largement ouvert, et les ressources dont il dispose seront utilisées pour vous apprendre à prévoir, à prévenir et à combattre. Pour accomplir cette tâche, j'ai besoin de concours éclairés et dévoués, ils ne me feront pas défaut. Je sais à quel point je puis compter sur mon chef de clinique, sur mes chefs de laboratoire et mes internes.

La création de la chaire des maladies des voies urinaires a, d'ailleurs, substitué à la bonne volonté d'un homme la puissance de la faculté. C'est là notre meilleur garantie. Elle nous donne dans le présent la force qui nous faisait défaut; elle assure l'avenir.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

I

Contribution à l'étude du traitement des fibromes de la matrice. — M. Walton vient de publier un intéressant travail sur le traitement des fibromes utérins. Après avoir étudié la question sur toutes les faces et avoir montré que les hémorrhagies utérines sont sous la dépendance de la métrite concomitante, M. Walton résume son mémoire dans quelques conclusions qu'il est utile de faire connaître :

Dans le cas de fibrome complètement renfermé dans la cavité utérine, la dilatation rapide de la matrice permet d'établir le diagnostic et de pratiquer l'opération, le tout séance tenante.

La dilatation forcée peut, à elle seule, arriver à rompre la capsule du fibro-myome sous-muqueux, dont l'énucléation spontanée se produit ensuite.

La dilatation forcée, combinée au curage, arrête toujours l'hémorrhagie dans les cas de fibromes non attaquables par la voie vaginale.

La dilatation forcée, en facilitant la circulation de retour, peut amener, par un travail d'involution, la diminution et la disparition clinique du fibrome.

M. Walton obtient la dilatation à l'aide d'instruments à branches divergentes et il cure soigneusement la cavité de l'utérus. Il répète ce curage avec patience. Cette opération simple et bénigne suffit dès la première séance à arrêter les hémorrhagies. Si celles-ci surviennent, on pratique un nouveau curage. On peut ainsi guérir les femmes qui ont de gros fibromes saignants.

M. Doléris qui, depuis longtemps, dilate les utérus et les cure, préfère — quand il n'y a pas urgence absolue — la dilatation lente à la dilatation rapide. La dilatation lente se fait à l'aide de laminaires et d'éponges antiseptiques. On obtient, de cette façon, une énorme dilatation. S'il y a chance d'énucléation, c'est bien par cette surdistension extrême de la matrice. Le curage doit suivre la dilatation.

De la conduite à tenir après une plaie par arme à feu, dans le cas de corps étrangers restés dans les tissus. — M. Rochet, chirurgien de l'Antiquaille, expose, dans la *Province médicale*, les avantages et les inconvénients de l'intervention précoce dans les plaies par arme à feu, quand il existe des corps étrangers dans les tissus.

Jusqu'à ces dernières années, le précepte admis presque universellement était l'extirpation immédiate du corps étranger.

Le premier soin du chirurgien, disait A. Paré, « est d'oster les choses étrangères comme bois, fer ou os, car autrement la playe ne pourroit jamais se reprendre, ainsi récidiveroit »; et par choses étrangères Paré entendait « les portions d'habit, bourre, drapeau, papiers, pièces de harnais, mailles, balles, dragées, esquilles d'os, chair dilacérée ».

Percy, Larrey, Baudens, Sedillot prêchaient l'exploration de la blessure suivie de l'extraction de la balle.

M. Verneuil et Trélat ont, au contraire, insisté sur la gravité de certaines explorations faites par le chirurgien immédiatement après les blessures. Ils ont montré que le chirurgien pouvait causer plus de mal que la blessure, livrée à elle-même, n'aurait pu faire.

M. Rochet, après avoir fort sagement discuté toutes les hypothèses, pose les conclusions suivantes : D'une façon très générale et même avec les ressources antiseptiques actuelles, il vaut mieux s'abstenir qu'explorer, puisque les accidents éloignés, qu'on observe à la suite du séjour prolongé des corps étrangers dans les tissus, ne peuvent pas être mis en parallèle avec les complications immédiates dont on fait courir les chances par une intervention hâtive ; ces complications étant autrement graves et redoutables que les accidents qu'on peut craindre ultérieurement. Dans certains cas seulement, l'intervention immédiate sera de mise, et elle sera alors souvent plutôt dirigée contre des complications extrinsèques, relevant de la blessure d'un organe important, ou de l'infection, par exemple, que contre le corps étranger lui-même. Il sera toujours temps, plus tard, si ce dernier est la seule cause des phénomènes pathologiques sérieux, de procéder à son extraction.

II

Furonculose et polyurie. — MM. Spilmann et Parisot ont publié, dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, une note intéressante sur la valeur de la furonculose que l'on observe chez les individus polyuriques.

On a écrit depuis longtemps que la furonculose est une des complications fréquentes du diabète sucré. On sait que les furoncles sont aussi observés dans le diabète azoturique. Ce fait a son importance, non seulement au point de vue du diagnostic, mais encore du pronostic. Car si le diabète azoturique est une maladie sérieuse, il offre moins de gravité que le diabète sucré.

Mais la furonculose ne peut-elle pas se manifester dans la polyurie essentielle ? Non, d'après MM. Lancereaux, Lecorché, etc.

Or, MM. Spilmann et Parisot démontrent le contraire. Ils concluent :

1° La furonculose, associée à la polyurie, ne constitue pas toujours un indice certain d'un diabète glycosurique ou même azoturique ;

2° La furonculose peut accompagner la polyurie simple ou symptomatique ;

3° La furonculose se développe au cours des diabètes, à la faveur de la déshydratation des tissus et plus spécialement du vice de nutrition de la peau.

Traitement des kystes hydatiques du foie. — M. Davies Thomas étudie, d'après les statistiques, la valeur comparative des différentes méthodes de traitement qui sont appliquées à la cure des kystes hydatiques du foie :

La simple ponction échoue dans 40 p. 100 des cas.

La ponction suivie d'aspiration donne 18 p. 100 de mortalité.

La ponction simple a une mortalité deux fois plus grande.

La guérison, par la méthode des ponctions, est d'autant moins sûre qu'on a été obligé de répéter les ponctions.

Les avantages des injections parasiticides ne sont pas démontrés.

Les opérations radicales donnent une mortalité que M. Davies Thomas évalue de la façon suivante :

1° Caustiques : 33,68 p. 100 ;
2° Canule à demeure : 26,6 p. 100 ;
3° Méthode de Simon : 48 p. 100 ;
4° Méthode de Lindemann (section de l'abdomen) : 10,29 p. 100 ;
5° Même méthode (section thoracique) : 29,41 p. 100.

La section abdominale aurait une mortalité inférieure à celle de la simple ponction.

La conclusion de M. Davies Thomas va à l'encontre des faits admis par la grande majorité des cliniciens. Si intéressantes que soient des statistiques laborieusement colligées, elles ne peuvent entraîner la conviction, quand elles heurtent les opinions soutenues jusqu'à ce jour. Il y a donc lieu de réserver son jugement sur cette question.

Procédé d'analyse sommaire des urines. — Hager préconise le procédé suivant d'analyse sommaire des urines. On expose du papier à filtrer, imbibé d'une goutte d'urine, à une température de 150 à 200 degrés, sans que ce papier subisse de modification importante. Pour cela, on se sert d'une lampe à pétrole à mèche circulaire, munie d'un verre de 16 à 20 centimètres de longueur au-dessus du brûleur, et donnant une flamme de 2 millimètres 1/2 de hauteur.

On verse une goutte d'urine sur une bande de papier à filtrer, d'épaisseur moyenne, de 4 centimètres de largeur, et on expose la tache d'urine au-dessus du verre de lampe, à 2 ou 3 centimètres du verre, pendant trois ou quatre minutes, sans laisser roussir le papier.

D'après l'auteur, on observerait les phénomènes suivants, d'après les qualités de l'urine examinée :

Si l'urine est *normale*, la tache est à peine visible, sans liséré, quelquefois jaune-paille ;

Si l'urine est *albumineuse*, la tache devient jaunâtre ou jaune, rougeâtre sans liséré ou avec liséré très faible.

Si l'urine est *sucrée*, on obtient une tache jaune brun, brunâtre ou brune, brun foncé, suivant la quantité de sucre, et toujours avec un liséré très net.

L'urine des *morphiomanes* offre une tache jaunâtre avec liséré. (*Presse médicale belge.*)

III

Formules contre le coryza. — M. Cozzolino a recommandé le chlorhydrate d'ammoniaque en poudre ou en inhalations.

S'agit-il d'un *coryza aigu simple*, on préférera la poudre suivante :

Chlorhydrate d'ammoniaque	75 centigr.
Salicylate de soude	50 —
Chlorure de potassium.	75 —

M. s. a. Cette poudre est employée à priser.

Dans le *coryza aigu intense*, on pratique des inhalations avec le liquide suivant :

Chlorhydrate d'ammoniaque . .	1gr50
Menthol.	20 centigr.
Acide phénique	2 grammes.
Alcool rectifié.	*àà* 20 —
Eau distillée	

Contre le *coryza scrofuleux*, il faut priser une poudre antiseptique obtenue en mélangeant :

Sulfo-phénate de zinc	25 centigr.
Iodol	30 —
Salicylate de bismuth	3 grammes.
Tannate de zinc	1gr50
Talc pulvérisé	10 grammes.

M. s. a.

(*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*)

Mixture contre la tuberculose (Potain).

Chlorure de sodium.	10 grammes.
Bromure de sodium.	5 —
Iodure de potassium.	1 —
Eau distillée	100 —

Faire dissoudre une cuillerée à café tous les matins dans une tasse de lait. (*Journal de pharmacie et de chimie.*)

Gingivite des femmes enceintes. — M. Pinard recommande la solution suivante contre la gingivite des femmes enceintes :

Hydrate de chloral	5 grammes.
Alcoolat de cochléaria.	5 —

Faites dissoudre. On enlève le tartre des dents, puis on applique cette solution, tous les jours, sur le bord libre des gencives enflammées, à l'aide d'un instrument dont l'extrémité, enveloppée d'un bourrelet d'ouate, sert de petite éponge. La cautérisation qui se produit est peu profonde, car l'escharre blanche et très superficielle, qui en résulte, disparaît généralement vingt-quatre ou trente-six heures après l'application du remède. La durée moyenne du traitement n'a pas dépassé douze jours. (*Union médicale.*)

Conservation du lait en utilisant trois lois de la physique. — M. Gallavardin recommande de placer le lait dans des pots en verre jaune. Ces pots doivent être déposés dans un saladier ou un vase analogue contenant de l'eau froide jusqu'au tiers de sa hauteur. On prend un linge double ou triple, on le trempe daus l'eau froide, et on s'en sert pour envelopper chaque pot de lait, de telle façon que les bords de ce linge baignent dans l'eau du saladier.

Tel est le procédé que l'auteur a exposé dans le *Lyon médical.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 avril 1890. — Présidence de M. Nicaise.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ORCHIDOPEXIE

M. SCHWARTZ présente un individu auquel il a pratiqué l'orchidopexie.

M. DESPRÉS. L'orchidopexie est une erreur chirurgicale. Avant l'invention des procédés opératoires modernes, on avait imaginé un bandage qui mettait obstacle à la sortie de l'intestin et à l'ascension du testicule.

L'opéré de M. Schwartz est atteint d'une hernie et est obligé de porter un bandage. Le résultat de l'opération est déplorable. Un bon bandage, appliqué avant l'opération, aurait donné un meilleur résultat.

M. SCHWARTZ déclare que M. Després lui-même aurait opéré le malade qui a été présenté à la Société de chirurgie. Cet homme a retiré un bénéfice de l'orchidopexie, son testicule est descendu. L'opéré se trouve dans de bonnes conditions pour porter un bandage. Si M. Schwartz avait la direction actuelle du traitement de ce malade, il lui ferait la cure radicale de sa hernie.

M. LE DENTU n'est pas enthousiaste de l'orchidopexie. Il fait les réserves les plus expresses sur la valeur de l'opération pratiquée sur des sujets encore jeunes. Il ne peut accepter l'orchidopexie que si elle est faite sur des individus qui ont dépassé la puberté. Encore faut-il que le testicule en ectopie n'ait aucune tendance à descendre. M. Després a été trop absolu quand il a affirmé que l'intestin s'engageait dans le trajet inguinal et sortait hors du ventre, dès que le testicule ectopié était descendu.

A une époque où il n'était pas question de cure opératoire de l'ectopie testiculaire, M. Le Dentu a vu des glandes séminales, frappées en apparence d'atrophie définitive, se développer au moment de la puberté. Il a suivi tout particulièrement un jeune homme qui avait une double ectopie. Pendant cinq ans, les testicules restèrent atrophiés. Mais un jour on put constater, d'une façon certaine, le développement du testicule, qui atteignit un volume normal. Donc, les sujets âgés de moins de quatorze ans ne doivent pas subir l'opération. Ce qui prouve que la proposition de M. Després est trop absolue, c'est que, chez le jeune homme dont il vient d'être question, le testicule est descendu, et cependant il n'existe pas de hernie. L'ectopie inguinale et la hernie congénitale se rencontrent souvent chez le même sujet. Mais tout individu qui a une ectopie testiculaire n'a pas et n'aura pas fata-

lement une hernie, même si le testicule descend au fond des bourses.

M. TILLAUX. Quand le testicule s'arrête à l'anneau inguinal, il y a en même temps une hernie inguino-interstitielle (1).

Le malade de M. Schwartz avait donc une hernie quand M. Schwartz a opéré le testicule ectopié. Ce n'est donc pas l'opération qui a produit la hernie, puisque celle-ci existait avant l'acte chirurgical.

M. DESPRÉS. Si on n'avait pas tiré sur le testicule, la hernie ne se serait pas produite. Il faut mettre un bandage, même quand les enfants ont sept ans.

Du reste, n'est-il pas étrange de vouloir fixer un organe à la partie la plus mobile du corps?

M. TILLAUX. Tous les chirurgiens ont plus ou moins essayé de traiter les malades atteints d'ectopie testiculaire, à l'aide de bandages plus ou moins perfectionnés. Mais ces appareils ne sont pas supportés. Les malades ne veulent pas les garder.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Le bandage a fait son temps, car il ne donne aucun résultat. C'est tout au plus une ressource extrême sur laquelle il ne faut pas fonder de trop grandes espérances.

L'orchidopexie est une opération sans danger et qui réussit dans certains cas.

M. MARCHAND a observé deux opérés pendant deux ans. Ils n'avaient tiré aucun bénéfice de l'opération.

RAPPORTS

Oxycyanure de mercure. — M. KIRMISSON donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Chibret (de Clermont-Ferrand).

L'oxycyanure de mercure présente des propriétés antiseptiques de premier ordre. Cette substance résiste à l'action prolongée de la lumière et n'altère pas les instruments métalliques. Elle est moins irritante que le sublimé. La solution à 1/300e d'oxycyanure de mercure correspond, au point de vue antiseptique, à une solution de sublimé à 1/1 000e. Après différents essais, M. Chibret préconise la solution d'oxycyanure à 1/1 500e. La solution au 100e, injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané, ne produit pas d'abcès. Six à huit injections équivalent à un traitement mercuriel à l'aide de frictions. On peut donc traiter la syphilis de cette façon.

M. Kirmisson déclare son incompétence au point de vue chimique. Le rapporteur n'a pas eu l'occasion de vérifier les faits avancés par M. Chibret. Il n'a pas expérimenté la valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure.

Empyème et résection de deux côtes. — M. KIRMISSON lit un rapport sur un travail de M. Gellé.

Un jeune homme de vingt ans avait une pleurésie purulente à la suite d'une fièvre typhoïde. L'empyème fut pratiqué. Les résultats immédiats de l'opération furent excellents, mais le drain cessa de fonctionner. L'état général devint mauvais. La fièvre s'alluma.

Le 9 avril 1889, M. Gellé se décide à intervenir. Il fait une incision en U. Il ouvre la plèvre dans le septième espace intercostal. Il s'écoule une grande quantité de pus. M. Gellé enlève 7 centimètres de la sixième et de la cinquième côtes.

La petitesse du pouls met l'opérateur dans l'obligation de s'arrêter. Dans le cours de l'intervention, on avait constaté la vaste étendue de la cavité suppurante. Le poumon était rétracté et collé à la partie supérieure et postérieure du thorax. Deux gros drains furent laissés dans la plaie. Le thorax se rétracta progressivement. Le résultat définitif a été bon.

Cette opération, dit M. Kirmisson, a été bien combinée et bien exécutée.

M. BOUILLY. Ce cas ne doit pas entrer dans la catégorie des opérations d'Estlander. Les malades passibles de cette opération sont ceux qui ont des fistules intarissables et sans tendance à se fermer.

Le malade de M. Gellé avait une cavité purulente très étendue. L'opération qui a été pratiquée avait donc pour but la cure, non d'une fistule mais d'une grande collection de pus dans la plèvre. Dans ces conditions, on ne peut pas ranger dans la catégorie des opérations d'Estlander l'intervention pratiquée du reste avec succès par M. Gellé.

M. KIRMISSON. Dans le cas en question, le poumon était rétracté et il existait une cavité purulente assez vaste. L'opération faite par M. Gellé est-elle simplement une opération d'empyème ? M. Kirmisson ne le pense pas. L'opérateur a tenté de combler la cavité qui menaçait de se perpétuer, parce que le poumon était déjà rétracté.

Réséquer des côtes quinze jours après le début d'une pleurésie n'est pas la même chose que de traiter une collection purulente qui date de dix-huit mois, alors que le poumon est bien manifestement rétracté.

M. PEYROT. Il ne faut pas confondre les faits du genre de celui rapporté par M. Gellé avec les cas justiciables d'une opération d'Estlander.

Dans cette dernière opération, on obtient la mobilisation du thorax, de façon à combler une cavité qui ne peut pas se fermer. Comme il n'y a rien à attendre du poumon qui est définitivement rétracté, on accole le thorax au poumon. Le chirurgien cherche à réaliser ce que le parenchyme pulmonaire ne peut plus faire. Voilà en quoi consiste l'opération d'Estlander.

La résection de quelques côtes n'est pas une opération d'Estlander. Chez le malade de M. Gellé, il est impossible de faire la part de ce qui revient à la résection costale et de ce qui appartient à la dilatation du poumon.

On a dit qu'après une pleurésie purulente d'une certaine durée, on ne pouvait compter sur la dilatation pulmonaire. C'est une erreur. On voit un an, un an et demi et même deux ans après l'existence d'une pleurésie, des cavités contenant 250 grammes, se combler spontanément sous l'influence d'une bonne hygiène. Le séjour à la campagne suffit parfois pour amener ce résultat très rapidement.

M. BOUILLY a soigné un enfant de quinze ans et demi qui avait une pleurésie ouverte spontanément à la peau depuis un mois. Il y avait des phénomènes de rétention purulente. M. Bouilly fit l'empyème sans aucune résection. Deux mois après, la guérison était complète.

M. KIRMISSON pense que, dans le cas en litige, la résection large de deux côtes n'a pas été étrangère au bon résultat qui a été obtenu. Le malade de M. Gellé a réalisé des conditions extrêmement favorables à la réussite de l'opération d'Estlander.

Contusion du crâne ; céphalalgie rebelle ; trépanation empirique. — M. TERRILLON. M. C..., âgé de trente-cinq ans, officier de cuirassiers, reçoit un traumatisme sur le crâne. Il reste étendu par terre, mais ne perd pas connaissance. Il n'a pas de phlie à la tête. A la suite de ce traumatisme, survint une céphalalgie violente. La douleur siégeait sur la calotte cranienne et, particulièrement, au niveau du frontal et du pariétal. Les douleurs s'aggravent, deviennent continues et empêchent le malade de dormir. L'amaigrissement survient et fait des progrès. La situation de cet homme, souffrant nuit et jour, était lamentable. L'accident était arrivé en décembre 1888. Jusqu'au mois de juillet 1889, le malade fut soumis à des traitements internes variés (bromure de potassium, etc.). En janvier 1889, un chirurgien militaire fit à cet officier une incision jusqu'à l'os. Le 10 mars 1889, une autre incision s'étendant également jusqu'à l'os fut de nouveau pratiquée.

En juillet 1889, cet homme était affaibli. Il ne présentait aucun trouble du côté du cerveau. Il n'avait aucun signe de syphilis. Le crâne n'était déformé sur aucun point. On trouvait sur le tégument les traces des incisions précédentes. Le malade se plaignait de sa céphalalgie.

(1) TILLAUX. *Anatomie topographique*, p. 648.

Le 3 juillet 1889, M. Terrillon endort le malade et fait une incision cruciale à l'endroit où siégeait la douleur la plus vive. Il pose deux couronnes de trépan, l'une à côté de l'autre, chaque couronne ayant une étendue de 3 centimètres et demi. La portion osseuse enlevée avait une épaisseur de 15 millimètres, ce qui prouve que l'os était augmenté de volume. M. Terrillon fait une incision cruciale à la dure-mère. Celle-ci était normale, la pie-mère également. La plaie fut refermée. Les suites furent très simples. Dès son réveil, le malade fut absolument soulagé. L'opéré ne tarda pas à engraisser d'une façon notable. Quant aux phénomènes nerveux, ils subirent des oscillations. Pendant une semaine, la douleur disparut. Le 15 septembre, des crises douloureuses revinrent. Du 25 octobre au mois de décembre, le malade ne souffrit pas. Depuis le mois de janvier, cet officier va bien et a repris sa vie habituelle.

Il y avait, chez ce malade, un épaississement du crâne, peut-être de l'ostéite.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a pratiqué plusieurs opérations du même genre. L'interprétation des douleurs est difficile. Ces douleurs sont-elles produites par une inflammation des méninges ou du cerveau, survenant après la contusion? On n'en sait rien.

Les malades opérés par M. Lucas-Championnière ont guéri d'une façon complète.

Certains opérés voient leur céphalalgie disparaître par la trépanation non suivie d'incision de la dure-mère. Chez ces malades, les douleurs sont en rapport avec une paralysie générale, qu'on peut enrayer par une opération faite de bonne heure.

Faut-il ouvrir la dure-mère ou la respecter dans les trépanations faites contre la céphalalgie? C'est un point non résolu.

Les Arabes trépanaient pour mettre fin aux douleurs du crâne et aux accidents épileptiformes des malades.

M. Lucas-Championnière a pratiqué quatre fois de suite la trépanation, sur un même sujet, pour lui enlever une céphalalgie persistante. Ce malheureux s'était déjà fait arracher toutes les dents pour mettre un terme à ses souffrances. En ce moment, cet homme, malgré toutes ces interventions, conserve encore des douleurs.

M. ROUTIER a eu l'occasion de faire la trépanation chez deux malades qui avaient des douleurs et des crises épileptiformes. Il a trouvé de l'ostéite et une sorte d'inclusion de la dure-mère. Chez les deux malades, les douleurs ont disparu. L'un des opérés a subi une amélioration du côté de l'intelligence.

M. PEYROT. Ces interventions donnent lieu à des résultats bien mystérieux. Un jeune homme de trente ans reçoit un traumatisme, qui détermine une fracture du crâne du côté gauche. Contre toute attente, la guérison survient. Cinq ou six mois après, différents troubles firent leur apparition. Des douleurs existaient du côté gauche de la face. Le malade avait des vertiges, des troubles dans la marche. Il ne sentait pas le sol et il présentait de l'aphasie. Les troubles de la parole étaient marqués.

M. Peyrot a trouvé que l'apophyse mastoïde de ce malade était douloureuse. Il fit l'évidement de cette apophyse et constata peut-être un peu d'ostéite. Au bout de sept ou huit jours, tous les accidents disparurent et, en particulier, les troubles de la parole et de la mémoire.

M. KIRMISSON. Ne s'agit-il pas d'hystéro-traumatisme dans les cas de ce genre?

M. TILLAUX. On peut expliquer les douleurs par l'ostéite qui a été constatée.

La lésion mastoïdienne peut donner naissance à des phénomènes méningitiques. Il y a des cas dans lesquels une inflammation de l'apophyse mastoïde peut donner naissance à de la diplopie. Tous les accidents (douleurs, etc.) disparaissent par la trépanation. Il est probable que l'inflammation porte sur les nerfs qui se rendent à la dure-mère.

Statistique. — M. LE DENTU donne lecture de sa statistique.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

168. M. SANDRAS. Contribution à l'étude de l'albuminurie cardiaque et de sa valeur pronostique. — 169. M. SURER. De l'hématocèle intra-péritonéale spontanée chez la femme.—170. M. BERGES. Disjonction épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus. — 171. M. LE MARC'HADOUR. Traitement du pied bot par la tarsotomie. — 172. M. BABOUN. Manifestations pleurales de la grippe. — 173. M. BARAZER. De la mort dans la paralysie générale. — 174. M. MIROPOLSKI. Traitement de l'arthrite blennorrhagique par le cataplasme de Trousseau. — 175. M. MALAPERT DU PEUY. Le lait et le régime lacté. — 176. Mme MIROPOLSKY. La grippe à Paris et dans les hôpitaux en 1889-1890. — 177. M. FAUSSILLON. Des tumeurs malignes de l'angle interne de l'œil et de leur propagation dans les sinus et les cavités de la face. — 178. M. TARDIVEL. Contribution à l'étude de la tuberculose d'origine cutanée. — 179. Mlle IDA LEVINE. Allaitement artificiel. — 180. M. TRINTIGNAN. De l'œdème hystérique. — 181. M. PORQUIER. Des luxations divergentes du coude (radius en avant, cubitus en arrière). — 182. M. ROUSCHIAS. Des syphilides chancriformes des organes génitaux. — 183. M. VOIZOT. Traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité. — 184. M. DIJOUD. Traitement de l'épilepsie par le borate de soude. — 185. M. BEYNES. De la pérityphlite chez les enfants. — 186. M. CLAVOT. Contribution à l'étude de la colotomie iliaque. — 187. M. PETITCUENOT. De la thoracentèse dans les épanchements pleurétiques séro-fibrineux. — 188. M. MOREL. Contribution à l'étude de l'ophthalmoplégie externe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Babinski, Charrin et Armand Siredey.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Suis (Adrien-Marie), licencié ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux pratiques d'histoire naturelle (emploi nouveau).

M. Chauvin, docteur ès sciences, est nommé chef adjoint des travaux pratiques de physique et de chimie (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Nancy.* — Tous les cours de chimie de la Faculté des sciences auront lieu désormais dans le nouvel Institut chimique, dont la construction est terminée et dont l'inauguration a eu lieu jeudi dernier 24 avril.

— M. le docteur Parrot, ancien médecin du lycée de Périgueux, est nommé médecin honoraire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Claudel, médecin du Sénat; Darricau (de Linxe); Lagoutte (d'Autun); Martin, médecin-major de première classe, en retraite; Tartivel (de Bellevue).

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Edmond Perrier, professeur, commencera le cours de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes), le jeudi 1er mai 1890, à deux heures, dans la salle des cours des nouvelles galeries de zoologie (deuxième étage), et le continuera à la même heure chaque jeudi.

Le professeur exposera principalement les résultats des travaux exécutés à son laboratoire, en vue d'une classification des mollusques basée sur leur organisation. Ces leçons seront complétées par des visites aux nouvelles galeries, où la collection des mollusques gastéropodes a été classée d'après ces résultats.

Les conférences pratiques, qui ont lieu au laboratoire quatre fois par semaine depuis le commencement de l'année, continueront sans changement.

— M. Arnaud, professeur, ouvrira le cours de chimie appliquée aux corps organiques, le lundi 5 mai, dans le grand amphithéâtre

du Muséum d'histoire naturelle, à quatre heures, et le continuera les jeudis et lundis suivants à la même heure. — Des conférences pratiques auront lieu les samedis à cinq heures, dans le grand amphithéâtre : elles seront annoncées par des affiches particulières.

Le professeur traitera des méthodes d'analyse organique, en insistant surtout sur les procédés d'analyse immédiate. L'objet principal des cours comprendra l'application des procédés exposés d'une façon générale dans les premières leçons à l'étude des principes immédiats généraux, constitués par les espèces chimiques, dont la présence est constante dans les différents organes des végétaux. La seconde partie du cours portera sur les principes immédiats spécifiques : alcaloïdes et glucosides.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

55

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

30

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES.

Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. (Emballage franco.

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

36

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les

Affections aiguës et chroniques de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes

Phie PELISSE, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

96

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Laroche

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

42

LE VÉRITABLE THAPSIA

doit porter les Signatures

Ch. Le Perdriel *Reboulleau*

Veuillez les exiger pour éviter les accidents.

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS.

41

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (chlorate de potasse)

Contre les maux de gorge, angines, extinction voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

DETHAN, r. Baudin, 23, Paris, et ttes pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

33

VARICES, HÉMORRHOÏDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

Elle a pour *adjuvant indispensable* ds le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais à l'Hamamelis** et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis.**

DÉPÔT : Phie LOGEAIS, av. Marceau, et ttes phies.

54

ALBUMINATE DE FER DE LAPRADE

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

47

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et Absorption

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons, etc., etc., dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements, selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques, et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire *l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que, parmi les multiples produits pyrogénés qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel, s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Giron, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.

Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

L'ÉTUI : **1 fr. 50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur **A. GÉRAUDEL,** pharmacien à *Sainte-Menehould* (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîte d'échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

52

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

10

SIROP ANTIPHLOGISTIQUE DE BRIANT

Phie *rue de Rivoli, 150, Paris*, et ttes phies.

Le **SIROP DE BRIANT,** recommandé à son début par les professeurs LAENNEC, THÉNARD, GUERSANT, etc., a reçu la consécration du temps : il avait été breveté en 1829. VERITABLE BONBON PECTORAL, à base de gomme et de coquelicots, il convient surtout aux personnes délicates comme les femmes et les enfants. Son excellent goût ne nuit en aucune manière à son efficacité contre les *rhumes* et toutes les *inflammations* de la *poitrine* et des *intestins.*

83

EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE DE RUBINAT

Source du docteur LLORACH.

L'analyse de l'Académie de médecine de Paris démontre que cette eau contient 103gr814 de substances fixes, dont :

SULFATE DE SOUDE	SULFATE DE MAGNÉSIE
96gr265	3gr268

Cette eau purge rapidement et sans irritation. Elle n'exige aucun régime.

Dose normale : un verre.

Prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs ordonnances **Rubinat,** *Source* **Llorach.**

33

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100g.**

Exigez notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

49

VACCIN DE GÉNISSE

pour 4 pers., **75** cent.; pour 20 pers., **1 fr. 50.**

Echantillon gratuit. — Dr CHAUMIER, Tours.

72

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50cgr. . . . *5 fr.*
1/2 étui de 10 cachets . . . . *2 fr. 50*
Phien ✱, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans ttes Phies. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'ouverture d'un pli cacheté, déposé l'année dernière, nous fait connaître les avantages que M. Bertrand (de Brest) a obtenus de l'emploi de l'acide borique contre les cicatrices de la variole.

Une petite passe d'armes entre MM. Heckel et G. Sée, sur la caféine et le kola, et un rapport de M. Lancereaux sur la filariose, puis nous arrivons à une série de communications chirurgicales de MM. Le Dentu, Polaillon, Périer et Bœckel (de Strasbourg). Enfin, un médecin de la marine, M. le docteur Forné, fait une communication intéressante sur la contagiosité de la lèpre.

L'Académie, en comité secret, dresse, comme suit, la liste des candidats au titre de correspondant étranger, dans la division de médecine : 1° M. van den Corput (de Bruxelles); 2° M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro); 3° M. Crocq (de Bruxelles); et 4° M. Kalindero (de Bucharest).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Le criminel (1).

IV

Je reviens un instant, pour les compléter, sur quelques-uns des points de la doctrine de Lombroso, que je vous ai signalés dans les précédentes leçons.

Je vous ai dit que, pour les anthropologistes de cette école, le volume du crâne était, chez les criminels, inférieur à ce qu'il est chez les autres hommes. Or, M. Manouvrier croit cette assertion contestable : en examinant des crânes français, il a trouvé que la moyenne de ceux qui provenaient de criminels était un peu supérieure à la moyenne des autres crânes.

J'ai omis de vous dire que le front rétréci avait été observé 84 fois sur 100 criminels.

Il est bon que vous sachiez, à propos de l'asymétrie crânienne considérée comme caractère de criminalité, que le droit romain tenait déjà compte de ce signe et disait que l'asymétrie du crâne est un motif grave de suspicion.

La fossette occipitale a été recherchée par le docteur Marino : il l'a trouvée, chez les Européens normaux, 4 fois sur 100 et, chez les criminels, 16 fois ; chez les Zélandais 50 fois et chez les Australiens, 22 fois. Je n'ose me prononcer encore sur la valeur de ce caractère que je fais étudier, en ce moment, à la Morgue. A la Salpêtrière, Féré a fait la même recherche et, chez les vieilles femmes, il a vu la fossette 15 fois sur 100. Lombroso lui a adressé le reproche un peu vague de ne pas avoir assez creusé la question, mais il aurait pu faire une autre réponse, c'est que, chez les femmes, en général, les caractères de criminalité sont beaucoup moins nets que chez l'homme.

Lombroso a relevé aussi, chez les criminels, la présence d'os wormiens. Ici, il faut invoquer surtout un effet de développement et ne pas faire de ce signe un caractère de naissance. Je ne saurais trop le répéter, les individus auxquels Lombroso trouve les caractères du criminel-né sont presque toujours des sujets qui se sont mal développés. Or, chaque fois qu'un individu se développe physiquement mal, il y a des chances pour que, psychiquement aussi, il se développe d'une façon défectueuse.

Je passe rapidement sur les caractères tirés de l'angle facial (76 degrés chez les empoisonneurs, 74 degrés chez les assassins et 71 degrés chez les prostituées), les orbites excavés, les grandes oreilles détachées et les arcades zygomatiques saillantes. J'ajoute seulement que, d'après Lombroso, le nez ne serait pas beau chez les criminels.

Il est généralement admis que la taille des criminels serait plus grande que celle des autres hommes. Ce que j'ai vu et ce qui a été constaté par M. Bertillon, dans le service anthropométrique de la Préfecture de police, ne coïncide pas du tout avec cette opinion. Il est vrai que les observations ont été prises en Italie et en Allemagne, dans la Poméranie, où les hommes sont grands, mais je ne me permettrai pas de soumettre, à une critique générale, ce qui a été vu dans d'autres pays que le nôtre.

Enfin, vous savez que les deux bras étendus doivent représenter la taille de l'individu. Les criminels offriraient une supériorité marquée dans la mesure de la grande envergure comparée à la taille. En effet, sur 800 hommes

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 368.

examinés par M. Lacassagne (de Lyon), la grande envergure fut 91 fois inférieure à la taille, 86 fois égale, 623 fois supérieure. Comme les singes ont les membres supérieurs très longs, cette supériorité de la grande envergure, chez certains hommes, est interprétée par les anthropologistes comme un retour vers les ancêtres simiens.

Un fait qui a été signalé par différents auteurs, c'est que les criminels sont souvent gauchers; bien plus, lorsqu'on pousse l'analyse, on trouve que cette disposition correspond à un développement plus considérable du côté gauche du corps : c'est ainsi que la main et le pied du côté gauche sont plus grands que ceux du côté droit.

J'arrive à la partie qui devrait être la partie capitale de mon sujet, à l'examen du cerveau. On note souvent la présence d'anomalies de structure du cerveau : on a cité un cleptomane, membre de la Commune, qui présentait une soudure complète des deux hémisphères du cerveau. On a signalé aussi une quatrième circonvolution frontale. Le professeur Benedikt, en 1879, avait vu, 27 fois sur 83, des lobes frontaux ayant quatre circonvolutions. Un autre observateur nota cette anomalie 4 fois sur 11 criminels. Mais ces caractères anatomiques ont perdu beaucoup de leur valeur après les recherches de Giacomini qui les a observés sur des individus qui n'étaient point des malfaiteurs. En effet, sur 164 cerveaux d'hommes honnêtes, il a trouvé 57 fois la quatrième circonvolution qu'il n'a vue que 8 fois chez des criminels. C'est donc là un signe qui nous échappe encore.

En ce moment Lombroso pèse les cervelets et il a trouvé, jusqu'à présent, que le cervelet d'un honnête homme pesait 6 grammes de moins que celui d'un criminel.

Je crois, somme toute, que nous serons obligés d'en revenir à ce que disait Broca, à savoir qu'une intelligence bien équilibrée peut exister chez un individu qui présente des anomalies du cerveau, mais que cependant, si ces anomalies sont nombreuses et centrales, il y a des chances pour qu'elles amènent des troubles de l'intelligence. Cette formule résume tout ce qu'on peut tirer de ces différents caractères, aussi bien au point de vue du poids que de la structure du cerveau. Les anomalies sont plus fréquentes chez les criminels que chez les autres hommes, mais il n'en est pas une qui soit assez fréquente pour caractériser la criminalité.

Après les caractères anatomiques, les anthropologistes ont voulu faire la physiologie du criminel, et ils ont beaucoup insisté sur ce fait que les criminels ont un grand mépris de la douleur : chez eux, la sensibilité physique serait infiniment moindre que chez les autres hommes. Je ne sais si le fait est bien exact, mais j'ai été frappé de ceci : lorsqu'un individu est arrêté et qu'on l'examine dès les premiers jours de sa détention, il n'a pas ordinairement d'insensibilité; puis, peu de temps après avoir été interné à Mazas ou ailleurs, il devient analgésique, et enfin, lorsqu'il comparait en Cour d'assises, si on l'examine de nouveau, on trouve la sensibilité revenue. Il se passe là quelque chose de singulier, mais qui peut s'expliquer peut-être, si on songe qu'un homme habitué à vivre le plus souvent en plein air et à prendre beaucoup d'exercice, se trouve soumis brusquement à la vie sédentaire et à la nourriture médiocre des prisons. N'est-il pas possible que, dans ces conditions, les phénomènes de nutrition soient assez compromis pour occasionner momentanément des troubles nerveux ?

Cependant Lombroso a noté aussi, chez les prisonniers, le daltonisme, la disparition de l'odorat; et même, d'après lui, tous les sens seraient plus ou moins émoussés.

Il paraît que le criminel gesticule beaucoup plus que les autres hommes. Je pense que ce caractère appartient plutôt à la race italienne sur laquelle Lombroso a fait ses observations, qu'à l'espèce des criminels en général.

Lombroso a repris une étude qu'avait faite déjà M. le docteur Lacassagne. Il a remarqué que les criminels étaient souvent tatoués et qu'ils supportaient cette opération du tatouage, très douloureuse, avec un grand stoïcisme. Comme certains sauvages ont l'habitude de se faire peindre sur le corps la figure des ennemis qu'ils ont tués, on a voulu voir, dans le tatouage, l'indice d'un retour vers l'état sauvage. En France, l'usage du tatouage, qui était encore assez répandu, il y a une trentaine d'années, tend à diminuer de plus en plus. Du reste, pour ma part, j'y verrais tout au plus un signe du caractère de l'individu, d'après les images dont il est porteur, mais je ne puis lui attribuer une valeur bien démonstrative au point de vue de la criminalité.

Vous voyez que nous sommes loin d'accepter en apôtre tous les articles de la Bible rédigée par Lombroso. Avant de l'adopter, je crois qu'il faut en faire une critique tres serrée. Car les conséquences de cette doctrine sont graves : certains partisans ne vont-ils pas jusqu'à demander la mort de tous ceux qui présentent les caractères physiques du criminel ? Il est certain que, si les caractères indiqués par Lombroso sont exacts, il faudra supprimer de la société les citoyens qui les présentent, soit qu'on les enferme, soit qu'on les tue. Mais auparavant, il importe d'être bien sûr de ce qu'on avance. C'est pourquoi, avant de faire passer ces idées dans la pratique judiciaire, il serait bon de les soumettre à une nouvelle élaboration.

En attendant, dans la campagne qu'on a entreprise, je crois que les médecins feront sagement de s'effacer. Nous avons conquis, au Palais, une certaine place; nous pouvons maintenant déclarer qu'un individu est malade et nous faire écouter lorsque nous expliquons comment il a dû céder à certains entraînements. Si, tout d'un coup, nous faisons un bond dans l'inconnu, nous risquons de perdre en un jour le terrain que nous avons mis soixante ans à conquérir.

Est-ce une raison pour rejeter tout dans la théorie italienne ? En la discutant devant vous, j'ai usé du même procédé que l'avocat qui, pour défendre son client, met successivement en doute chacun des griefs qui sont relevés contre lui et cherche à les détruire les uns après les autres, en les isolant avec soin, de peur que chacun d'eux ne prenne de la force en faisant corps avec les autres. Moi aussi, j'ai pu ôter de la valeur aux caractères du criminel en les étudiant séparément, et il y a peut-être, dans la théorie de Lombroso, un type général à constituer.

Il y a quelques années, Broca avait recueilli en Auvergne, dans un village isolé par la neige du reste du pays, un certain nombre de crânes. Lorsqu'on les comparait les uns avec les autres, ils paraissaient absolument semblables, mais, si on les comparait avec des crânes de Basques, on voyait apparaître deux types absolument différents et qu'il était impossible de confondre. Il se fait donc dans l'ensemble des caractères une sorte de groupement virtuel dont il faut savoir tenir compte et qui doit exister dans la doctrine de Lombroso.

J'ajoute cependant que, si Lombroso avait vécu à Paris, je crois qu'il aurait fait un type de criminel tout différent de celui qu'il a créé, qui rappelle trop souvent les caractères de la race italienne.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. PÉRIER.

I. Œsophagotomie externe pour retirer un bouton de manchette. — II. Taille stomacale pour extraire une cuillère à café logée dans l'estomac depuis dix-huit jours.

I. Le 23 janvier dernier, une fillette de dix ans avait avalé une paire de boutons de manchettes. Un seul put être rejeté, l'autre s'engagea dans l'œsophage, dans la partie supérieure duquel il resta fixé sans qu'on ait pu l'extraire ni le repousser jusque dans l'estomac. La respiration n'était pas trop gênée, la déglutition des liquides était possible, mais les substances solides ne pouvaient passer. On m'amena l'enfant le 1er février.

En pressant entre le pouce et l'index les parties profondes de la région antérieure du cou, on sentait nettement le corps étranger en arrière des parties supérieures de la trachée et inférieures du larynx; j'étais donc suffisamment renseigné sur son siège.

Il ne fallait pas songer à le refouler, mais comment l'extraire?

Avec des pinces c'était impossible; elles glissaient sans pouvoir saisir; je pouvais, en essayant sur le bouton semblable que j'avais en main, me convaincre de l'inutilité d'essais prolongés.

Le panier de Graefe butait contre l'obstacle sans le franchir.

Je me décidai de suite pour l'œsophagotomie externe; elle fut pratiquée le lendemain matin. Sans avoir introduit de conducteur, j'incisai à gauche parallèlement au bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien, puis refoulant en dehors la carotide primitive, que j'avais pu prendre un instant pour le bord de l'œsophage tellement elle était petite, j'arrivai directement sur le corps étranger qui faisait un relief appréciable au doigt. J'incisai la paroi œsophagienne parallèlement à l'axe du conduit, exactement sur le bord du bouton qui devint alors visible entre les lèvres de l'ouverture.

Comme la queue du bouton était enchatonnée dans la muqueuse boursouflée de la paroi postérieure de l'œsophage, je dus m'aider du doigt pour la déboutonner, et dès lors elle put être extraite facilement. Je fis une suture en surjet au catgut, puis j'établis un drainage et je réunis la peau par quelques points au crin de Florence. L'enfant ayant été prise de vomissements, elle rendit une grande quantité de lait qu'on lui avait fait prendre malgré ma défense. Ce lait s'infiltra sous la plaie et sortait par le drain; je dus défaire mes sutures et panser simplement avec des compresses de tarlatane imbibées de solution aqueuse de chloral à 1 p. 100.

De temps à autre on fait prendre une gorgée de la solution de chloral; elle passe pour la plus grande partie par la plaie et empêche l'altération des liquides qui pourraient y séjourner.

On soutient la petite malade avec des lavements de peptone et le quatrième jour, 6 février, on lui donne du lait bouilli en abondance.

Le 18, les liquides ingérés ne sortant plus par la plaie, on donne des potages et des boulettes de viande. La plaie ne tarde pas à se cicatriser, et le 6 mars l'enfant sort guérie; la déglutition est redevenue normale.

II. Dans un moment d'aberration, un homme de trente-six ans avala, le 26 janvier dernier, une cuillère à café en ruolz qui tomba dans l'estomac. Depuis ce moment, cet homme éprouva de vives douleurs dans les régions de l'épigastre et de l'hypochondre gauche, douleurs qui s'exaspéraient pendant la digestion.

Le 13 février, dix-huit jours après l'accident, il entra dans mon service.

La palpation de l'abdomen détermine de la douleur dans la région de l'estomac, mais ne révèle pas l'existence du corps étranger masqué par l'épaisseur des parois; cependant l'ingestion de la cuillère n'était pas douteuse; une observation attentive permettait d'affirmer qu'elle n'avait pas été expulsée.

Le siège de la douleur faisait supposer qu'elle était encore dans l'estomac, mais ne suffisait pas cependant à en établir la preuve.

Pour acquérir une certitude, j'employai l'explorateur électrique de M. Trouvé; à peine l'instrument avait-il pénétré dans l'estomac, que la sonnerie nous avertissait du contact avec un métal. La cuillère était donc bien dans l'estomac.

Je proposai alors la taille stomacale qui fut pratiquée le 19 février.

L'estomac fut d'abord copieusement lavé avec une eau alcaline, puis la paroi abdominale incisée. J'arrivai sur la partie moyenne de l'estomac, un peu au-dessus de la grande courbure; j'attirai la paroi antérieure au dehors, et passai de suite dans son épaisseur, à quatre centimètres l'un de l'autre, deux fils de catgut liés en anses et destinés à empêcher le retrait à l'intérieur. Toutes les précautions ayant été prises pour éviter l'épanchement de liquides dans la cavité péritonéale, j'incisai l'estomac parallèlement à la grande courbure et assez loin d'elle pour éviter des vaisseaux trop importants. Les lèvres de l'ouverture furent maintenues avec des pinces; j'introduisis le doigt dans l'estomac et je reconnus la présence de la cuillère qui fut extraite sans grande difficulté.

J'appliquai de suite un surjet en fil de soie sur la muqueuse de l'estomac, puis je fis par-dessus deux plans superposés de suture en bourse entrecoupée.

L'occlusion de la plaie stomacale bien assurée, l'estomac fut réduit et laissé libre dans l'abdomen. Le péritoine pariétal fut réuni par un surjet au catgut, puis la couche musculaire; et, enfin, je fis une suture de la peau au crin de Florence.

Le pansement fut des plus simples: poudre de salol, gaze et ouate salolées.

L'opération n'eut aucun retentissement sur l'estomac ni sur le péritoine. L'opéré prit du bouillon le 22 février (l'opération était du 19); le 27 j'enlève les sutures, et le malade guérit, malgré l'apparition d'une poussée phlegmoneuse qui désunit la plaie et donna issue à une assez grande quantité de pus.

THÉRAPEUTIQUE

La caféine et les agents d'épargne

Par M. le docteur Léon Blanchard.

A quelques jours de distance, l'Académie des sciences et l'Académie de médecine viennent d'entendre la lecture de deux communications du plus haut intérêt, qui ont attiré de nouveau l'attention des physiologistes et des thérapeutes, sur un médicament d'une grande valeur, qui paraît être loin d'avoir donné jusqu'ici à la thérapeutique tout ce qu'il peut lui fournir. Dans le premier cas, il s'agit d'une communication de M. le professeur Germain Sée et de M. Lapicque, sur l'action physiologique de la caféine ; dans le second, d'un travail de M. Heckel (de Marseille), sur l'emploi de la noix de kola, laquelle, comme on sait, doit au même alcaloïde les propriétés particulièrement toniques et excitantes qui lui ont été reconnues de tout temps dans son pays d'origine.

Pour MM. G. Sée et Lapicque, la caféine est un merveilleux tonique du cœur et de l'appareil circulatoire. Dans les diverses expériences faites sur l'homme et les animaux, et ayant servi de base au travail lu, par ces messieurs, à l'Institut, on a pu constater que la caféine administrée avant l'accomplissement d'un travail physique pénible et plus ou moins prolongé, supprimait la sensation de la fatigue, facilitait l'effort dans des proportions singulières ; et, pour ne citer qu'un exemple, permettait d'effectuer de longues courses sans que l'essoufflement se manifestât. Partout, elle s'est comportée comme un stimulant énergique de l'activité cellulaire, comme un tonique intime, en quelque sorte, permettant, avec une moindre somme d'activité, de produire un travail beaucoup plus considérable.

M. Heckel n'a pas été moins affirmatif dans son important travail sur la noix de kola, à laquelle il a déjà consacré, depuis quelques années, plusieurs travaux, soit seul, soit en collaboration avec Schlagdenhauffen, directeur de l'École de pharmacie de Nancy. La noix de kola, qui est, avec le guarana, une des substances les plus riches en caféine, est employée dans toute la partie orientale de l'Afrique comme un stimulant puissant, auquel les indigènes ont continuellement recours, et qui, dans certaines régions, se vend au poids de l'or (1).

Ici, comme pour la coca, dont les Péruviens et les Boliviens font un usage journalier dans le même but, l'expérience des siècles est venue donner aux physiologistes modernes une indication précieuse, que leurs recherches les plus précises et les mieux conduites n'ont pu que confirmer pleinement. M. Heckel considère, lui aussi, la kola comme un agent d'épargne et comme un tonique de la plus haute valeur, et, passant de l'expérience de laboratoire à l'application directe, il a administré la kola à des excursionnistes, à des troupes en marche, pendant les manœuvres, voire même à des chevaux de cavalerie, chaque fois avec le même succès. Dans une expérience citée par M. Heckel dans sa communication à l'Académie, plusieurs officiers de ligne ont pu franchir, grâce à quelques biscuits préparés avec la noix de kola, et correspondant à 15 centigrammes de caféine, une distance de 72 kilomètres en quinze heures et demie de marche, sans ressentir, au terme de leur route, la fatigue extrême à laquelle ils avaient physiologiquement droit. M. Heckel a proposé, au ministère de la Guerre, de faire distribuer aux troupes, pour les jours de grande fatigue ou de longues étapes, quelques-uns de ces biscuits qu'il désigne sous le nom de *rations accélératrices*. Les expériences n'ont pu encore être entreprises, paraît-il, parce que la commission d'examen préfère, jusqu'à présent, s'en tenir au produit chimiquement défini, *la caféine*, de préférence à telle ou telle préparation formulée. C'est, du moins, l'avis exprimé par M. Léon Colin, inspecteur du service de santé de l'armée, au cours de la discussion académique engagée à ce sujet.

(1) Heckel et Schlagdenhauffen. *Les kolas africains*.

Il paraît donc bien démontré que c'est à la caféine chimiquement pure qu'il conviendra de s'adresser, lorsqu'on voudra obtenir une action tonique générale, et une réparation intime des forces, non pas seulement à la suite d'un effort accidentel ou d'une fatigue momentanée, mais à plus forte raison au cours de la convalescence d'affections graves, et contre l'affaiblissement général qui accompagne la période de la croissance, l'anémie, ou la chloro-anémie.

Reste toutefois une difficulté pratique à vaincre, car la caféine est insoluble dans l'eau, et l'emploi continu des cachets médicamenteux finit par répugner à beaucoup de malades, surtout aux enfants. Mais depuis la découverte faite, il y a quelques années, par M. Bravais, on sait que la caféine peut être aisément rendue soluble en y adjoignant une petite quantité de benzoate de soude. Disons en passant que, par un procédé dont la science française fournit malheureusement de trop nombreux exemples, la découverte de notre habile compatriote a été rapidement accaparée par l'étranger et, récemment encore (1), un chimiste allemand la présentait sous son propre nom comme absolument nouvelle.

Le chimiste intelligent, à qui la thérapeutique devait ainsi de pouvoir faire entrer aisément dans la pratique un médicament aussi précieux, et dont l'importance, comme nous venons de le voir, est démontrée chaque jour de plus en plus, a eu l'idée, — pour réaliser un ensemble médicamenteux doué, au plus haut point, du pouvoir tonique et réparateur, — de conseiller l'adjonction à la *caféine* de deux autres alcaloïdes, dont les propriétés sont connues de longue date : la *cocaïne*, type des aliments d'épargne, et la *théobromine*, à laquelle le cacao doit son action éminemment nutritive. Il a réuni ces trois substances dans une seule préparation, le vin Bravais, qui présente ainsi, au maximum, le pouvoir tonique et reconstituant.

Les mêmes idées qui avaient guidé M. Léon Colin dans le choix de l'alcaloïde cristallisé, la caféine, de préférence à la kola pour la prescription d'un stimulant musculaire à nos soldats, ont conduit M. Bravais à adopter la théobromine plutôt que le cacao, qui renferme des matières grasses d'une digestion parfois difficile, et la cocaïne plutôt que la coca, qui n'arrive en Europe qu'altérée par le voyage et plus ou moins appauvrie dans sa teneur en principes actifs. Le vin de Bravais à la caféine, à la cocaïne et à la théobromine, peut donc être prescrit en toute confiance comme le plus puissant des toniques physiologiques, dans les cas nombreux où une médication reconstituante s'impose à notre thérapeutique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 avril 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de candidature de M. Richelot, se présentant à la place déclarée vacante, dans la section de pathologie chirurgicale.

Variole. — M. le Président procède, sur la demande de l'auteur, à l'ouverture d'un pli cacheté, déposé l'année dernière par M. Bertrand (de Brest).

Pour prévenir ou rendre moins apparentes les cicatrices de la variole, M. Bertrand se sert d'acide borique incorporé à la glycérine, dans la proportion de 4 grammes pour 50. Ce glycérolé est appliqué au pinceau dès que l'éruption est effectuée, soit sur la face, soit dans le pharynx. Les yeux sont lavés avec une solution saturée, aqueuse et tiède d'acide borique. Enfin, cette même solution est employée en lavements contre les selles fétides.

COMMUNICATIONS

Caféine et kola. — M. Heckel a mentionné, dès 1884, le rouge de kola à côté et au même titre que la caféine. M. Germain

(1) Bravais. *Pharmaceutische Erx*, mars 1890, p 37.

Sée détruit lui-même, par sa discussion, la prétention qu'il a de s'attribuer la priorité de la découverte des propriétés de la caféine contre la fatigue et l'essoufflement. Enfin, M. Sée affirme qu'il ne s'occupe pas de la question industrielle. M. Heckel est absolument convaincu que M. Sée, dont le désintéressement scientifique est universellement connu, aurait agi comme il l'a fait lui-même, dépensant des sommes relativement élevées pour ses expériences, sans y trouver, comme d'autres, plus privilégiés et plus adroits, savent le faire sur des questions similaires, une source de profits.

M. SÉE, dans son mémoire du 12 mars, n'a consacré qu'un seul mot à la noix de kola. M. Heckel a débarrassé cette drogue d'un produit aphrodisiaque; mais il ne l'a pas encore débarrassée de sa caféine, pour expérimenter le rouge de kola dans toute sa simplicité. Enfin, M. Heckel n'a sans doute pas lu le travail de l'orateur, car ses recherches n'ont aucun rapport avec l'ancienne théorie de l'épargne préconisée par M. Heckel.

Œsophagotomie externe. — M. PÉRIER lit une observation d'œsophagotomie externe pour retirer un bouton de manchette. (Voir plus haut, p. 471.)

Taille stomacale. — M. PÉRIER lit une observation de taille stomacale, pratiquée pour extraire une cuillère à café, logée dans l'estomac depuis dix jours. (Voir plus haut, p. 471.)

Lèpre. — M. FORNÉ. La lèpre est restée longtemps exclusivement cantonnée dans les tribus indigènes de la Nouvelle-Calédonie. Plusieurs de ces tribus sont décimées par elle. Aujourd'hui, le mal a gagné la race blanche européenne.

A la date du 20 décembre 1889, le nombre des Européens devenus lépreux après leur transportation en Nouvelle-Calédonie était de quatre, appartenant tous à la population pénale.

Le premier cas concerne un sujet belge, condamné en France, en 1874, à l'âge de trente et un ans, à cinq ans de travaux forcés en Calédonie. Libéré en 1879, il n'a jamais quitté la Nouvelle-Calédonie.

De 1879 à 1881, il n'a pas été exposé à des chances de contamination lépreuse, mais, à partir de 1881, il a habité pendant six ans une localité située à 6 kilomètres de Nouméa, centre d'une tribu canaque manifestement affectée de lèpre, et il a eu des relations fréquentes avec des lépreux de cette tribu. C'est en 1885 que le mal débute sur lui sous forme de boutons et de taches situés sur le front et le menton. A leur niveau, la peau était tout à fait insensible. Puis ces taches et ces boutons gagnèrent diverses parties du corps. Beaucoup plus tard, bulles nombreuses de pemphigus sur la main gauche, et, ultérieurement encore, ulcères, suite d'onyxis sur la même main.

M. Forné vit le malade en janvier 1889 et posa le diagnostic de lèpre mixte (formes anesthésique et tuberculeuse réunies). Ce diagnostic n'était pas douteux d'après l'ensemble des lésions que présentait le corps du malade. Au surplus, des coupes pratiquées, avec le consentement du malade, sur un segment du lobule de l'oreille, ont montré les bacilles de Hansen disséminés à profusion dans les tissus.

Mais comment X... a-t-il été contaminé ?

Les médecins qui nient le caractère contagieux de la lèpre objectent que les prétendus faits de contagion sont fournis par des sujets originaires de pays où la lèpre est endémique, et que ce que l'on prend pour des faits de contagion se rattache tout simplement à l'évolution, ces sujets étant en puissance de lèpre.

Or, il est difficile de supposer une tare héréditaire à X..., né en Belgique, et devenu lépreux à quarante-deux ans, en Nouvelle-Calédonie, après avoir été en contact avec des indigènes lépreux. La contagion, dans ce cas, paraît donc certaine. Du reste, la contagiosité de la lèpre est mise hors de doute par les faits d'inoculation accidentelle et d'inoculation expérimentale de la lèpre dont on peut dire : Elle est inoculable ; donc elle est contagieuse.

Grossesse extra-utérine. — M. POLAILLON, au cours d'une salpingectomie, pratiquée pour une salpingite, a trouvé, dans la cavité péritonéale, un fœtus de deux mois et demi, mort depuis plusieurs mois.

La malade était une femme de vingt-six ans ; suppression des règles en octobre ; en novembre, douleur vive et subite dans l'abdomen. La malade avait pu continuer à travailler pendant un jour ou deux, lorsqu'elle fut prise d'accidents de péritonite. Après la guérison de la péritonite, une tumeur restant dans le ligament large gauche, M. Polaillon pratiqua la salpingectomie, au cours de laquelle il découvrit le fœtus et la trompe contenant le placenta ; cette trompe était rompue, sa rupture semble avoir coïncidé avec le début des accidents de péritonite. Les suites de l'opération ont été des plus simples.

Certaines ovario-salpingites simples ne reconnaissent-elles pas pour cause le développement anomal d'un œuf?

Tumeur du ligament tubo-ovarien. — M. LE DENTU a enlevé, chez une jeune fille, une tumeur abdominale particulièrement rare, puisque, jusqu'à présent, on n'a pu en retrouver qu'un cas d'Alban, publié dans le *Bristish Medical* de l'année dernière. La tumeur, beaucoup plus volumineuse, pesait 7 kilogrammes.

Il s'agit ici, comme dans le cas d'Alban, d'un kysto-fibrome végétant, développé à l'extrémité du ligament tubo-ovarien, indépendant de la trompe et de l'ovaire.

La malade s'était aperçue en janvier dernier de sa tumeur, qui n'avait déterminé, jusqu'alors, aucun symptôme morbide appréciable.

A l'examen, la grande mobilité de la tumeur fit exclure l'idée d'une tumeur utérine, et penser à une tumeur solide de l'ovaire, peut-être un tératome, en raison de la présence de bosselures à la surface de la tumeur.

L'opération ne présenta rien de particulier et permit de constater le siège tout spécial de la tumeur. L'examen histologique permit de reconnaître qu'il s'agissait bien réellement d'un kysto-fibrome végétant; la tumeur présentait, à sa surface, un épithélium pavimenteux quelque peu végétant. Cette circonstance de l'aspect végétant de la tumeur explique pourquoi, malgré son petit volume, la tumeur avait déterminé un peu d'ascite, constatée au moment de l'opération.

RAPPORT

Filariose. — M. LANCEREAUX lit un rapport sur deux communications de M. Maurel et de Magalhaes.

Dans un cas cité par M. Maurel, dans un travail adressé à l'Académie, le début de la maladie a été brusque et la présence dans l'urine de caillots porte à croire que l'hémorrhagie provenait de ruptures vasculaires. Dans une seconde observation du même auteur, on remarque que l'existence de larves dans le sang, même en nombre considérable, est compatible avec toutes les apparences d'une santé parfaite. De plus, ce malade permet d'établir que la filariose peut s'améliorer dans le milieu même où elle s'est développée.

M. Magalhaes (de Rio-de-Janeiro) a également adressé à l'Académie de médecine le résumé d'une observation de filariose dans laquelle une opération, pratiquée pour un épanchement chyleux de la tunique vaginale, a été, malgré l'antisepsie la plus rigoureuse, suivie d'accidents graves, de suppuration et de mort.

Magalhaes insiste, à propos de ce fait, sur la grande susceptibilité des tissus lymphatiques atteints par la filariose ; il croit de son devoir d'appeler l'attention des chirurgiens sur la gravité exceptionnelle des opérations dans les cas de ce genre.

Entérostomie temporaire. — M. JULES BŒCKEL. Une complication fréquente de la laparotomie, dans l'occlusion intestinale, réside dans la difficulté, voire même l'impossibilité, de réduire les intestins, alors même que l'obstacle est levé.

Le moyen d'y remédier consiste à débrider l'intestin, pour le suturer dès que son contenu a été évacué.

La réduction du paquet intestinal devient, dès lors, des plus aisées.

Cette opération, imaginée par Madelung, n'a été pratiquée qu'une seule fois en France par M. Terrier.

M. Bœckel (J.) a eu l'occasion de l'exécuter, il y a trois ans, après avoir constaté préalablement l'inefficacité de la ponction capillaire. Il s'agit d'un sujet d'une trentaine d'années atteint d'occlusion intestinale chronique. Le 23 février, il eut sa dernière selle. A partir de là les symptômes s'aggravèrent, au point de nécessiter la laparotomie un mois plus tard.

La distension du ventre est énorme; après son ouverture on tombe sur trois anses intestinales, placées obliquement, qui étaient considérablement distendues.

L'occlusion est due à une torsion du mésocolon énormément allongé. On la détord, on rétablit la circulation, mais on n'arrive pas à réduire le paquet intestinal, malgré une ponction capillaire de l'intestin, qui est inefficace. Alors, séance tenante, on fait une incision de 6 centimètres sur l'intestin; aussitôt des gaz et des matières liquides s'échappent en abondance. On les recueille dans un plat à barbe, après s'être, bien entendu, entouré des précautions voulues. Cela fait, l'intestin s'affaisse. M. Bœckel le suture avec 8 fils de soie phéniquée et peut alors le réduire très facilement. L'opération est terminée comme d'habitude. Au bout de quarante-huit heures l'opéré a une selle normale.

Le septième jour la réunion est parfaite et, quinze jours plus tard, il peut quitter l'hôpital. Depuis lors sa guérison s'est bien maintenue.

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bucquoy, sur les titres des candidats correspondants étrangers (première division).

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Par M. le docteur PASSANT.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1890.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	8	17	1	26
2e	11	23	2	36
3e	36	41	2	79
4e	41	75	12	128
5e	36	48	12	96
6e	16	35	5	56
7e	12	17	1	30
8e	11	12	2	25
9e	17	13	1	31
10e	22	40	5	67
11e	82	160	53	295
12e	32	65	38	135
13e	60	79	35	174
14e	71	78	45	194
15e	64	83	25	172
16e	14	18	7	39
17e	52	88	21	161
18e	76	135	42	253
19e	75	83	32	190
20e	101	153	68	322
	837	1 263	409	2509

Visites du premier trimestre de 1890 . . . . . 2 103
Visites du premier trimestre de 1890 . . . . . 2 509
Différence en plus 406

Le mois de janvier 1890, pendant lequel l'épidémie de grippe a sévi, comprend, à lui seul, 1117 visites de nuit.

La moyenne des visites par nuit est de 27,88. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 22,83.

Les hommes entrent dans la proportion de 33 p. 100.
Les femmes — — 51 —
Les enfants au-dessous de trois ans 16 —

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites	138	Accouchement, délivrance	213
Croup	48	Accouchements non terminés	38
Coqueluche	14	E. Affections cérébrales	120
Otite	1	Convulsions, éclampsies	98
Corps étranger de l'œsophage	2	Névralgie	27
B. Asthme	79	Névroses	76
Affections du cœur	87	Epilepsie	25
Bronchites aiguës et chroniques	210	Aliénation mentale	9
Pleuro-pneumonie	186	Alcoolisme, delirium tremens	11
Congestion pulmonaire	62	F. Rhumatisme	49
Grippe	93	Affections éruptives	72
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	125	Fièvre intermittente	5
Cholérine	44	Fièvre typhoïde	23
Dysenterie	4	Hémorrhagies de causes internes et externes	89
Athrepsie	45	G. Plaies, contusions	95
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	77	Fractures, luxations, entorses	26
Hernie étranglée	30	Brûlures	6
Rétention d'urine	14	Empoisonnements	16
Orchite	7	Asphyxie par le charbon	8
Vulvite	1	Suicide	5
D. Métrite, métro-péritonite	53	H. Mort à l'arrivée du médecin	67
Métrorrhagie	55		
Fausse couche	57	Total	2509

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours pour trois places de médecin du Bureau central, qui doit s'ouvrir le 16 mai prochain, est provisoirement constitué de la manière suivante :

MM. Ballet, Descroizilles, Peter, Hayem, Millard, Quinquaud, Felizet.

— M. le docteur Magail, professeur à l'École de médecine de Marseille, et chirurgien en chef de la Maternité de cette ville, trente-huit ans de services, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le dimanche 11 mai, à deux heures très précises, aura lieu l'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine dans le petit amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de pathologie interne, à l'usage des étudiants et des praticiens, par C. VANLAIR, professeur à l'Université de Liège, etc. 1 beau vol. gr. in-8° de 1050 pages. — Prix : 20 francs. — Paris, O. Doin.

Les maladies de l'oreille et leur traitement, par le docteur Arthur HARTMANN (de Berlin). Ouvrage traduit sur la quatrième édition (1889) et annoté par le docteur POTIQUET. 1 vol. in-8° de 292 pages, avec 45 figures dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Les poisons de l'air, l'acide carbonique et l'oxyde de carbone, asphyxie et empoisonnement, par les puits, le gaz d'éclairage, le tabac à fumer, les poêles, les voitures chauffées, etc., par H. GRÉHANT, lauréat de l'Institut. 1 vol. in-18 de 320 pages avec 21 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Étude anatomo-pathologique et clinique sur les salpingo-ovarites, par le docteur Ernest MORDRET, aide d'anatomie à la Faculté de médecine. 1 vol. gr. in-8°. — Prix ; 3 francs. — Paris, G. Steinheil.

Résultats de quatre-vingts opérations de cataracte (aspect de l'image papillaire un certain temps après l'opération), par le docteur A. BOURGEOIS (de Reims). In-8° de 24 pages avec tableaux et une planche. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — **1** an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. D. — 6 mois : **18** fr. — **1** an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Du meilleur traitement de la plaie utérine dans l'opération césarienne classique.

Par M. le docteur Émile BLANC,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

I

On peut dire que, depuis Deleurye et Baudelocque, l'opération césarienne possède une méthode d'exécution bien définie. Tous les auteurs acceptent l'incision sur la ligne blanche, qu'avait déjà proposée Mauriceau, et une section longitudinale de l'utérus, portant sur le milieu de sa face antérieure. Une statistique de Dubois nous renseigne facilement à ce sujet : « Sur 72 cas dans lesquels on eut recours à l'opération césarienne depuis le commencement du XIXe siècle, la méthode attribuée à M. Deleurye, et qui consiste à inciser les parois abdominales sur la ligne blanche, fut adoptée 50 fois, et 22 fois l'opération fut suivie de succès pour la mère. L'incision latérale, dans une direction parallèle à celle de la ligne blanche, fut 8 fois exécutée : 3 de ces opérations réussirent. Il n'est pas inutile d'observer que le choix de cette méthode, dans quelques-uns de ces cas, fut déterminé par la nécessité d'éviter la cicatrice d'une première opération déjà subie par les mêmes femmes. Une incision oblique d'un côté, suivant la méthode de Stein l'aîné, fut pratiquée 7 fois; une seule de ces opérations réussit. Enfin, 3 fois on adopta la méthode de Stein jeune, qui consiste à faire une incision transversale en croisant la ligne blanche : aucune de ces opérations ne fut suivie de succès. Quant à la méthode transversale de Lauverjat, qui a compté quelques résultats heureux dans le siècle précédent, elle n'a été soumise à aucune épreuve nouvelle dans celui-ci (1). »

A cette époque, l'accord est unanime en ce qui concerne le traitement de la plaie abdominale, et aucun opérateur ne songe plus à la laisser non suturée, maintenue seulement par un bandage unissant. Il n'en est plus de même pour l'incision faite à l'utérus, et à l'exception de Lebas, cité par Lauverjat, on l'a toujours abandonnée ouverte dans l'abdomen. Jusque-là, on avait cherché l'amélioration de la technique opératoire dans le siège et l'étendue des incisions profonde et superficielle, puis on s'était arrêté à l'incision médiane, ainsi que l'indique la statistique de Dubois. Mais les inconvénients de cette pratique ne tardèrent pas à frapper les esprits. Ou bien la guérison s'effectuait au milieu d'accidents, quelquefois formidables, ou bien elle se faisait mal, laissant après elle de larges adhérences, des trajets fistuleux plus ou moins profonds (1). Parfois encore, les conséquences de ce traitement défectueux n'éclataient qu'à une grossesse ultérieure. On voyait, durant celle-ci, la cicatrice utérine se rompre, suivie ou non de la rupture de la cicatrice de l'abdomen. Le plus souvent cette rupture se produisait pendant l'accouchement. Krukenberg (2), qui en a réuni 13 cas, trouve, sur ce chiffre, 6 mères mortes dont 3 d'hémorrhagie. Deux fois, en effet, le placenta s'insérait en avant, au niveau de l'ancienne cicatrice.

On songea donc, afin d'obtenir une cicatrice solide, à pratiquer la suture de l'utérus, comme on avait pratiqué celle de l'abdomen. On tarissait par le même moyen l'écoulement incessant des lochies et des produits de sécrétion de la plaie, dans la cavité péritonéale. Toutefois, l'emploi des sutures paraissait ici rempli d'écueils; on craignait leur action irritante sur le tissu utérin, d'autant plus que l'on avait affaire ici à un organe soumis à des variations de volume constantes, doué d'une forte musculature, et revêtu d'une séreuse délicate. Certaines indications urgentes, et particulièrement l'hémorrhagie, amenèrent les opérateurs à pratiquer ce que, théoriquement, ils considéraient comme impossible ou dangereux. La suture utérine était née. On lui reconnut bientôt des avantages multiples et on ne l'abandonna plus. Quant à ses inconvénients, on chercha à les éviter, soit en limitant le plus possible le nombre des points de suture, soit en s'appliquant à retirer de très bonne heure les fils, et pour cela en imaginant des procédés quelquefois très complexes, souvent ingénieux.

Malgré ces tentatives de réunion simple de la plaie utérine, la mortalité de l'opération césarienne restait considérable, et même la règle dans les grandes maternités. On varia les modes de suture en prenant exemple sur les autres

(1) DUBOIS. *Dictionnaire de médecine*, 1834, t. VII, p. 149.

(1) Voir à ce sujet BLANC. *Archives de tocologie*, 1890, n° I.
(2) KRUKENBERG. *Archiv. f. Gynækol.*, t. XXVIII, p. 421.

viscères creux de l'abdomen. De là sont nées les sutures *utéro-pariétale, séro-séreuse*. Les résultats ne furent pas plus satisfaisants, et la mortalité resta élevée. Voici, d'après les tableaux de Meyer (1), quel était le pronostic général de cette opération en 1868 :

	Opérées.	Guéries.	Mortes.
Angleterre.	480	236	244 = 50 p. 100
Allemagne.	712	332	380 = 53 —
France. . .	344	153	191 = 55 —
Belgique. .	11	4	7 = 63 —
Italie . . .	46	5	41 = 87 —
Amérique .	12	8	4 = 33 —
Total :	1605	738	867 = 54 p. 100

Schrœder, tenant compte des cas malheureux non publiés, estime la mortalité à 80 p. 100.

En 1876, une nouvelle méthode surgit, c'est l'opération de Porro. Elle supprime les causes de toutes les difficultés, en amputant l'utérus et ses annexes. L'ancienne opération césarienne disparaît durant quelques années de la scène, pour faire place à la nouvelle venue, mieux réglée, et trouvant pour la servir une conquête chirurgicale récente, l'antisepsie.

Presque simultanément, quelques années plus tard, Kehrer, Sænger s'élevèrent contre la grave mutilation que faisait subir à la femme l'opération de Porro, et proposèrent, pour rétablir l'opération césarienne classique, un nouveau traitement de la plaie utérine.

II

Les procédés de Kehrer et de Sænger ont ceci de commun, que tous les deux appartiennent à la suture séro-séreuse. Mais ils diffèrent considérablement dans leur exécution.

Le procédé de Kehrer se caractérise par l'incision de l'utérus, qui est faite non plus verticalement, mais suivant une *ligne horizontale, au pourtour de l'orifice interne*. L'auteur trouve à cela plusieurs avantages et entre autres ceux : 1° d'avoir une plaie ayant peu de tendance à bâiller, par suite de la position antéfléchie que prend l'utérus dans les suites de couches; 2° d'opérer dans une région où le péritoine, lâchement uni aux parties sous-jacentes, peut être facilement décollé. La réunion est assurée par une suture au fil de soie, disposée en deux plans : un plan profond comprenant la musculaire et la caduque, et un plan superficiel ne comprenant que la séreuse (2).

Sænger (3) continue à opérer suivant la méthode classique, mais il fait subir à la plaie utérine une préparation toute spéciale, portant sur la couche musculaire et sur la séreuse. Une plaie ne se réunit bien, en effet, que si ses deux lèvres sont régulières, parallèles, et se correspondent par leurs tissus similaires. Or, les bords de l'incision utérine, dans l'hystérotomie, sont assez souvent irréguliers, taillés en biseau. Pour les rectifier, Sænger propose une résection de la musculaire, plus épaisse sous la séreuse qu'au niveau de la caduque, offrant, par conséquent, la forme d'un coin ou d'une tranche de melon. La base du coin, ou les branches de bifurcation de l'Y ainsi constitué, sont assez largement dépassées par un lambeau flottant de la séreuse, qui est alors, non pas réséquée, mais repliée entre les lèvres de la plaie. Sænger préconise encore une suture distribuée en deux plans, mais le plan profond est formé de fil d'argent et *n'intéresse pas la caduque*.

Trois faits caractérisent donc cette *suture sympéritonéale*, comme son auteur l'a appelée. Ce sont :

La résection de la couche musculaire;
Le reploiement de la séreuse;
L'emploi du fil d'argent pour les sutures profondes qui passent au-dessous de la caduque.

Il convient d'ajouter que, mieux que l'auteur précédent, Sænger a insisté sur le nombre de sutures qu'il convenait de placer, et a assigné, comme distance aux sutures profondes, 1 centimètre. Entre chacune d'elles peuvent prendre place deux sutures superficielles.

C'est Léopold qui, le premier, se chargea de mettre à exécution les idées qu'avait émises et développées Sænger, sur une femme arrivée au terme de sa grossesse, et porteur d'une déformation rachitique modérée du bassin (indication relative). Voici comment, les premiers temps remplis, il procéda à la suture de l'utérus : « La séreuse du bord gauche de la plaie est saisie avec une pince à érigne, et rapidement disséquée avec un bistouri, de telle sorte qu'une couche musculaire d'environ 1 millimètre restait adhérente à sa face profonde. L'étendue de cette dissection était de 1 centimètre au milieu de la plaie, et de un demi-centimètre au niveau des angles. On se comporta de même sur le bord droit de la plaie. Du point extrême de la dissection de la séreuse, on enleva au bistouri deux longues tranches, en forme de coin, de la couche musculaire. Les bords de l'incision utérine, aussi réguliers et aussi ourlés que possible, furent dès lors aptes à une bonne coaptation, qu'assujettirent huit sutures profondes d'argent, traversant toute l'épaisseur de la paroi utérine à l'exception de la caduque, et un certain nombre de sutures superficielles. On ne plaça celles-ci qu'après reploiement, entre les lèvres de la plaie, des lames flottantes de la séreuse (1) ». La femme, opérée par Léopold, guérit rapidement (fig. 1 et 2).

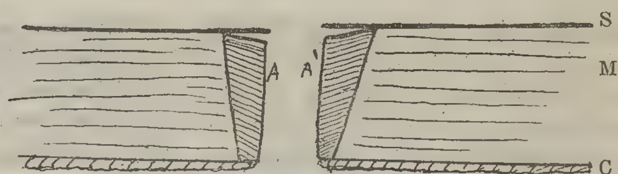


Fig. 1. — S, Séreuse; M, Musculaire; C, Caduques; A, A', Portion réséquée de la musculaire.

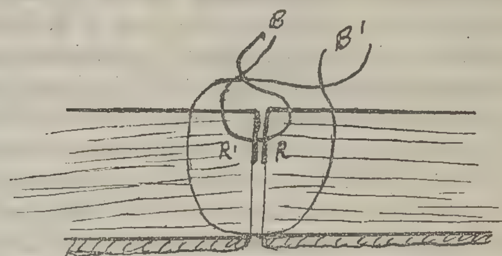


Fig. 2. — B, B', Fils superficiel et profond; R, R', Portion repliée de la séreuse.

(1) Voir Bromeistl. *Wiener. Med. Wochens.*, 1868, n° 67.
(2) Kehrer. Uber ein modificeiter verfchren beim Kaiserschnitte, *Arch. f. Gynœkol.*, 1882, p. 177.
(3) Sænger. *Der Kaiserschnitt bei uterus fibromen nebst Verglichend methodik, etc.*, p. 146 à 155. Leipzig, 1882.

(1) Léopold. Ein Kaiserschnitt mit uterus naht nach interminirung der serosa, und resection der muscularis, *Arch. f. Gynœkol.*, t. XIX, 1882.

III

Telle est la méthode qui se constituait rivale de l'amputation utéro-ovarique, qui même aspirait à détrôner celle-ci, et que Müller appela : *opération césarienne conservatrice*.

Suivons-la dans son évolution, et voyons si elle a répondu aux espérances que, dès le début, elle faisait concevoir.

La première statistique, publiée par Crédé en 1886 (1), environ quatre ans après la monographie de Sænger, lui donna gain de cause. Cette statistique porte sur 26 cas d'opération césarienne conservatrice.

Les résultats furent les suivants :

Mères guéries,	19 = 76	p. 100
— mortes,	7 = 24	p. 100
Enfants vivants,	23 = 88,4	p. 100
— morts,	3 = 11,6	p. 100

De ces cas, 10 provenaient de la clinique de Dresde (Léopold) avec une mortalité de 10 p. 100 pour les mères et 0 p. 100 pour les enfants; 6 appartenaient à la clinique de Leipzig avec : mères guéries 100 p. 100, enfants sauvés 100 p. 100. Cette dernière série de 16 cas donnait donc une mortalité de 6,2 p. 100.

Au début, les opérateurs (Léopold, Beumer, Widmer, etc.) suivirent assez exactement les préceptes de Sænger. Léopold remarque, à sa troisième opération, que la résection de la musculaire avait exagéré l'étendue de la plaie aux angles supérieur et inférieur, et accru les difficultés de la coaptation. Cet auteur craint, en outre, que la soustraction, à la paroi utérine, de longues bandes musculaires de 10 centimètres de long et 2 centimètres de largeur, n'ait quelques inconvénients pour la fonction de l'organe. Aussi, dans sa quatrième opération, abandonne-t-il la résection de la musculaire, pour ne faire qu'une dissection de la séreuse. Et même à sa cinquième opération, il ne pratique plus ni la résection de la musculaire, ni la dissection de la séreuse (2).

Cependant, Sænger, qui, lui aussi, a pu mettre son procédé à exécution, qui, de plus, a fait divers essais de suture sur le cadavre et sur les animaux, revient sur ses premières indications et les précise davantage. Il conseille toujours la préparation de la plaie, mais réserve la résection de la musculaire, pour les cas où les bords de la séreuse se sont trop rétractés, et où, par suite, leur reploiement est difficile. Il fixe à 2 millimètres l'épaisseur de la lame musculaire qu'il faut réséquer, et à 4 millimètres la profondeur de la dissection de la séreuse. « Dans les cas, ajoute-t-il, où la plaie bâille peu, a ses bords parallèles, où la séreuse n'a pas de tendance à se rétracter, la résection est inutile, et une suture utérine exacte suffit. A une condition toutefois : c'est que la suture superficielle réunisse les deux séreuses, par leur face superficielle, et non point seulement par leurs bords. » Le meilleur moyen d'assurer un large accolement des lames péritonéales, consiste en une fine incision, faite parallèlement aux bords de la plaie, située à 3 ou 4 millimètres de ces bords; et en une suture superficielle, analogue à la suture intestinale de Lambert, piquant deux fois la séreuse sur chaque bord de la plaie en dehors et en dedans de la légère incision indiquée ci-dessus (1).

Malgré l'autorité qui se rattache au nom de l'auteur, on abandonna peu à peu la résection de la musculaire. D'ailleurs de différents côtés on s'élevait contre la suture *sympéritonéale*, que cette résection avait pour but de faciliter. Schrœder ne croit pas à une agglutination rapide des séreuses, parce qu'une couche d'épithélium cubique les revêt et les isole. Zweifel cite une intéressante observation de suture sympéritonéale suivie de mort (cas de Weber). L'autopsie démontra que la plaie s'était réunie sur toute son étendue, hormis dans la partie correspondante au reploiement des lames séreuses. Veit rapporte des faits du même genre; une hystérotomie pratiquée par lui sur une guenon, permit de constater un retard de la cicatrisation, dans les points où la suture sympéritonéale avait été pratiquée.

Seul, M. Grasser, appuyé sur quelques faits expérimentaux, soutient l'utilité d'une suture sympéritonéale. Il cite la facilité de réunion des lames péritonéales accolées, par la suture de la plaie abdominale, dans les laparotomies. Mais c'est précisément le peu de solidité de cette réunion, qui a suggéré, à certains opérateurs, l'idée de suturer isolément les différentes couches de la paroi.

Tous les faits cliniques récents plaident d'ailleurs en faveur d'une suture séro-séreuse plus simple. Fritsch (2) croit même qu'on peut abandonner sans crainte la suture superficielle, ou du moins qu'on peut la limiter aux points qui bâillent encore après le placement des sutures profondes.

Léopold (3) combat cette tendance extrême à la simplification de la suture, et cite un cas de mort post-opératoire, due à une hémorrhagie intra-péritonéale, qui prit ses sources dans la moitié externe de la plaie utérine. Une coupe transversale de celle-ci laissait voir, au-dessous de la séreuse, une accumulation notable de sang. Aussi, Léopold conseille-t-il de maintenir la suture séro-séreuse, et même d'y comprendre une certaine épaisseur de la couche musculaire.

IV

Une question importante, dans le traitement de la plaie utérine après l'hystérotomie, c'est celle du choix de la matière à sutures. Sænger, nous l'avons dit, donnait la préférence au fil d'argent pour les sutures profondes. Il est résistant, souple et facile à rendre aseptique. Les premiers opérateurs s'adressèrent à lui. Puis, l'expérience clinique vint, démontrant que l'emploi de cette substance était passible de quelques objections. Ainsi, certaines opérées de Léopold, suivies deux ou trois ans, accusaient des douleurs vésicales ou utérines. Assez souvent, il existait des adhérences étendues entre l'utérus et l'abdomen. Chez l'une de ces femmes, devenue de nouveau enceinte, on sentait, pendant l'accouchement, les sutures métalliques très distinctes sous la paroi abdominale. Entre elles l'utérus était excessivement mince. L'opération césarienne, rendue une seconde fois nécessaire, permit de constater des adhérences utéro-abdominales ou utéro-épiploïques assez étendues.

(1) Crédé. Zwei weitere Falle von Kaisersch., *Arch. f. Gynækol.*, t. XXVIII, p. 144.

(2) Léopold. Zwei weitere Kaiserschnitt, *Arch. f. Gynækol.*, t. XXVI, p. 407, et Monographie, *Der Kaiserschnitt*, Stuttgard 1888.

(1) Sænger. Neue beitrage zur Kaiserschnittrage, *Arch. f. Gynækol.*, t. XXVI, p. 162.

(2) Fritsch. Zur vereinfachung der Kaisersch., *Centr. f. Gyn.*, n° 23, 1889.

(3) Léopold. *Id.*, *Arch. f. Gynækol.*, 1889, t. XXXVI.

Après destruction de ces adhérences, la saillie des fils encastrés parut assez marquée pour blesser les organes environnants. Les anses métalliques pénétraient dans la cavité utérine, et la paroi était à leur niveau moitié plus mince que dans le restant de l'étendue de l'organe. Nous pourrions citer une observation identique de Skutsch.

D'assez bonne heure on songea à se passer du fil d'argent. On s'adressa, pour le remplacer, à la soie et au catgut.

Jusqu'ici la statistique n'est pas favorable à la soie. Sur 14 opérations césariennes conservatrices, Schauta (1) note 8 sutures d'argent et 6 de soie. Dans la première série il n'y eut pas de mort, tandis qu'il y en eut 4 dans la seconde. Des femmes qui guérirent, 2 présentèrent des accidents infectieux. Nous-même, compulsant les faits réunis par Caruso, nous trouvons du n° 51 au n° 135 (1), 36 sutures de soie avec 12 morts, soit 30 p. 100 ou un tiers.

Comment expliquer cette influence fâcheuse du fil de soie? D'après Schauta « chaque suture de soie étreint le tissu utérin saisi, comme une ligature élastique », ce qui explique sa déchirure facile et la filtration des lochies par le canal des piqûres. Tout en reconnaissant à la soie certaines qualités d'élasticité, peu favorables pour son emploi dans la suture utérine, nous croyons que la plupart des accidents qu'on lui impute sont dus à une asepsie incomplète. A l'appui de cette manière de voir, nous apportons les séries heureuses que certains opérateurs ont obtenues, malgré l'emploi de cette substance (Hegar, 4 succès; Braun, 3), et une statistique récente, postérieure à celle de Caruso, et qui est plus favorable à la soie. Il est donc certain qu'une bonne désinfection de cette matière (ébullition dans solution phéniquée à 50 p. 100; chaleur humide à 120 ou 130 degrés) amènera d'autres résultats.

Pour les mêmes motifs, Schauta tient aussi le catgut en rigueur. Déjà Sænger, Porak avaient montré, avec chiffres à l'appui, qu'il était moins sûr et donnait des résultats bien moins favorables que le fil d'argent. Cela n'a pas empêché d'autres opérateurs, Zweifel, Geyl, Léopold, d'y avoir de nouveau recours. A part Geyl, qui se servit de catgut sublimé, les deux autres employèrent le catgut à l'acide chromique, et s'en montrèrent très satisfaits. Leurs statistiques, d'ailleurs, en font foi.

Parmi les 135 observations de Caruso, nous avons trouvé 20 cas de suture complète au catgut avec 2 morts, soit 10 p. 100. Quoique le chiffre des sutures de catgut soit un peu inférieur, il n'en existe pas moins une grande différence entre cette proportion et celle que nous avons trouvée pour la soie (30 p. 100).

Le catgut à l'acide chromique n'est pas encore la matière à suture idéale. Il est raide, difficile à nouer, et semble se résorber avec peine. Thompson, dans ses expériences, a trouvé le catgut intact et encapsulé dans l'utérus, 64 jours après son emploi. Zweifel (2), à une seconde opération césarienne trouva intactes, au milieu du tissu utérin, les anses placées à la première opération. Un mode de préparation du catgut que Reverdin a récemment fait connaître, et que Benckiser et Zweifel ont étudié à leur tour, supprime ces derniers inconvénients; nous voulons parler de l'emploi du catgut dégraissé et stérilisé à la chaleur sèche, à 140 degrés.

(1) SCHAUTA. Ein fall von Konserv. Kaisersch., *Wien. Med. Wochens.*, 1888, p. 146.

(2) Du n° 8 au n° 50. — Voir SCHAUTA. Loc. cit.

V

Il résulte de ce que nous venons de dire, que le procédé de Sænger a perdu son originalité, ou mieux qu'il n'existe plus. La résection de la musculaire, le reploiement de la séreuse, l'argent comme suture, ont été successivement abandonnés. Deux préceptes semblent tout d'abord rester, c'est la disposition des sutures en deux plans, et la soustraction de la caduque au passage des fils.

Il ne serait pas difficile de montrer que la disposition des fils a varié de bien des façons, selon les opérateurs (Krukenberg, Hofmeïer, Lébédeff). Quant à la caduque on ne l'a pas toujours respectée. Krukenberg, Veit l'avaient déjà comprise dans les sutures profondes. Jay propose même de la suturer isolément. Dans une note récente, Léopold déclare que le précepte d'éviter la caduque n'est d'aucune utilité, et qu'il s'en est passé, sans inconvénients, dans ses cinq dernières opérations. On comprend, en effet, qu'avec sa manière de traiter la cavité utérine après son évacuation, de la dépouiller de toute sa caduque, il lui fût difficile de se conformer à la règle de Sænger. Léopold invoque d'ailleurs une raison plausible : lorsque les fils ont traversé la caduque, ils la coupent, car elle est très friable, et finissent par s'isoler de la cavité utérine et se mettre directement au contact de la couche musculaire.

Quoique la technique que Sænger avait proposée ait subi une véritable transformation, il n'en est pas moins vrai que cet auteur a rendu un grand service. Il a cru et démontré que la plaie utérine pouvait guérir par première intention, sous les conditions d'une *suture ferme* et d'une sévère *antisepsie*. Ces deux idées sont restées et ont porté leurs fruits.

Actuellement, comment doit-on traiter l'incision de l'utérus après l'hystérotomie?

Relativement à la suture, la plus simple et la plus rapide, c'est une suture à points séparés, distribuée en deux plans, un plan profond ou séro-musculaire, et un plan superficiel ou séro-séreux. Les fils profonds seront situés à 1 centimètre d'intervalle, et les fils superficiels placés en nombre double du précédent. Nous croyons qu'il y a peu d'importance, si l'on a opéré dans les conditions d'une bonne antisepsie, à intéresser la caduque dans le plan profond. Cette caduque a quelquefois disparu, ou bien elle se trouve réduite en une si mince couche qu'on n'est jamais assuré de piquer entre elle et la musculaire. Le plus simple ce serait d'enfoncer l'aiguille dans les couches musculaires les plus profondes. Mais la clinique démontre que ce détail est secondaire, et que, même traversée, la caduque est sectionnée par les fils qu'elle recouvre ensuite. On ira donc au plus pressé dans les cas où il existe de l'hémorrhagie, et on veillera seulement à placer les fils profonds à 1 centimètre des bords de la plaie, et à les diriger bien parallèlement aux surfaces de section, pour qu'ils ne tiraillent pas inégalement les portions de tissu saisies dans l'anse.

Comme suture superficielle, il est préférable, au point de vue de la rapidité, de faire une suture continue, allant de l'une à l'autre extrémité de la plaie, l'aiguille piquant et sortant de la séreuse à un demi-centimètre des bords. La suture séro-séreuse intéressera non pas seulement le péritoine, mais aussi une certaine épaisseur des couches musculaires sous-jacentes, sans dépasser toutefois un demi-

centimètre en profondeur (fig. 3). Les lames péritonéales se juxtaposent, pour ainsi dire, tout naturellement; on n'a qu'à favoriser leur inversion en serrant les fils.

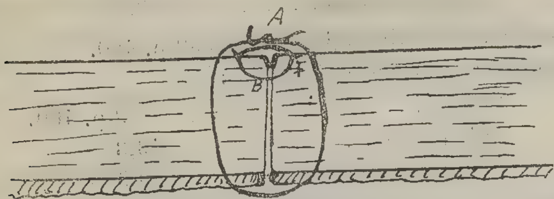


Fig. 3. — A, Suture profonde à points séparés traversant la caduque; B, Suture superficielle continue.

Sur le conseil de M. Fochier, nous avons expérimenté une suture qui, lorsque le temps le permet et qu'une hémorrhagie n'est pas immédiatement menaçante, nous paraît bien apte à assurer la juxtaposition des surfaces incisées. C'est une suture en 8 (fig. 4) posée de la façon suivante : un

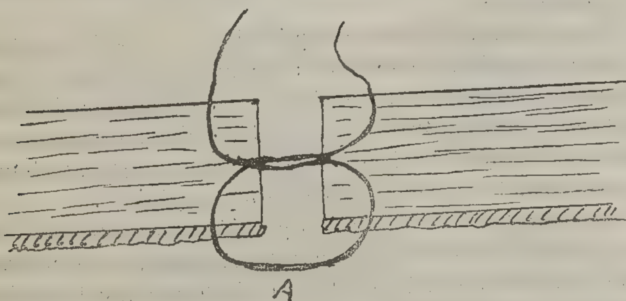


Fig. 4. — Suture en 8 dont l'anse profonde traverse la caduque.

fil de catgut nº 3 est muni, à ses extrémités, de deux aiguilles rondes à forte courbure. Il est utile, pour éviter toute perte de temps, d'avoir à sa disposition plusieurs de ces aiguilles (une dizaine), et d'en garnir les fils avant l'opération. L'une de ces aiguilles est enfoncée au-dessous de la caduque, ou mieux, directement dans cette caduque à 1 centimètre des bords de la plaie; on la conduit dans l'épaisseur de la couche musculaire, en saisissant le plus possible de tissu, et on la fait ressortir dans la plaie, à mi-distance du péritoine et de la caduque. La seconde aiguille répète la même manœuvre sur la lèvre opposée de l'incision utérine. Puis, on croise les fils; l'aiguille de droite passe à gauche et réciproquement. Chaque aiguille, pénétrant par le point de sortie des fils, répète en sens inverse la même manœuvre, et vient ressortir sur la séreuse à 1 centimètre de la plaie. Comme pour la suture à points séparés, on noue les fils par un premier nœud de chirurgien que fixe une pince hémostatique, et au-dessus par deux nœuds simples.

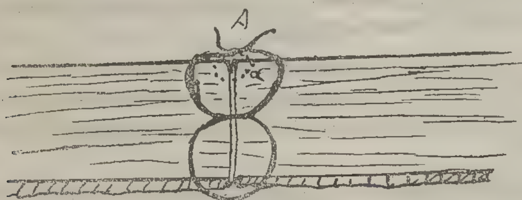


Fig. 5. — Suture en 8 après sa fermeture; A, Suture superficielle.

Cette suture, mieux que la suture ordinaire, assure la coaptation des parties. Elle ne tasse pas autant les tissus et ne produit pas, comme elle, une profonde ligne déprimée le long de l'incision. Ajoutons qu'elle s'oppose, par sa disposition même, à une communication directe entre l'utérus et l'extérieur, et à une action constrictive trop grande des points extrêmes de la partie saisie, ainsi que cela arrive avec une anse unique de catgut ou de soie.

On doit donner la préférence au catgut (stérilisé par la chaleur, ou, à défaut, au catgut chromique), pour l'application des sutures profondes et superficielles. La soie, le fil d'argent peuvent aussi être utilisés; mais nous avons indiqué les inconvénients inhérents à l'emploi de ces deux substances. Cependant la plus grande partie des sutures utérines, dans l'opération césarienne conservatrice, a été faite avec la soie. En joignant à la statistique de Caruso (135 cas), celle plus récente de Torggler [36] (1), nous arrivons à un total de 171 cas, fournissant au point de vue des sutures employées, les chiffres suivants : argent, 43; catgut, 45; soie, 82. Nous avons fait connaître ci-dessus, la mortalité obtenue avec la suture de soie dans les 135 premiers cas d'opération césarienne conservatrice publiés; elle était de 30 p. 100. En faisant le même dépouillement pour les 36 cas de Torggler, nous arrivons presque aux mêmes résultats, soit 3 morts sur 24 sutures de soie, ou 33 p. 100, alors que 8 sutures de catgut donnent 0 p. 100 de mortalité. Nous ne parlons pas de la suture d'argent, car on ne s'en est servi que 2 fois. Le seul avantage de la soie, c'est qu'elle peut être assez facilement rendue aseptique.

Que faut-il penser de l'anse élastique (tube de caoutchouc mis autour du col), comme moyen d'hémostase durant le placement de la suture? On doit, autant que possible, la rejeter (ainsi du moins a répondu la clinique), car elle expose à l'inertie utérine. Si, par suite du nombre insuffisant d'aides, son usage s'impose, on limitera la constriction à la durée de la suture elle-même, c'est-à-dire à vingt minutes environ, ou mieux encore, on ne la laissera en place que pour la suture profonde, soit dix minutes.

Dans une note récente (2), où il s'efforce de démontrer à nouveau les avantages de la suture sympéritonéale, Sænger recommande de faire l'hémostase provisoire à l'aide d'une serviette roulée en cordon, et, comme le tube de caoutchouc, placée autour du segment inférieur. On ne la noue pas, mais on en confie les extrémités à un aide, qui serre plus ou moins, selon que l'hémostase est plus ou moins parfaite. Il est très probable que cette compression, mesurée et faite sur une large surface, n'expose plus aux mêmes dangers que celle produite par l'anse élastique. Le moyen est simple, mais exige la stérilisation du tissu par l'étuve ou par l'ébullition, dans une solution antiseptique.

VI

Quel est, actuellement, le pronostic de l'opération césarienne conservatrice?

Caruso, dont la statistique finit le 1er octobre 1888, a pu en réunir 135 cas, donnant au point de vue de la mortalité, les résultats suivants :

Mères mortes	34 = 25,5 p. 100.	
— guéries	99 = 74,5	—
Mortalité fœtale	= 8,27	—

Considérée relativement aux indications, la mortalité devient dans les rétrécissements du bassin :

23 cas d'indication absolue = mortalité de 42,8 p. 100.
85 — — relative = — de 10,6 p. 100.

(1) Torggler. Zur prognose neuerlicher schwongerschaft nach conservat. Kaiserschn., 1890, nº 1.

(2) Sænger. *Centralbl, f. Gyn.*, 1890, nos 11, 12, 13.

Du 1er octobre 1888 à la fin de juin 1889, Torggler réunit 36 nouveaux cas, avec 4 morts, soit 11 p. 100 (1).

Pour les deux statistiques, sur un total de 171 cas, la mortalité maternelle atteint 23 p. 100.

Il n'est pas sans intérêt de la comparer à celle fournie par un nombre égal d'opérations de Porro :

			Mortalité maternelle.
Statistique Godson,	134 cas	=	55,97 p. 100.
— Mangiagalli,	140 cas	=	58,57 —
— Harris,	205 cas	=	52 —

Harris fait remarquer que, dans sa statistique (1885 à 1889), les 50 premiers cas ont fourni 29 morts, tandis que les 50 derniers seulement 9 (18 p. 100).

Ainsi, en ne tenant compte, dans les deux opérations, que des séries les plus favorables, nous trouvons encore une différence dans la mortalité :

Opération césarienne conservatrice, 10 à 11 p. 100; opération de Porro, 18 p. 100.

Mais cette différence, déjà minime, s'atténue encore par un dépouillement minutieux des cas d'opération de Porro, publiés jusqu'ici.

En terminant, examinons comment guérit la plaie suturée de l'utérus.

La guérison s'effectue par première intention et avec rapidité, comme le prouvent certaines autopsies des deuxième et troisième jours (Weber, Léopold, etc.).

Les suites de couches sont généralement simples. La femme peut allaiter son enfant si elle le désire, et se lever le quinzième ou seizième jour.

Toutefois quelques particularités méritent attention. On avait cru que la conception était très rare après cette opération. Torggler (2), qui a réuni des matériaux à ce sujet, indique sur 124 opérées, se trouvant dans les conditions à devenir de nouveau enceintes, 13 conceptions (10,4 p. 100), parmi 12 femmes (9,6 p. 100). En ne considérant que les femmes mariées, il y a 8 grossesses sur 38 opérées, soit 21 p. 100. Mais un résultat imprévu auquel arrive l'auteur, c'est que le fil d'argent compte à son actif beaucoup plus de conceptions. Ainsi la soie et le catgut donnent chez les filles-mères et les femmes mariées 5 p. 100 et 12 p. 100 nouvelles grossesses, tandis que l'argent en fournit 23 p. 100 (7/30e). De ce fait, Torggler conclut que la suture métallique est supérieure, qu'elle immobilise mieux la plaie, n'exerce pas sur les tissus une constriction aussi énergique, et, par suite, ne les sectionne pas.

Mais la statistique ne parle pas dans le même sens. En tous cas le fil d'argent a des inconvénients, que, jusqu'à nouvel ordre, on doit éviter par l'emploi d'une substance plus souple, plus anodine et résorbable. Comme le catgut est d'application plus récente, il est possible qu'on n'ait pas pu suivre encore assez longtemps les opérées, et établir sa valeur au point de vue d'une conception ultérieure.

On a signalé, après l'opération césarienne conservatrice, certaines complications dans les suites de couches, telles que : adhérences utéro-abdominales, trajets fistuleux, involution lente. Voici les résultats auxquels est arrivé Torggler :

97 sutures de soie ou de catgut ont donné :

Fistules utéro-abdominales.	6,1 p. 100.
Adhérences.	23,7 —
Involution lente.	9,2 —

Donc, suites pathologiques dans 39 p. 100.

31 sutures d'argent ont donné :

Fistules	3 p. 100.
Adhérences.	19,3 —
Involutions lentes.	9,6 —

Suites de couches pathologiques 32,1 p. 100.

On ne peut, ici encore, conclure en faveur de la supériorité du fil d'argent. Outre la disproportion marquée des chiffres, nous avons vu combien le fil de soie, qui constitue la grande partie des sutures organiques, exerçait une influence fâcheuse sur la mortalité. C'est donc lui qu'il faudrait incriminer, et non le catgut, du léger excédent des complications des suites de couches, dans la première catégorie de cas.

Citons enfin, comme complications, le *venter pendulum* (une observation de Zweifel avec adhérences utéro-abdominales étendues) et un accident grave relaté par Fellerer. Il s'agit d'une rupture de la cicatrice de la plaie abdominale, au troisième mois d'une nouvelle grossesse. La femme avait été mal soignée et menait une vie pénible.

Il n'existe pas d'observation publiée de rupture de l'utérus, dans le cours d'une seconde grossesse, ou au moment de l'accouchement. Krukenberg avait donné de cet accident, dans l'ancienne opération césarienne, la proportion de 50 p. 100!

Deux interruptions de grossesse (huit mois, Sænger; trois mois, Léopold) ne paraissent pas devoir être rattachées à une opération antérieure.

(1) Le chiffre des opérations césariennes conservatrices dépasse même de beaucoup 171 cas au 30 juin 1889, mais plusieurs de ces opérations ont dû être éliminées pour insuffisance de la technique.

(2) TORGGLER. Loc. cit., p. 420.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 avril 1890, M. André, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Bastia, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 27 avril 1890, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Vialleton, Rochet, Blanc-Fontenille, Mousset et Valla.

— Par décret, en date du 27 avril 1890, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Lacaze-Dori, Bottey, Blanc, Gascard, Maunoury, Brottet, Gautiez, Sigaud, Bovet, Darier, Lefranc, Favel et Braine.

— Par décision ministérielle, en date du 30 avril 1890, M. Challan, médecin-principal de première classe, a été désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire du camp de Châlons.

— *Hôpitaux de Rouen.* — Le concours pour une place de médecin-adjoint s'est terminé par la nomination de M. Robert Leudet, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'École de médecine de Rouen.

— L'inauguration du monument élevé par souscription, sous le patronage de la Société d'Agriculture de l'Eure, à M. le docteur Auzoux, aura lieu à Saint-Aubin d'Ecrosville (Eure), le dimanche 18 mai, à deux heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de médecine, à l'usage des assurances sur la vie, par le docteur L. Mareau, médecin expert des compagnies d'assurances. 1 vol. in-12 cartonné, de 450 pages; avec une préface de M. Édouard Vermot. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches expérimentales de calorimétrie animale (mesure de la radiation calorique et des combustions respiratoires), par le docteur C. Sigalas, pharmacien de première classe. Brochure in-8° de 75 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

La chirurgie du sinus sphénoïdal, par le docteur Em. Berger. Broch. in-8° de 80 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

De la kystectomie dans l'opération de la cataracte, par le docteur A. Bourgeois (de Reims). In-8° de 8 pages avec figures. — Prix : 50 centimes. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE. — M. G. Phocas.

Pied-bot talus.

Le pied-bot est une attitude vicieuse du pied. Cette attitude est l'exagération d'un mouvement normal. Le pied n'exécute que quatre mouvements : l'extension et la flexion, qui se passent au niveau de l'articulation tibio-tarsienne; l'adduction et l'abduction, par l'intermédiaire de l'articulation médio-tarsienne. Il existe donc quatre espèces de pieds-bots, selon que le pied est en adduction (varus), en abduction (valgus), en extension (équin), en flexion (talus). Souvent deux mouvements s'associent pour produire un pied-bot, c'est ainsi que le varus est souvent associé à l'équin, etc. Toutes ces associations sont possibles; certaines d'entre elles sont communes, d'autres rares. Ainsi, il est commun de constater l'association varus-équin dans les pieds-bots d'origine congénitale. Il est, au contraire, rare d'observer le talus varus, et le talus pur est d'une rareté plus grande.

Depuis le commencement de l'année, nous avons rencontré deux cas de pied-bot qui offraient ce type insolite de pied-bot congénital, talus pur et talus varus. Je désire, aujourd'hui, vous dire quelques mots de cette espèce de pied-bot qui offre une physionomie à part, et dont le pronostic et le traitement présentent des particularités dignes de fixer l'attention.

Le premier enfant, âgé de deux mois, était atteint de cette difformité d'un seul côté; chez le second, le pied-bot était bilatéral. Chez tous les deux, l'affection était congénitale. L'enfant qui présentait le double pied-bot présente la malformation la plus typique. Il est le sixième d'une mère bien portante et bien conformée. L'accouchement fut laborieux, la présentation était cependant bonne. Il n'y a pas eu de présentation du siège. Je note cette particularité, parce que plusieurs auteurs ont voulu voir un certain rapport entre les accouchements difficiles, ceux du siège en particulier, et la production du pied-bot talus.

Les pieds de cet enfant présentent une forme et une direction anomales. Ils se fléchissent à angle aigu sur la jambe et, sous l'influence des plus légers efforts musculaires, ils arrivent à toucher la face antérieure de la jambe par leur face dorsale. En même temps, le bord interne du pied est élevé, le bord externe abaissé. Le pied décrit aussi une légère courbe à concavité interne, il est légèrement enroulé sur son bord interne. Si l'on essaie de mettre ce pied dans sa position normale, c'est-à-dire à angle droit sur la jambe, on arrive à exécuter ce mouvement passif, sans provoquer une véritable douleur; mais, si l'on veut exagérer le mouvement et placer le pied en extension sur la jambe, l'enfant crie, se débat et nos efforts restent infructueux. Pendant qu'on exécute ces essais de redressement, la main placée sur la face antérieure du cou de pied ne trouve pas de bride tendineuse saillante; à peine, le tendon du jambier antérieur paraît un peu plus saillant sous le doigt, sans soulever manifestement la peau. Si l'on veut corriger la position en varus, c'est-à-dire l'enroulement du pied sur son bord interne et l'abaissement du bord externe, on y arrive, mais on détermine du côté du bord interne la production d'une légère bride pâle et saillante, comme si la peau et l'aponévrose plantaire n'étaient plus suffisantes dans cette nouvelle position qu'on donne au pied.

En somme, vous le voyez, par ces manœuvres manuelles, on arrive à restituer, au pied mal conformé, sa forme et sa direction normales.

Ajoutons que la région plantaire est plate — elle est plus large en avant qu'à l'état normal — et que le profil externe du pied paraît arrondi comme s'il décrivait un cercle de grand rayon. Les muscles paraissent sains et rien sur le reste de la jambe ou de la cuisse n'est digne d'être noté. Rien de particulier non plus ne s'observe du côté de la peau, qui est normale et dont la température n'est pas abaissée.

Nous avons dit que l'affection était bilatérale. Mais il est digne de remarque qu'elle est beaucoup plus prononcée du côté droit que du côté gauche, surtout en ce qui concerne le varus.

Le diagnostic ne saurait offrir aucune difficulté. Si la mère ne nous avait pas renseigné sur l'origine congénitale de la malformation, la forme de celle-ci eût été suffisante pour nous édifier. Il existe, en effet, deux grandes variétés de pied-bot talus : la variété congénitale et la variété acquise. Le pied-bot acquis est dû à la paralysie infantile, ayant intéressé les muscles du mollet; au traumatisme, comme la section du tendon d'Achille qui n'a pas été suivie de la réunion des deux bouts divisés; ou à une brûlure de la région antérieure du cou de pied, qui a guéri par une cica-

trice rétractile. Mais dans la grande majorité des cas, quand le talus est d'origine paralytique, il s'associe au pied creux. Il est donc extrêmement probable que le pied-bot de notre malade, qui présente une face plantaire plane, n'est pas dû à la paralysie infantile. Du reste, le talus s'associe ici au varus et les muscles ne sont pas paralysés. Il n'existe, d'autre part, aucune autre cause de talus accidentel; il n'y a pas trace de traumatisme ni de brûlure, ni même de décollement épiphysaire du tibia et du péroné. Par exclusion, on arriverait donc au diagnostic de pied-bot talus congénital, si les autres signes ne venaient témoigner au premier coup d'œil de l'origine congénitale de l'affection.

Cette variété de pied-bot fut étudiée dans ces derniers temps par Nicoladini, Walsham, Weinlechner. Dans la thèse de M. Schwartz on en trouvera une fidèle description et A. Broca en a publié une relation anatomo-pathologique. Nicoladini a distingué deux formes de pied talus : la première est celle que nous venons d'étudier chez notre petit malade; dans la seconde forme, toujours paralytique, ce talus est associé au pied creux. Reeves a divisé le pied-bot talus en trois degrés : dans le premier, le pied fait avec la jambe un angle droit; dans le second, cet angle est aigu, et dans le troisième, le pied arrive par sa face dorsale en contact avec la face antérieure de la jambe.

Dans le cas actuel, ainsi que dans celui que nous avons précédemment observé, les pieds-bots étaient arrivés au troisième degré.

Le pronostic, dans ces cas, est bénin, au point de vue de la restitution des formes et des fonctions, et cela, pour les raisons suivantes : nous avons affaire à un pied-bot congénital, dont les muscles ont conservé leur contractilité. Il est reconnu, d'autre part, que, de tous les pieds-bots, le talus est le plus favorable, au point de vue de la restitution des formes et des fonctions. Enfin, l'enfant se présente à nous à une époque de la vie où le traitement exclusivement orthopédique vient à bout de la plupart des pieds-bots.

Nous savons que les moyens simples réussissent d'autant mieux que le pied-bot est plus récent. Il faut donc commencer le traitement le plus tôt possible, et il est regrettable que nous n'ayons pu le commencer dès la naissance.

Nous avons ici à combattre une difformité composée de deux éléments : 1° la flexion du pied sur la jambe; 2° l'enroulement du pied sur son bord interne. En abaissant l'avant-pied, nous parvenons à corriger le talus, et en faisant exécuter un mouvement d'abduction dans l'articulation médio-tarsienne, nous remédions au varus. La répétition quotidienne de ces manœuvres et la contention du pied dans une meilleure position dans leur intervalle, tels sont les deux principes qui nous guideront dans le traitement.

Par les manipulations, nous satisfaisons à la première indication, celle qui consiste à réduire la difformité. Nous la maintiendrons réduite, pour obéir à la seconde indication, à l'aide des bandages.

Dans le cas particulier, il nous suffira d'interposer, entre le dos du pied et la jambe, un coussin d'ouate pour empêcher le pied de se mettre en contact avec la jambe et pour le maintenir à angle droit. Quelques circulaires d'une bande en toile fixeront ce coussin et, en ayant soin de procéder avec douceur et patience, nous arriverons rapidement au résultat cherché. Pour combattre le varus une attelle rembourrée, placée le long du bord externe du pied, sera assujettie à ce dernier à l'aide d'une bande, de façon à attirer l'avant-pied dans l'abduction. Ce bandage est simple et peut être partout improvisé.

D'autres appareils ont été proposés et appliqués avec succès. Une attelle munie d'un éperon postérieur est fixée à la plante du pied à l'aide de quelques circulaires. De l'éperon part une bandelette élastique qui s'attache, d'autre part, au niveau du tiers supérieur de la jambe, à l'aide de quelques circulaires du diachylon. Le même appareil servirait pour remédier au varus, à l'aide d'une autre bandelette élastique, qui partirait du bout externe de l'attelle plantaire pour aller se fixer au niveau de la jambe. Ces appareils seront fréquemment renouvelés, et ils ne resteront en place que quelques heures par jour, surtout au début. Tous les jours nous nous proposons d'exécuter des manipulations, qui, tout en mettant le pied dans une meilleure position, assoupliront les articulations et fortifieront les muscles du mollet.

Dès que l'enfant pourra marcher, si le pied-bot persiste encore, nous conseillerons le port d'une bottine orthopédique, dont la semelle d'acier est munie de chaque côté de deux attelles latérales articulées au niveau du cou de pied et fixées, d'autre part, sur une portion jambière placée sous le genou. De cette portion jambière partira, en arrière, une bandelette élastique qui ira s'attacher à un éperon fixé à la semelle au niveau du calcanéum. Cette bandelette servira à relever continuellement le talon pendant la marche, et s'opposera ainsi au talus. Une modification ingénieuse de cet appareil fut proposée par Judson (de New-York). Les attelles latérales, fixées à la semelle, sont articulées au niveau du cou de pied, de manière à ce que la flexion du pied ne puisse aller au delà de l'angle droit.

Dans la station debout et dans la marche, les pieds restent ainsi à angle droit sur la jambe. Aurons-nous à proposer quelque opération? Je ne le pense pas, au moins en ce qui concerne la correction du talus. On ne pratique la ténotomie *dans le talus* que dans le cas où les tendons de la face dorsale du cou de pied font une saillie manifeste sous le doigt. Quant au varus, peut-être serons-nous forcé pour le redresser de recourir à une petite aponévrotomie sous-cutanée ou à ciel ouvert.

Je ne voudrais, cependant, pas terminer cette leçon sans vous indiquer les principales opérations sanglantes proposées contre le pied-bot talus. Elles ont été pratiquées en grande partie contre les pieds-bots paralytiques. L'arthrodèse a été proposée et pratiquée dans l'articulation tibio-tarsienne par Albert. Nicoladini greffa les péroniers latéraux sur le tendon d'Achille, dont le corps charnu était paralysé. Hacker a opéré de cette façon une fillette de dix ans, et il a obtenu un bon résultat. D'autres chirurgiens, dans des cas analogues, ont pratiqué la résection d'une partie du tendon d'Achille avec suture consécutive des deux bouts, faisant ainsi une sorte d'avancement de tendon, analogue à celui qu'on fait pour le strabisme. Willet fit une incision en forme de V sur le même tendon et Walsham en a excisé une portion. Sur 4 opérations de ce genre, ce dernier chirurgien obtint un résultat parfait dans 2 cas et une amélioration de la difformité dans les 2 autres. Richard Davy a réséqué un pouce du tendon d'Achille sur un garçon de trois ans, sans suturer les bouts, mais en faisant l'extension forcée du pied. Il s'agissait d'un pied-bot congénital. Le résultat fut excellent.

Ce n'est que dans les cas graves qu'on pourrait proposer une ostéotomie du calcanéum.

— Nos prévisions se sont réalisées en grande partie. Au bout de huit jours de traitement, le talus a considérablement diminué; le pied ne touche plus la jambe par sa face dorsale, et nous pouvons l'amener facilement dans l'extension. Le varus paraît persister, surtout du côté droit.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

I

De l'origine microbienne du tétanos. — Les *Annales de micrographie* contiennent une excellente revue critique sur l'origine microbienne du tétanos.

On sait que Nicolaïer trouva un micro-organisme qui fut considéré comme étant le bacille pathogène du tétanos. Ce bacille, un peu plus long, mais un peu moins large que les bacilles de la septicémie des souris, présente cette particularité qu'il ne forme qu'une seule spore, d'un diamètre un peu plus fort que le corps du bacille, à l'un de ses bouts, ce qui le fait ressembler à une épingle.

Ce bacille de Nicolaïer a été retrouvé par un assez grand nombre de micrographes sérieux et compétents. Cependant, bien des points restent encore obscurs dans le problème bactériologique. M. de Freundenreich, l'auteur de cette revue critique, expose quelques expériences qu'il a entreprises dans le même ordre d'idées et il termine son travail par le passage suivant qu'il est bon de citer.

« De ce qui précède, il résulte que l'agent tétanique est encore à trouver. C'est un microbe, sans doute, puisqu'on en a obtenu des cultures, même de seconde génération; mais il semble jusqu'ici ne pas être facilement cultivable sur les milieux nutritifs employés. Il reste, en particulier, plus qu'incertain si le bacille de Nicolaïer est la cause du tétanos, ainsi qu'on l'a cru jusqu'à ces derniers temps. C'est un point qui ne pourra être élucidé que quand on aura réussi à l'isoler d'une façon certaine. »

Causes de la parotidite suppurée. — La parotidite suppurée, qui survient au cours d'une maladie générale, est-elle due à l'invasion de micro-organismes pathogènes qui siègent dans la bouche et qui envahissent la glande parotide en remontant le canal de Sténon? La suppuration est-elle, au contraire, sous la dépendance d'une métastase microbienne?

M. Hanau a trouvé des staphylocoques dans le pus des parotidites. La situation des micro-organismes dans le tissu glandulaire démontre qu'ils proviennent de la cavité buccale. L'infection prend donc sa source dans la bouche. Ce fait est d'autant plus certain que l'on n'a rencontré aucun streptocoque dans le sang des individus atteints de parotidite suppurée. Il n'y a donc pas infection générale et secondairement infection localisée à la glande.

Les maladies graves altèrent les sécrétions buccales et déterminent dans la bouche des conditions favorables à la pullulation et à la culture intensive des micro-organismes qui y séjournent habituellement. Aussi, le médecin devra-t-il désinfecter soigneusement la bouche des individus qui ont des maladies graves (fièvre typhoïde, etc.). On évitera ainsi l'apparition de la parotidite suppurée.

Contribution à l'étude de l'hémarthrose. — M. Delbastaille étudie, au point de vue expérimental, les conditions qui favorisent ou retardent la résorption du sang épanché dans une articulation.

La conclusion pratique que cet auteur tire de ses expériences est la nécessité d'intervenir activement et de bonne heure dans les cas d'hémarthrose.

Si l'épanchement sanguin est modéré et la lésion locale peu importante, l'application de la bande d'Esmarch, suivant le procédé que Larger a exposé à la Société de chirurgie (21 juillet 1886), le massage et les mouvements passifs, suivant les indications de M. Lucas-Championnière, de Billroth et de Von Winiwarter, hâteront la résorption et rompront les adhérences fibrineuses en voie d'organisation.

Quand le traumatisme aura donné lieu à des lésions étendues et à une extravasation sanguine considérable, ces moyens seront le plus souvent insuffisants, et l'on sera autorisé à pratiquer, comme le préconise Volkmann, la ponction suivie ou non du lavage antiseptique et même l'ouverture de l'articulation, ainsi que le conseillent certains chirurgiens, dans les cas de fracture de la rotule.

Telles sont les conclusions qui sont insérées dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*.

Doit-on adopter les pratiques préconisées par M. Delbastaille? Cette chirurgie n'est-elle pas, au contraire, trop expéditive?

Certes, il est reconnu que la compression méthodique, avec une bande élastique, favorise la résorption du sang. Le massage agit dans le même sens. Mais il ne peut être question de masser une articulation remplie de sang, immédiatement après l'accident. Il faut attendre le moment propice, pour hâter le travail de résorption, quand il ne marche pas très vite. Le massage précoce est bien capable de déterminer une poussée aiguë du côté de l'articulation. Les mouvements passifs ne seront commencés qu'à une certaine époque, après la disparition ou la diminution du gonflement articulaire, après la cessation des douleurs. Il y aura lieu, pendant les premiers jours, d'immobiliser la jointure. Les mouvements doivent donc être retardés.

Quant aux ponctions de l'articulation, suivies ou non d'injections antiseptiques, il faudra ne les employer que d'une façon exceptionnelle, même quand on a à sa disposition tout ce qu'il faut pour faire une antisepsie parfaite. Si l'articulation est surdistendue par le liquide épanché, si l'immobilisation ne calme pas les douleurs, on peut être autorisé à pratiquer une ponction. Mais, dans la grande majorité des cas, cette ponction n'est pas nécessaire, et la guérison est aussi vite obtenue par les moyens ordinaires.

II

Sur une nouvelle variété de balanite. — M. Cordier, chirurgien en chef de l'Antiquaille, vient de faire connaître, dans le *Lyon médical*, une variété de balanite, que quelques médecins ont dû certainement observer.

Il s'agit d'une balanite, de cause externe, provoquée par les pansements des diverses ulcérations de la verge, avec la pommade ou la poudre de calomel, chez les malades qui font usage à l'intérieur, soit d'iodure de potassium, soit d'autres préparations iodurées.

Tout le monde connaît les effets vésicants, presque caustiques, que l'on obtient par l'application de teinture d'iode ou de pommade iodurée sur une région frictionnée, même plusieurs jours auparavant, avec une pommade mercurielle. Il se produit, au niveau du gland, une induration analogue, par suite du contact de l'iodure éliminé par l'urine avec le calomel. Il se fait du protoiodure de mercure.

La conclusion pratique du fait observé par M. Cordier est la suivante : Quand on prescrit le calomel en pansement sur le gland ou le prépuce, il ne faut pas administrer des préparations iodurées au malade. Inversement, lorsqu'on est en présence d'une balanite, on doit songer à la variété qui a été décrite par le chirurgien de Lyon.

Traitement des furoncles de l'oreille. — Lœwenberg a proposé de combattre la furonculose en général et plus spécialement la furonculose de l'oreille par l'usage d'une solution concentrée d'acide borique dans l'alcool absolu (10 à 20 grammes p. 100).

L'acide borique est préférable à tout autre antiseptique. Il a l'avantage de ne pas irriter la peau du conduit auditif.

L'alcool absolu est le meilleur véhicule, parce qu'il est un excellent dissolvant de l'acide borique. En outre, il attaque les matières grasses et peut pénétrer par capillarité dans les canalicules glandulaires.

La solution boriquée doit être maintenue longtemps en contact avec le furoncle. On fait prendre au malade un véritable bain d'oreille, pendant dix minutes, plusieurs fois par jour. Il suffit de pencher la tête du patient et de verser dans son conduit auditif la solution concentrée d'acide borique.

L'incision du furoncle facilite la guérison. On réussit généralement à faire avorter le furoncle et, ce qui est le résultat capital, à arrêter l'auto-contagion.

III

Les lavements d'éther sulfurique et l'occlusion intestinale. — Dans un cas de volvulus et dans un cas d'obstruction par rétention des matières fécales, Clausi s'est décidé à employer l'éther sulfurique pour remédier aux graves accidents que présentaient ses deux malades. On avait employé tous les moyens médicaux usités en pareil cas. Tout avait échoué. Il existait du refroidissement, des vomissements fécaloïdes, etc. Clausi fit pénétrer dans l'intestin, et aussi haut que possible, une sonde en caoutchouc qui servit à administrer le lavement suivant : Eau de fenouil, 300 grammes, dans laquelle on verse 10 grammes d'éther dissous dans de l'alcool.

Ce lavement eut un plein succès dans les deux cas. Les malades ne tardèrent pas à avoir des selles abondantes.

Comment agit le lavement d'éther? En excitant probablement les terminaisons nerveuses des nerfs moteurs de l'intestin, ou bien en dilatant l'intestin brusquement par suite de la volatilisation de l'éther à 35 degrés. Cette brusque dilatation est suivie de contractions intestinales qui forcent l'obstacle au cours des matières. (*Il Morgagni.*)

De la démangeaison dans la scarlatine. — M. Saint-Philippe tire les conclusions suivantes d'un mémoire qu'il a fait paraître dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* :

La scarlatine est souvent une maladie démangeante.

La scarlatine démangeante est d'un pronostic bénin, du moins prochainement.

La démangeaison s'observe dans la scarlatine parce que l'éruption est peu intense et la lésion cutanée peu profonde.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 avril 1890. — Présidence de M. Nicaise.

RAPPORTS

Amygdalotomie; hémorrhagie. — **M. SCHWARTZ.** M. Moure a communiqué à la Société de chirurgie une observation intéressante.

Un enfant de sept ans, ayant des végétations adénoïdes et une hypertrophie des deux tonsilles, subit une double amygdalotomie. Il se produisit, six heures après l'opération, une hémorrhagie de peu d'importance. Mais, une semaine plus tard, une hémorrhagie très abondante eut lieu. L'examen direct permit de reconnaître le point précis au niveau duquel la perte de sang se faisait. On voyait sur l'amygdale gauche une petite eschare. La guérison définitive fut acquise après la chute de la portion mortifiée.

M. TILLAUX. L'hémorrhagie peut être due à la friabilité trop grande de l'amygdale, au moment où celle-ci a été sectionnée. On avait fait l'opération à une époque trop rapprochée de la période franchement inflammatoire. Le tonsille, lorsqu'il est irrité, est très vasculaire. L'amygdalotomie, pratiquée à une période voisine de l'état aigu, peut déterminer des pertes de sang considérables.

Plaie de la base du cou par balle. — **M. CHAUVEL** fait un rapport sur une observation de M. Delorme sur ce sujet (1).

Hernie étranglée gangrénée; anus artificiel; entérorrhaphie. — **M. BŒCKEL** (de Strasbourg) a opéré une femme de soixante-dix-sept ans, qui présentait les signes classiques d'une hernie crurale étranglée.

Après l'incision des parties molles, l'ouverture du sac et le débridement de la hernie, le chirurgien de Strasbourg trouva une anse intestinale de 14 centimètres. Des plaques de gangrène existaient sur la portion herniée de l'intestin. M. Bœckel fit un lavage au sublimé pour désinfecter les parties sphacélées et fixa l'intestin hors du ventre.

L'ouverture de l'intestin fut pratiquée vingt-quatre heures après. On fit en même temps l'ablation de la partie de l'intestin atteinte de gangrène.

Ce n'est qu'au bout d'un mois environ, que M. Bœckel fit à la malade l'entérotomie, avec l'instrument de Dupuytren.

Malgré le bon résultat de cette opération, il existait une hernie très marquée de l'intestin. M. Bœckel pratiqua l'entérorrhaphie par la méthode moderne. Le décollement du péritoine au pourtour du sac fut porté à une certaine hauteur. Les bords de l'anus furent suturés. Les manœuvres opératoires furent longues et pénibles, à cause des nombreuses adhérences qui existaient. La guérison survint sans suppuration.

Cette méthode est bien supérieure à celle de Velpeau, tombée en désuétude, et aux procédés de Malgaigne et de Denonvilliers. La résection intestinale donne 37 à 38 p. 100 d'insuccès.

M. KIRMISSON. La méthode d'entérorrhaphie préconisée par M. Bœckel est bien supérieure aux autres procédés qui tendent au même but. M. Kirmisson cite une observation personnelle qui a été suivie de guérison; tandis qu'en employant un procédé différent, M. Kirmisson avait eu, sur trois cas, deux insuccès et une guérison avec fistulette.

Fibrome utérin. — **M. BOUILLY.** Une femme de quarante-deux ans, n'ayant jamais eu d'enfant, présentait, depuis plusieurs années, des métrorrhagies symptomatiques d'un fibrome. Le fibro-myome utérin était développé dans la cavité utérine et faisait saillie dans le vagin. La tumeur était accessible par le conduit vulvo-vaginal. Le médecin qui soignait la malade faisait de temps à autre des résections partielles du fibrome par la voie vaginale. Cette femme souffrait beaucoup et avait maigri d'une façon manifeste.

A l'examen, l'utérus avait le volume d'un utérus gravide de cinq mois. Dans le vagin, le doigt rencontrait des masses énormes en connexion étroite avec la masse fibromateuse contenue dans l'utérus.

L'hystéromètre pénètre profondément dans la matrice et s'y meut avec facilité.

Le morcellement par la voie vaginale est impossible dans les cas de gros fibrome. On recule devant une opération qui est longue, laborieuse et accompagnée parfois d'une perte de sang considérable. L'hystérectomie abdominale est dangereuse dans ces conditions. La statistique démontre que la mortalité est très grande, quand on enlève, par la voie abdominale, l'utérus contenant un énorme fibro-myome.

M. Bouilly fait l'opération suivante : laparotomie médiane, sortie de l'utérus fibromateux. La plaie abdominale est en partie suturée autour de l'utérus, de façon à le maintenir hors du ventre. Par précaution, on place un tube en caoutchouc autour de la matrice. En cas d'hémorrhagie utérine, il suffirait de serrer le tube pour comprimer l'organe et faire ainsi de l'hémostase.

L'utérus est ouvert au bistouri. On se guide, pour pratiquer cette incision, sur l'hystéromètre introduit dans la matrice.

Lorsque la matrice est largement béante, on décortique la tumeur fibreuse. Au point d'insertion du fibro-myome, on constate l'extrême minceur de l'utérus. On tente d'enlever le fibrome.

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 249.

Mais la tumeur résiste aux tractions. La portion vaginale de la tumeur met obstacle à l'ablation totale. Cependant le fibromyome finit par être extrait de l'utérus.

Après l'opération, on constate la rétraction manifeste de la matrice et la diminution considérable de la plaie utérine. Au lieu de 14 centimètres, l'incision n'a plus que 6 centimètres. M. Bouilly suture l'utérus en évitant de comprendre la muqueuse utérine dans les fils. L'utérus est enfin réintégré dans le ventre et la plaie abdominale fermée. M. Bouilly tamponne la cavité vaginale. Au bout de trois semaines la guérison était définitive.

Cette opération peut être considérée comme la fin d'un travail d'énucléation que la nature avait spontanément commencé. Le manuel opératoire ressemble beaucoup à celui qui est suivi dans l'opération césarienne.

L'intervention dont il vient d'être question n'a été pratiquée que par MM. Martin, Doléris et Terrier.

Extirpation totale de la vésicule biliaire.—M. TERRIER. Une femme, atteinte de coliques hépatiques, avait des douleurs localisées à la vésicule biliaire. L'ictère n'existait pas, ce qui prouvait la perméabilité des voies biliaires. Il existait une tumeur correspondant au siège précis occupé par la vésicule. Celle-ci était indurée. Il y avait donc de la péricystite.

Dans ces conditions, deux opérations étaient possibles. On pouvait ouvrir et vider simplement la vésicule biliaire. La deuxième intervention que l'on pouvait exécuter, consistait dans l'extirpation totale de la vésicule. M. Terrier se décide en faveur de cette deuxième opération.

Sur la partie droite de l'abdomen, incision le long du bord externe du muscle droit. On arrive sur la vésicule, qu'il est difficile d'isoler à cause des adhérences intestinales. Section de la vésicule qui contient du liquide séro-sanguinolent et de nombreux calculs. On enlève les calculs, sans trop insister sur cette ablation; on s'arrête dès que l'extraction devient difficile. M. Terrier craignait de produire une rupture de la vésicule. Les tissus de cette poche sont friables, lorsqu'ils ont été enflammés. M. Terrier, en voulant enlever de vive force un calcul enclavé dans le canal cystique d'un autre malade, a déterminé une perforation de ce conduit, et, par suite, une péritonite suraiguë.

Voilà la raison qui a empêché M. Terrier de prolonger les tentatives d'extraction de calculs.

On pédiculise la vésicule. On place sur le pédicule un fil constricteur. On produit une sorte de cavité pré-duodénale, entre la première portion de l'intestin et la paroi abdominale, à l'aide de quelques points de suture. Grâce à la création de cette poche isolée de la grande cavité péritonéale, on put éviter la pénétration de la bile dans le péritoine. Un tube à drainage fut placé par la plaie abdominale dans la cavité artificielle dont il vient d'être question.

Il est probable que le pédicule trop serré avait produit la section du canal cystique qui n'était pas encore oblitéré. Pendant deux jours, il sortit par le tube une quantité considérable de bile.

L'extirpation totale de la vésicule biliaire n'est pas difficile. Dans quelques cas, il y a écoulement de bile malgré la ligature du canal cystique.

M. TILLAUX demande à M. Terrier si l'écoulement de bile ne provient pas de la face inférieure du foie. Quand on ouvre un kyste hydatique du foie, il y a souvent écoulement de bile par la plaie hépatique. Il se peut que, dans le cas de M. Terrier, la bile provienne, non pas du canal cystique sectionné, mais d'une blessure de la face inférieure du foie.

M. MARCHAND. Dans aucun cas, la bile ne peut s'écouler par simple incision du parenchyme hépatique. Quand le liquide biliaire sort du foie, à la suite d'une plaie quelconque, on peut affirmer qu'un conduit biliaire, plus ou moins volumineux, a été ouvert.

M. TERRIER. Chez certains animaux, il existe des conduits hépato-cystiques. M. Terrier s'est demandé s'il ne s'était pas trouvé, chez sa malade, en présence d'une femme qui présentait un canal hépato-cystique. Mais les renseignements qui ont été donnés par quelques prosecteurs de la Faculté tendent à faire croire que ce conduit anomal, qui pourrait faire passer la bile directement du foie dans la vésicule, n'a jamais été trouvé chez l'homme. M. Terrier se demande si un canal biliaire, situé autour de la vésicule, n'a pas été ouvert au cours de l'opération. Cette dernière hypothèse est plausible.

Mais comme le canal cystique était fragile, et comme, d'autre part, l'écoulement de la bile était considérable, M. Terrier a pensé qu'il s'agissait d'un reflux de la bile. Huit jours ont suffi pour mettre fin à cet écoulement biliaire. La qualité de la bile ne joue-t-elle pas un certain rôle sur la variabilité de tolérance du péritoine vis-à-vis de ce liquide?

M. MARC SÉE. Certains anatomistes avaient avancé qu'il y avait parfois un canal permettant à la bile de passer du foie dans la vésicule. Mais toutes les recherches qui ont été entreprises sur ce point spécial d'anatomie ont donné des résultats négatifs. On peut affirmer qu'il n'existe aucun conduit biliaire partant directement du parenchyme hépatique et aboutissant à la vésicule, du moins chez l'homme.

L'accident rapporté par M. Terrier est dû à la section du canal cystique par le fil constricteur.

M. TERRIER. Peut-être devra-t-on, à l'avenir, poser une pince à pression sur le canal cystique. On évitera ainsi la section de ce conduit par un fil trop serré.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. HORTELOUP présente un aspirateur pour vider la vessie après la lithothritie.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

La dernière maladie de Gabriel-Honoré Riquetti, comte de Mirabeau (1789-1791), d'après le Journal de Cabanis, son médecin (Paris, 1791).

Par M. Henry DUCHENNE,

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Le samedi 2 avril 1791, Mirabeau succombait aux *crises* dernières d'une affection, dont l'Histoire s'est montrée jalouse d'emprunter à la clinique le redoutable secret.

Le dévouement de Cabanis, médecin du grand orateur, ne laissa point de paraître suspect à des esprits irrités par l'impuissance de l'art, vis-à-vis d'une maladie qui « prenait les proportions d'une calamité publique ». On fit courir des bruits d'empoisonnement. Cabanis, se refusant au fâcheux compromis d'une réponse directe, publia, quelque temps après, le *Journal de la maladie et de la mort de Mirabeau* (Paris, 1791).

Sur son observation, d'une rare sagacité — ou plus justement près d'elle — est venue se greffer une opinion admise sans conteste sur la foi d'un auteur d'ordinaire mieux informé; solution, d'ailleurs, en contradiction flagrante avec les résultats de l'autopsie, ce contrôle irrécusable du diagnostic souvent douteux.

Nous sommes donc en présence de trois versions sur la mort de Mirabeau :

1° La version populaire concluant à l'ingestion d'un toxique étranger ou non à la thérapeutique usuelle;

2° La version des témoins oculaires, Cabanis, Petit, Vicq d'Azyr, dûment accréditée par la haute valeur morale et scientifique de pareils déposants et corroborée par les données de la constatation posthume : « L'issue fatale aurait été déterminée par une affection *rhumatismale*, *goutteuse*, vague du diaphragme (?) et du cœur »;

3° La version médicale actuelle, née d'une simple annotation de Bouillaud, à son *Traité des maladies du cœur*, et incriminant une pleuro-péricardite (inflammation de la plèvre et du péricarde

Il n'est peut-être pas sans intérêt de démêler la part de vérité contenue dans chacune d'elles.

I

La version populaire ne nous arrêtera point; les historiens en ont dès longtemps épuisé les sources aisément tarissables par l'examen de deux preuves incertaines :

D'abord, la prétendue conversation de Cabanis, Vicq d'Azyr et de Champion de Cicé, l'ex-garde des sceaux (1);

Ensuite l'entretien des mêmes avec Lucas de Montigny, fils adoptif du tribun.

Témoignages qu'on peut ramener à cette forme unique : « Le fait du poison n'est point prouvé, mais le contraire ne l'est pas non plus. »

Aussi bien la vraisemblance extrême de la relation de Cabanis, et le parfait accord de sa description clinique avec les antécédents morbides de l'illustre patient feraient prompte justice de semblables propos, encore qu'ils eussent été proférés.

II

« Le corps de Mirabeau fut ouvert le dimanche 3 avril 1791, lendemain de sa mort, à midi, en présence d'un nombre considérable de médecins et chirurgiens. L'estomac, *le duodénum, le foie*, le rein *droit*, le diaphragme et le péricarde offraient des traces d'inflammation ou plutôt, à mon avis, de *congestion sanguine*. Le péricarde contenait une quantité considérable *d'une matière épaisse jaunâtre, opaque; des coagulations lymphatiques* recouvraient toute la surface extérieure du cœur, à l'exception de sa pointe. La *cavité de la poitrine* contenait une *petite* quantité d'eau.

Certainement l'état du cœur et l'épanchement dans lequel nageait cet organe peuvent être regardés comme mortels. Mais, ainsi que Lachèze, je crois que la mort a été déterminée immédiatement par l'affection du diaphragme et *j'attribue toujours cette affection ainsi que celle du cœur à l'humeur rhumatismale, goutteuse, vague que nous en avions, dès le début, regardée comme la cause* (2). »

Le sang de Mirabeau fut de bonne heure infecté par cette « humeur goutteuse », à laquelle déjà le marquis, son père, devait un asthme. Le comte Gabriel, durant son emprisonnement au donjon de Vincennes (1779), est *malade de la pierre et sujet à d'effrayantes hémorrhagies* (3).

On sait quelle funeste parenté contractent, chez le même individu ou dans sa descendance, ces entités morbides : rhumatisme, goutte, calculs biliaires et rénaux, pierre, asthme, certains troubles oculaires, certaines modifications de la peau, etc.

Des accidents qu'il convient de rapporter à une cause identique vont désormais, en s'aggravant et se rapprochant, former, jusqu'au dernier jour, un enchaînement d'une évidente continuité.

Lorsque l'Assemblée nationale ouvrit ses portes (17 juin 1789), Mirabeau, atteint *d'ictère* (jaunisse), avait éprouvé, quelque temps *avant* le frisson, de longs accès de fièvre et une violente colique (4), « au niveau de la grande courbure du colon (5) », phénomènes dont la réunion semblait indiquer, dans l'espèce (6) — par le spasme, puis l'occlusion des voies naturelles de la bile et son passage anomal à travers les vaisseaux sanguins, — la migration des concrétions hépatiques.

(1) Le premier disant : que les médecins et chirurgiens n'avaient conclu à une mort naturelle que parce qu'il s'agissait, dans ce moment, d'empêcher les aristocrates d'être exterminés par le peuple.

Le second : que, d'après l'état des intestins, la mort pourrait avoir été occasionnée par les préparations violentes, comme par le poison.

(2) Cabanis. *Journal de la maladie*, p. 71 et 72.

(3) Sans doute, consécutivement à une descente de calcul rénal dans la vessie.

(4) Cabanis écrit « colique », terme transmis évidemment avec son sens intégral.

(5) Entre les régions épigastrique et ombilicale.

(6) Chez un goutteux ou arthritique.

Trois époques différentes : octobre 1790, février et mars de l'année suivante, virent le retour d'un semblable accident (*colique violente et passagère, nettement localisée*, toujours *suivie d'état bilieux* notoire).

Les organes de la respiration et de la circulation témoignaient avec surabondance de leur parfaite intégrité par un jeu large et puissant. Alors seulement apparaissent (*fév.* 1791) : oppression et crispations diaphragmatiques (?), malaises de l'orifice supérieur de l'estomac (1), angoisses précordiales, joints à la manifestation permanente et plus discrète d'un état *rhumatoïde* vague qui s'exaspérait, cependant, jusqu'à *l'engorgement momentané des jambes* (2) et l'ophthalmie (?) à répétition.

Nous pénétrons aux crises prochaines dans ce domaine mal délimité par des symptômes variables, et où peuvent régner indivisément la péricardite, la pleurésie diaphragmatique (3) et la lithiase (4) biliaire.

L'hypothèse d'une pleurésie diaphragmatique paraît infirmée de prime abord par sa contradiction flagrante avec les conclusions de l'autopsie. Sans doute, cette affection s'accompagne d'irradiations douloureuses, dans le moignon de l'épaule, au-dessus de la clavicule, en arrière de l'omoplate et d'un appareil fort *modeste* d'indices gastro-intestinaux, phénomènes que nous verrons éclater avec une effroyable intensité, mais il eût été loisible, en pareil cas, de constater après la mort un épanchement abondant de sérosité dans une *seule cavité pleurale* ou tout au moins *l'exsudat fibrineux si bien décrit par Cabanis* sur la face interne du péricarde.

D'ailleurs, la durée de la maladie, ses intermittences pendant lesquelles le patient est ramené à la santé relative (5), l'origine naturelle que trouvent les accès morbides dans cette vie que remplit tout entière la débauche de table et l'excès de travail, le tempérament héréditaire ou acquis du comte de Mirabeau, sont autant de motifs probants en faveur d'une affection rhumatismale ou goutteuse.

(1) On sait que de prétendues crampes d'estomac sont souvent des ébauches de coliques hépatiques.

(2) Œdème rhumatismal.

(3) Inflammation de la plèvre diaphragmatique.

(4) Formation de calculs.

(5) Les discours sur l'affaire des mines furent prononcés entre deux crises, celles du 26 et du 28. — Mirabeau prit cinq fois possession de la tribune, et toujours avec la même éloquence.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date des 10, 15 et 27 avril 1890, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Monin, médecin de l'escadre de la Méditerranée; le docteur Lantaret, maire de Barcelonnette.

Officiers d'Académie. — Mlle Audibert, maîtresse sage-femme à l'hospice de la Maternité de Marseille; MM. les docteurs Casabianca, à Sartène; Fabry, à Villars; Mathieu, à Entrevaux; Moriez, à Nice.

— Par décision ministérielle, en date du 2 mai 1890, M. Robert, médecin principal de deuxième classe, a été nommé professeur d'anatomie chirurgicale, opération et appareils, à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Latapie (de Villembits), Lecomte (de la Motte-Beuvron), Legrand (de Sainte-Geneviève).

— M. Campenon, agrégé, commencera le cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital Necker, le mardi 6 mai 1890, à dix heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 54. — JEUDI 8 MAI 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 8 MAI 1890. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été occupée entièrement par la lecture d'un mémoire de M. le professeur Verneuil sur la grippe au point de vue chirurgical. Il ressort de ce travail qu'il est sage d'ajourner les opérations chez un convalescent de grippe. Si l'ajournement trop prolongé offrait de sérieux inconvénients, il faudrait l'abréger et instituer, à l'aide de l'hygiène et des indications rationnelles, un traitement pré-opératoire consciencieux.

Puisque la grippe reste à l'ordre du jour, nous croyons devoir attirer l'attention de nos lecteurs sur les succès obtenus par M. le docteur Gellie, à Bordeaux, avec le sulfate de quinine dans le traitement de la grippe.

M. le docteur P. Gellie termine son travail par les conclusions suivantes :

« 1° L'épidémie de grippe qui vient de frapper l'Europe est incontestablement la maladie connue, depuis des siècles, en France sous le nom de *grippe*, et à l'étranger sous le nom d'*influenza*.

2° Il résulte, soit de mon expérience pendant l'épidémie de grippe catarrhale infectieuse qui a régné à Bordeaux pendant le long hiver de 1879-1880, soit des nombreuses observations faites par plusieurs médecins de notre ville, et de celles qui me sont personnelles pendant l'épidémie actuelle, que le sulfate de quinine est le seul médicament réellement efficace dans le traitement de la grippe.

3° Ce précieux agent thérapeutique agit avec la même puissance et la même sûreté, quelle que soit la forme sous laquelle se manifeste la maladie (nerveuse, thoracique, gastro-abdominale).

4° Le sulfate de quinine, qui agit ici surtout comme névrosthénique et antiseptique de premier ordre, présente un double avantage : il abrège notablement la durée de la maladie et il prévient la manifestation des accidents graves qui pourraient survenir.

Dans le cas où ces phénomènes infectieux (presque toujours pulmonaires) se présentent d'emblée, il les atténue et en triomphe définitivement avec une efficacité et une rapidité qui permettent de comparer ici son action à celle qu'il exerce si puissamment dans la fièvre pernicieuse.

5° La dose quotidienne du sulfate de quinine, calculée suivant l'âge du malade et la gravité de l'attaque, doit être donnée en une seule fois ou à deux intervalles rapprochés. Le fractionnement du médicament, son administration tardive ou à doses éloignées, amoindrissent beaucoup son effet.

6° L'antipyrine n'est pas un médicament antiseptique et ne saurait remplacer le sulfate de quinine dans le traitement de la grippe. Elle ne peut atténuer que l'élément « douleur », et particulièrement la céphalalgie. Employée seule dans les *cas graves,* elle est sans action sur les manifestations infectieuses profondes et laisse le malade exposé à tous les dangers de l'empoisonnement grippal. »

Le sulfate de quinine restera le médicament par excellence des épidémies de grippe de l'avenir.

Après l'élection de MM. van den Corput et Moncorvo comme correspondants étrangers, il nous reste à signaler l'ordre dans lequel l'Académie vient de classer les candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale : 1° M. Terrier; 2° M. Périer; 3° M. Berger; 4° M. Nicaise; 5° M. Horteloup, et 6° M. Terrillon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Le criminel (1).

V

Après les caractères purement anatomiques du criminel, il nous reste à étudier sa physionomie générale. Ici nous rencontrons une contradiction curieuse dans le livre de Lombroso. Il nous décrit le criminel comme ayant une taille élevée et une musculature puissante, et quand il arrive au tableau de la physionomie, il nous dit que les criminels hommes ont l'apparence féminine et les criminels femmes l'apparence masculine. Pour appuyer cette assertion, il a repris les proverbes et les chants populaires, montrant que plusieurs d'entre eux lui donnaient raison.

En voici quelques exemples : Méfie-toi de la femme qui a la voix d'homme; — Dieu me garde de l'homme sans

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 469.

barbe (proverbes français); — Homme sans barbe et femme barbue salue-les de loin (proverbe toscan); — Homme de peu de barbe, homme de peu de foi (proverbe sarde).

Il y a donc, dans le peuple, une sorte de tradition qui confirme la théorie de Lombroso.

Parmi ces individus grands et vigoureux, particulièrement visés par Lombroso, je n'ai pas rencontré, pour ma part, beaucoup d'assassins criminels, mais j'ai trouvé beaucoup de meurtriers d'occasion. Ce sont, en général, des hommes de peu de résistance, qui n'ont pas prémédité leur crime, mais qui se mettent promptement en colère et qui, tout d'un coup, tirent leur couteau, parce que c'est le dernier argument dont ils puissent se servir.

Je n'ai pas vu du tout, à Paris, un type sur lequel insiste Lombroso : l'homme qui, ayant reçu une injure, combine lentement sa vengeance et va donner un coup de couteau, longtemps après l'offense. Il paraît que cette forme particulière correspond aussi au type du criminel vigoureux dont parle Lombroso.

Il y a un autre type que je connais beaucoup mieux pour l'avoir maintes fois observé sur les bancs des cours d'assises : c'est le type urbain, l'ouvrier des grandes villes, le petit dégénéré des centres populeux. Lorain avait décrit une forme particulière de dégénérescence, sous le nom de féminisme ou infantilisme : les individus qui en sont les représentants ont ceci de caractéristique, qu'ils ne se développent plus passé un certain âge. J'ai eu l'occasion d'étudier le petit Parisien dans deux milieux différents, dans les hôpitaux et dans un grand collège. Je vous peindrai successivement les deux types que j'ai rencontrés de part et d'autre.

Vous connaissez tous le gamin de Paris, le petit gavroche : vers dix ans, c'est un enfant très éveillé, intelligent, vif à la répartie, aimant ce qui est joli, en un mot, un sujet très bien doué au point de vue intellectuel. Lorsque vous pénétrez dans un ménage d'ouvriers, vous êtes étonnés de voir que souvent c'est une petite fille ou un petit garçon de dix ou douze ans qui répond et qui a l'air de mener la *boîte*. Mais, si vous suivez ce petit bonhomme, vers quinze ans, vous constatez qu'il est complètement changé physiquement et psychiquement. Le bassin s'élargit, les formes s'arrondissent, les seins se développent et les cuisses deviennent potelées, comme des cuisses de jeunes filles; au contraire, les organes génitaux ne se développent pas, la verge est extrêmement petite et flétrie. Quand on fait l'autopsie de l'un de ces individus, on constate une véritable atrophie des muscles ischio-caverneux et des muscles du larynx. D'autre part, ces petits infantiles n'ont presque pas de poils au pubis et aux aisselles, et, vers dix-huit ans, ils ont une obésité telle, qu'ils ressemblent à de petits poussahs. Si vous voulez voir ce type, dans toute sa pureté, vous n'avez qu'à regarder le Ganymède du musée de Naples.

On a accusé l'abus précoce des femmes et de l'alcool de produire ces tares physiques, mais ce n'est pas là la véritable cause, puisque chez le collégien nous constaterons des déformations à peu près analogues.

Au point de vue psychique, on trouve un esprit sceptique, gouailleur, indifférent à tout, et surtout, au point de vue moral, une absence complète de la notion du bien et du mal. Ces jeunes gens peuvent paraître brillants, lorsqu'il s'agit de raconter un fait dont ils ont été les témoins, mais si vous voulez savoir ce qu'ils pensent, vous vous apercevez qu'ils ne pensent absolument rien, car ils n'ont aucun jugement et jamais l'idée de remords n'a germé dans leur conscience. C'est là, comme vous le voyez, une forme tout à fait particulière de l'intelligence.

Les infantiles n'ont pas les aptitudes génésiques dévolues au sexe masculin dans la race humaine. Comme ils ont, en quelque sorte, un développement féminin au point de vue somatique, ils sont vite enrégimentés par les agents de pédérastie. Vous avez rencontré ces petits jeunes gens élégants, frisés, couverts de parfums et sanglés dans un corset, de manière à mieux faire valoir leur taille. Tardieu, qui les a décrits le premier, semble croire, sans, toutefois, le dire, que les déformations du corps sont les conséquences des habitudes de pédérastie. Pour moi, c'est tout le contraire, je pense qu'ils deviennent pédérastes, parce qu'ils sont ainsi constitués.

Lorsque ces dégénérés tombent dans un milieu corrompu, ils ont toute espèce de chance de devenir des criminels. D'autant plus que leur corruption est sensiblement accrue du fait de deux facteurs très importants : l'encombrement et l'alcool. Il n'est pas rare, en effet, dans la classe pauvre, de voir coucher dans la même chambre cinq ou six personnes, sans distinction de sexe, au milieu d'un air absolument vicié et infect. Si vous voulez avoir une idée de ces entassements humains, vous pouvez aller voir, derrière la gare d'Orléans, une immense maison, qu'on appelle la villa Jeanne d'Arc, et qui ne contient pas moins de 2400 locataires. On n'a pas idée de la puanteur qui s'exhale de cette fourmilière; pourtant un établissement aussi malsain ne date que d'une douzaine d'années.

Dans la population ouvrière, ces dégénérés meurent jeunes. A l'hôpital on en rencontre rarement qui aient plus de trente ans.

Voyons maintenant ce que devient le même type dans le milieu bourgeois. Demandez aux parents ce qu'ils pensent de leur enfant, quand il a dix ou douze ans. C'est toujours un petit prodige, et, de fait, il est si dégourdi, il a des mots et des éclats si spirituels, qu'il est, à cet âge, tout à fait intéressant. Puis voyez-le au moment de la puberté : sa croissance est difficile, elle est surtout irrégulière; j'en ai observé un qui, en trois ans, avait gagné 2 centimètres de taille, et qui, en trois mois, a grandi de 12 centimètres. Parfois même, certaines parties du corps ont un accroissement disproportionné avec les autres, et lorsque, par exemple, le pied et la mortaise péronéo-tibiale ne se développent pas simultanément, il peut en résulter certaines formes de tarsalgie. Tout cela ne va pas sans des troubles généraux : dyspepsie, anorexie, neurasthénie, etc. En même temps survient, chez quelques-uns, l'obésité dont je vous ai parlé tout à l'heure.

Au point de vue génésique, on trouve le même arrêt que je vous ai déjà signalé, compliqué parfois de divers accidents : j'ai eu l'occasion d'ouvrir, chez des enfants de douze à quinze ans, une quarantaine d'abcès mammaires. Le même fait a été signalé à Lyon, à Lille, à Roanne, qui sont toutes des villes ouvrières et manufacturières.

J'ai suivi quelques-uns de ces jeunes gens à la sortie du collège. Très souvent ce sont des demi-impuissants et, quand ils se marient, ce sont toujours de pauvres maris. Jetez les yeux autour de vous et vous en trouverez un grand nombre dans les académies, dans la magistrature, dans les grandes administrations publiques, qui n'ont jamais eu d'enfants.

Qu'est devenue leur intelligence? En général, ils restent assez intelligents pour arriver à passer leurs examens de baccalauréat. Mais il leur est impossible de fixer longtemps leur attention sur un même sujet et de le creuser; ils sont extrêmement superficiels. Suivez-les dans la vie : s'ils sont peintres, la qualité dominante chez eux sera la couleur, ce seront des décoratifs; s'ils sont poètes, ils auront la rime très riche, la forme brillante, mais d'idées point, quelquefois ce seront des décadents; dans le milieu ouvrier, s'ils ne sont pas morts avant l'âge d'homme, ils feront l'article de Paris, ce petit bibelot qui n'a ni utilité, ni solidité, mais qui est souvent très ingénieux et très bien fait; s'ils sont médecins des hôpitaux, ils se feront remarquer dans les concours par l'ardeur qu'ils mettront à protéger le candidat de leur choix, et ils le suivront avec la passion que mettrait une femme s'il s'agissait de son amant : on ne peut s'empêcher de voir là un sentiment excessif et qui n'a rien de viril.

Voici donc un autre type à ajouter à l'homme grand et fort de Lombroso. Je ne dirai pas qu'il correspond forcément à un type de criminel, mais vous en trouverez beaucoup parmi ces jeunes assassins qui défilent en si grand nombre devant les assises. Souvent ils ont joué à l'assassinat, avec la même légèreté et la même insouciance que s'ils jouaient à la balle; l'un d'eux n'était-il pas allé acheter un cornet de bonbons en sortant de chez sa victime! Il y a là quelque chose d'odieux, à cause de la jeunesse de l'enfant, mais quelque chose d'extraordinaire à cause de cette absence complète de sens moral, qu'on a désignée du nom d'*amoralité*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mai 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des communications de MM. Magnan (de Gondrecourt); Delotz (de Saint-Flour); Hébert (d'Audierne); Duvernet (de Paris) et Moinel, médecin-major au 149e de ligne.

LECTURE

La grippe au point de vue chirurgical. — M. VERNEUIL. On a, dans ces derniers temps, rapporté des cas assez nombreux et assez concluants pour prouver que, dans l'histoire de la grippe, comme dans celle de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, de la malaria et d'autres maladies infectieuses, un chapitre devait être écrit par les chirurgiens, ou, au moins, pour leur usage et à leur profit. C'est ainsi qu'on a observé, au cours de la dernière épidémie, des otites (suppurées ou non), des parotidites, des pleurésies, des péricardites et des péritonites purulentes, des furoncles, des abcès, etc.

On remarquera que toutes ces complications procèdent du processus suppuratif, qu'en d'autres termes, lorsque la grippe envahit le domaine chirurgical, c'est en provoquant la formation d'abcès ou d'épanchements cavitaires, primitifs ou secondaires, uniques ou multiples, et, dans ce dernier cas, s'accompagnant parfois de tous les signes classiques de l'infection purulente.

Si, à cette éventualité redoutable de la pyohémie, on ajoute que l'inflammation suppurative, peu grave par sa manifestation première, peut s'étendre aux méninges, comme on l'a vu à la suite d'abcès de la paupière, de l'oreille et du sinus maxillaire, on en conclura que le pronostic des suppurations d'origine grippale est sérieux et que l'intervention chirurgicale est très souvent nécessaire. La pleurotomie, notamment, a été souvent pratiquée pour des pleurésies purulentes consécutives à la grippe, et elle a donné généralement de bons résultats.

Bien qu'ils se soient terminés par la mort, deux cas qui me sont personnels me paraissent intéressants par les enseignements qu'ils renferment au point de vue auquel je viens de me placer : l'influence de la grippe sur les maladies chirurgicales.

Le premier est relatif à un charretier de vingt-neuf ans, robuste et bien portant, bien que buvant sept à huit litres de vin par jour, sans compter plusieurs petits verres. L'observation peut être résumée ainsi :

Grippe récente, convalescence imparfaite; rechute; broncho-pneumonie; abcès sous-pectoral à pneumocoques ; arthrite purulente sterno-claviculaire; endocardite végétante : drainage de l'abcès; mort.

Cette observation m'a fourni un exemple bien net de résolution incomplète, de convalescence indécise, de retour offensif des accidents, toutes particularités qu'on a eu si fréquemment l'occasion de noter dans la récente épidémie qu'elles semblent en constituer la caractéristique.

En outre, j'ai constaté chez ce malade, de la façon la plus caractéristique, l'intensité et surtout la gravité plus grande de la rechute, fait qui s'est également présenté maintes fois et qui a souvent causé la mort. Je n'ai, malheureusement, pas pu savoir comment et à quelle occasion s'était produite la rechute, pas plus que la cause du phlegmon sous-pectoral. Deux fois déjà j'ai vu des abcès sous-cutanés se développer dans la convalescence de maladies infectieuses (fièvres typhoïde et rougeole), à la suite de contusions circonscrites, mais ici aucune lésion de ce genre n'a pu être relevée.

La mort doit être attribuée aux accidents pulmonaires qui ont joué, du reste, un rôle si prédominant dans la léthalité de la grippe actuelle. Il est de toute évidence, en effet, que l'abcès sous-pectoral, qui avait été reconnu, traité à temps et heureusement modifié en trois jours, aurait finalement guéri sans la broncho-pneumonie, qui, outre qu'elle évoluait chez un charretier alcoolique, a présenté à un haut degré le caractère infectieux attesté par l'arthrite suppurée, l'endocardite végétante, une diarrhée putride et surtout cette suppuration sous-musculaire survenue sans lésions traumatiques, sans participation du système lymphatique, et qui s'accompagna de la formation de gaz dans un foyer sans communication directe ni indirecte avec l'extérieur ou avec les voies respiratoires.

Au surplus, une preuve péremptoire de la relation causale entre la broncho-pneumonie et l'abcès sous-pleural fut fournie par l'examen bactériologique qui révéla, dans le pus de l'abcès, la présence de nombreux pneumocoques à l'exclusion de tout autre microbe pyogène.

J'ajouterai que j'avais mis en usage un traitement interne approprié, celui que l'on emploie dans la broncho-pneumonie ordinaire. Il n'a pu combattre efficacement l'intoxication générale et spécifique, et cela n'a rien que de très naturel. Étant acceptée la nature infectieuse de la grippe, on ne peut attendre la guérison que d'un médicament spécifique qui reste encore à découvrir, ou, jusqu'à nouvel ordre, de la nature médicatrice, agissant, soit seule, soit avec l'aide du médecin et du chirurgien s'il le faut.

La seconde observation à laquelle j'ai fait allusion a, suivant moi, une portée plus grande encore et elle permet d'envisager sous une autre face les rapports de la grippe avec les opérations chirurgicales.

Elle a trait à une dame de province, âgée de quarante-quatre ans, et elle peut se résumer dans le sommaire suivant, au moins pour ce qu'elle a d'essentiel :

Attaque antérieure de grippe — à la fin de la convalescence, ablation partielle du sein pour une petite tumeur, de date récente, non adhérente à la peau ni aux parties profondes, et avec quelques petits ganglions dans l'aisselle — marche naturelle et tout à fait simple de la plaie opératoire. Réapparition des acci-

dents de grippe — pyohémie tardive — mort treize jours après l'opération.

Ces deux observations ont des ressemblances et des dissemblances qui me paraissent mériter l'attention.

Elles se ressemblent : 1° par le contraste entre la remarquable bénignité des affections locales et des opérations pratiquées contre elles, et la gravité extrême des accidents généraux ; 2° par la terminaison funeste incontestablement due à la maladie infectieuse, la grippe, tuant le premier sujet de broncho-pneumonie avec endocardite et le second de ce que nous appelions autrefois la pyohémie, et cela quelques jours après l'intervention chirurgicale.

En revanche, elles diffèrent quant à la part prise par cette intervention dans l'issue fatale. Je m'explique.

Si on considère la marche des deux opérations, les bons effets de la première et les suites si simples de la seconde, on est disposé, en dépit du résultat final, à approuver l'une et, pour le moins, à innocenter l'autre.

Mais, en y réfléchissant, on s'aperçoit bientôt que, si le traitement de l'abcès pectoral n'a pas modifié l'infection grippale, ni arrêté la broncho-pneumonie, du moins, il ne les a ni engendrées, ni aggravées, ce qui le met hors de cause ; tandis qu'au contraire, l'extirpation de la tumeur, quelle qu'ait été sa bénignité locale, faite à un moment où rien ne menaçait la vie, a, sur-le-champ, provoqué des accidents redoutables qui ont entraîné la mort.

En vain on objecterait que l'opérée a succombé à la grippe et non à l'acte chirurgical. Je répondrais à cette fin de non recevoir — dont les chirurgiens abusent quelque peu en cas de revers — qu'en somme Mme X... serait certainement en vie si elle n'avait pas subi l'ablation du sein.

Dire qu'elle n'est pas morte de son opération et qu'elle ne serait pas morte sans son opération, c'est émettre deux assertions en apparence contradictoires. Et, cependant, c'est énoncer un fait vrai, fertile en enseignements pratiques, comme le sont presque tous les insuccès opératoires quand on les étudie à fond, et plus spécialement dans leurs causes.

Pour établir que, dans ce cas, l'intervention chirurgicale a été la véritable cause de la mort, il suffit de se rappeler que les opérations (comme toutes les blessures d'ailleurs) peuvent tuer de deux façons : 1° par les accidents traumatiques partis du foyer opératoire lui-même et intimement liés à l'acte opératoire (hémorrhagie, septicémie, érysipèle, tétanos, etc.) ; 2° en réveillant ou en aggravant une maladie antérieure (une « protopathie », comme je l'appelle). Les deux conditions de revers sont alors une opération d'une part, et, d'autre part, une tare organique antérieure, capable par elle-même de devenir mortelle. Or, c'est exactement ce qui a eu lieu chez la malade dont je parle, opérée alors qu'elle était en proie à une maladie infectieuse ; et comme, au moment de l'intervention, cette maladie infectieuse — la grippe — ne menaçait pas l'existence, c'est donc bien l'opération qui, malgré sa bénignité locale, a fait passer Mme X... de vie à trépas.

Les faits de ce genre, même en les supposant rares, doivent être rappelés, ne serait-ce que pour montrer que, malgré une exécution irréprochable, une antisepsie parfaite et même une réussite locale, les opérations les plus simples peuvent entraîner la mort.

C'est une vérité — vérité désagréable, j'en conviens — qu'il faut opposer à l'optimisme singulier de certains opérateurs contemporains, qui affirment imperturbablement que le seul emploi de pansements réputés infaillibles, met sûrement à l'abri de tout danger, et qui, plutôt que d'en démordre en cas de revers, entre leurs mains ou entre celles de leurs confrères, avouent avoir commis quelque imprudence et accusent volontiers les autres d'ignorance ou d'impéritie.

Si, pour modérer leur ardeur, on objecte la gravité de la lésion ou de la maladie, l'âge du patient, des tares antérieures ou actuelles, le mauvais état dans lequel il se trouve, ils répondent : Antisepsie ! Propose-t-on les essais thérapeutiques, les moyens de douceur, le traitement pré-opératoire qui devient parfois curatif ; parle-t-on d'une temporisation prudente, au moins jusqu'à la fixation du diagnostic et appréciation exacte de la marche du mal? C'est encore au nom de l'antisepsie qu'ils refusent tout ajournement et méconnaissent toute contre-indication.

En vérité, si l'antisepsie n'était pas chose si admirable en elle-même, le zèle maladroit de quelques-uns de ses pontifes la compromettrait sérieusement.

Pour en revenir à mon sujet, ma seconde opération, quoique représentant un fait très rare, me paraît légitimer les conclusions suivantes :

1° Si l'on excepte les opérations d'urgence (qui forment toujours catégorie à part) et celles que nécessitent les affections qui compliquent la grippe, toute opération, qui serait permise chez un patient ordinaire, sera ajournée chez un convalescent de grippe, jusqu'à rétablissement complet ;

2° Il est impossible, sans doute, de préciser aujourd'hui l'époque, très variable d'ailleurs, de ce rétablissement, mais on se rappellera que la convalescence est généralement tardive et les rechutes fréquentes et graves ;

3° Si l'ajournement trop prolongé de l'opération offrait de sérieux inconvénients, il faudrait l'abréger, sans doute, mais instituer, avec l'aide de l'hygiène et des indications rationnelles, un traitement pré-opératoire consciencieux.

Après avoir signalé les principales complications d'ordre chirurgical que la grippe peut faire naître, puis l'influence que peuvent exercer les opérations chirurgicales sur cette grippe, il me reste à indiquer ce qui se passe quand la grippe, à titre de maladie intercurrente, vient frapper un malade, un opéré, ou un blessé, et quels changements elle peut imprimer à la maladie ou au processus réparateur de la blessure.

D'après certains chirurgiens, et notamment MM. Berger et Peyrot, les maladies chirurgicales, au cours de la dernière épidémie, se seraient comportées chez les grippés comme en temps ordinaire.

D'après d'autres chirurgiens, et dans d'autres services, il n'en aurait pas été tout à fait ainsi.

C'est ce qu'on a remarqué, par exemple, dans le service de notre regretté collègue, M. Trélat, à la Charité, où l'épidémie a sévi avec une intensité particulière.

Dans un autre milieu, à Bordeaux, M. Desmons a fait une constatation identique, et de l'observation de ce qu'il a vu dans ses salles, il conclut : « En dehors des cas d'urgence, il faudra, pendant les épidémies de grippe, s'abstenir le plus possible de toute opération, mais spécialement de celles qui porteront sur les cavités buccales, nasales, pharyngiennes et respiratoires. »

Un autre chirurgien anglais, William H. Bennett, a publié, dans *The Lancet* (8 février 1890), quatre observations, malheureusement écourtées et incomplètes, mais qui, cependant, justifient les craintes qu'on peut concevoir, non seulement quand une blessure survient après la grippe, mais encore lorsque celle-ci se montre dans le cours d'une autre affection chirurgicale.

Dans tous ces cas, la tendance à la pyohémie et à la dispersion des foyers purulents — qui, comme je l'ai dit plus haut, est un des caractères principaux des formes graves — est mise en pleine évidence et constitue manifestement tout le danger. « En vérité, dit en terminant W. Bennett, pour retrouver dans ma mémoire de tels exemples de pyohémie aiguë, il faut me reporter à la période pré-antiseptique de la chirurgie. »

Enfin, et je termine par là, M. Prengrueber me communique le fait suivant, qui vient également à l'appui de ma manière de voir.

Un homme de trente-cinq ans a, vers le milieu de décembre, une colique néphrétique d'ailleurs légère, indice du passage d'un calcul dans l'uretère. Quinze jours après, ce calcul paraissait au méat ; comme le malade était hypospade, son calcul dut être extrait par une petite incision.

Pendant que le calcul cheminait dans l'uretère, le malade eut une grippe de peu de gravité. Or, celle-ci se compliqua d'un abcès

périnéphrétique fort étendu, qui guérit, cependant, après incision, drainage et lavage.

On peut admettre que, sans la grippe, le calcul n'eût pas déterminé la grave complication qui faillit enlever le malade.

Il est bien évident que ces faits sont trop peu nombreux encore pour permettre des conclusions générales; aussi serais-je très heureux que ceux de mes confrères qui ont eu l'occasion d'en observer de semblables, voulussent bien me les communiquer.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers dans la section de médecine.

Première élection. — Votants 64; majorité 33. — M. van den Corput (de Bruxelles), ayant obtenu, au premier tour de scrutin, 53 voix, est proclamé élu.

Deuxième élection. — Votants 58; majorité 30. — M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro), ayant obtenu, au premier tour de scrutin, 46 voix, est proclamé élu.

COMITÉ SECRET

L'Académie se réunit en comité secret pour discuter le rapport de M. Chauvel sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

La dernière maladie de Gabriel-Honoré Riquetti, comte de Mirabeau (1789-1791), d'après le Journal de Cabanis, son médecin [Paris, 1791] (1).

III

Avant d'aller plus loin, esquissons à grands traits l'histoire de la lithiase biliaire et de la péricardite. Nous laisserons de côté pour la seconde les symptômes fournis par l'auscultation, puisque ce mode d'investigation pratiqué depuis 1628, il est vrai, sur le cœur et les muscles (Harvey 1628, Grimaldi 1663), ne fut utilement réglementé qu'en 1816 (Laënnec). Encore Sénac (1749) venait-il seulement d'ébaucher l'étude clinique d'une maladie qu'il appartenait à Louis (1824, 1826, 1830) de caractériser avec précision.

Exceptionnellement primitive, la péricardite reconnaît pour *cause dominante* la diathèse *rhumatismale* et s'associe *dans quelques cas* à la pleurésie. Il se forme autour du cœur un épanchement qui, par ses progrès incessants, provoque une dyspnée croissante et cette compression des oreillettes qu'accusent la petitesse, l'irrégularité, l'intermittence du pouls. Rarement éclate une douleur vive, accompagnée de refroidissement et de syncope, *circonscrite dans la portion gauche du thorax,* comme la souffrance de l'angine de poitrine, dont elle emprunte les inexprimables angoisses (Dieulafoy).

La lithiase hépatique (connue depuis le XVIe siècle) se révèle par la migration des calculs. Leur présence dans les voies biliaires y détermine un spasme *intolérable*, suivi ou non d'ictère. Cette douleur, dont l'intensité même et le siège forment l'élément capital d'un diagnostic absolu, occupe la *moitié droite* de l'épigastre et irradie du même côté, vers les parties supérieures du tronc (Maurice Reynaud et Dieulafoy).

Il est aisé de comprendre l'importance qui s'attache dans la seconde forme à certains troubles des fonctions digestives : la première ne les admettant qu'en vertu d'un mouvement fébrile auquel ils se lient d'ordinaire.

Ces principes établis, nous départirons aisément à l'une ou l'autre de ces deux affections (il sera loisible à tous de le faire avec nous), parmi des symptômes non équivoques et dont nous rendrons l'expression nettement apparente, ceux qui lui appartiennent en propre.

« Dans la nuit du samedi 26 au dimanche 27 mars 1791, » date qui précède de deux jours celle de sa mort, « Mirabeau fut attaqué d'une nouvelle *colique* moins douloureuse peut-être que les précédentes, mais *compliquée d'angoisses inexprimables.* Le lendemain, l'affaire des mines se discutait à l'Assemblée. Il y vint et parla à cinq reprises, toujours avec la même éloquence : c'était le chant du cygne (1). (*Colique hépatique.*)

Le lundi 28, vers onze heures du soir, *la douleur s'était réveillée*, sans pourtant être devenue insupportable. Elle paraissait même vouloir se dissiper, quand, tout à coup, abandonnant *la grande courbure de l'intestin colon qu'elle avait occupée dans tous les accès et durant toutes leurs phases*, elle se porte avec violence sur l'os sternum qui recouvre la partie antérieure de la poitrine. Mais, loin d'y rester fixe, elle parcourt toutes les dépendances de cette cavité : diaphragme, région précordiale, médiastin, mamelles, clavicules. Partout elle cause l'impression d'une griffe de fer qui serrait des parties sensibles avec force. Les anxiétés étaient très grandes : le malade qui se trouvait à la Comédie-Italienne eut beaucoup de peine à descendre de sa loge. Il se traîna chez lui non sans d'horribles souffrances et de violents frissons. Je le trouvai prêt à suffoquer, respirant avec la plus grande peine, le visage gonflé, le pouls intermittent et convulsif, les extrémités froides (2). (*Complications de péricardite.*)

Mercredi 30, le jour commençait à poindre, lorsque je trouvai le pouls plus vite et plus élevé; la *bouche pâteuse et un peu amère.* Tout à coup, les *spasmes* se réveillent à la poitrine ; ils se jettent tour à tour sur l'omoplate *droite*, la clavicule et le diaphragme; le pouls redevient intermittent, mais je ne vois pas trace de fièvre (3). Bientôt (grâce à une médication révulsive), les spasmes étaient affaiblis. *Alors* il se développe un *état bilieux manifeste, le teint jaunit*, la langue se charge, et les rapports de bile ne laissent point de doute sur la présence de cette humeur dans l'estomac. Les douleurs se dissipent presque totalement par l'effet d'un doux évacuant (sel de Sedlitz); *chaque déjection semblait en emporter une partie.* (*Colique hépatique manifeste.*)

Le jeudi (après un mieux tel qu'il s'en était produit entre les crises précédentes), le pouls reprenait par degrés le même caractère que dans l'accès du lundi au mardi, les douleurs, les étouffements, les spasmes commençaient à déployer la même férocité... » (*Crise de péricardite.*)

Dès lors, la compression du cœur par l'épanchement dans lequel nageait cet organe allait enlever à la circulation du sang un indispensable ressort...

« En réfléchissant sur la maladie », écrit Cabanis (4), « je trouvais qu'il y avait eu un grand accès dans la nuit du samedi au dimanche, un second dans celle du lundi au mardi, un troisième dans celle du mercredi au jeudi. Cette *périodicité si marquée* me fit soupçonner une fièvre intermittente maligne, *cachée* sous des apparences *humorales* et *spasmodiques.* Je communiquai ma conjecture à M. Petit : il la trouva fondée. »

En dehors de ces troubles dyspnéiques dont l'histoire de la péricardite fournit une explication légitime et suffisante, il convenait, en effet, de mettre au grand jour une série de symptômes incriminant (chez un *goutteux ou arthritique*, porteur d'un *épanchement péricardiaque* et de *fluxions momentanées des jambes*) une *affection chronique* (1789 à 1791). Le malade était sujet, d'ailleurs, au retour de *crises intermittentes* survenant généralement à *la suite d'excès de table* et qui pouvaient porter la dénomination précise de *coliques.* Ce spasme, *localisé au niveau de la grande courbure*

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 489.

(1) Cabanis. Loc. cit., p. 23 et 24.

(2) Cabanis. Loc. cit., p. 34 et 35.

(3) Ceci est très conciliable avec la lithiase (colique apyrétique). — La péricardite n'admet de troubles gastro-intestinaux qu'avec mouvement fébrile.

(4) Cabanis. Loc. cit., p. 53.

du colon (1), suivi ou non *d'ictère* (mais toujours *d'état bilieux notoire*), irradiait parfois vers l'omoplate droite, la clavicule, le diaphragme.

Nous croyons sans hésiter qu'en présence d'un pareil cas, le diagnostic du praticien moderne serait : Péricardite d'origine rhumatismale et lithiase biliaire.

Cette opinion semble, au reste, la traduction fidèle du jugement intuitif de Cabanis, Lachèze, Petit :

« J'attribue l'affection du diaphagme (?) et celle du cœur à l'humeur *rhumatismale goutteuse*, vague, que nous en avions, dès le début, regardée comme la cause. »

IV

« Un illustre orateur, Mirabeau, éprouva, dit Bouillaud (2) dans toute son atrocité l'horrible supplice de la péricardite telle que nous la décrivons, et l'on sait qu'il insistait près de Cabanis, son médecin, pour obtenir de celui-ci la fin de son martyre au moyen de fortes doses d'opium. Il ne faut pas oublier que la péricardite se compliquait, chez lui, d'une violente *pleurésie.* »

Beaucoup d'auteurs, sans plus d'examen critique (3), se sont emparés d'une hypothèse gratuite qui ne résiste pas à la relation de l'autopsie.

Cabanis décrit avec netteté les coagulations (matière épaisse, jaunâtre, opaque) de la face extérieure du cœur. Eût-il omis l'exsudation, l'épanchement interpleural que suppose une *violente* inflammation de la séreuse? Cette *petite* quantité d'eau contenue dans *la cavité de la poitrine* n'est-elle point d'ailleurs l'infiltration lymphatique qui suit la mort?

Après l'examen minutieux des autres organes, estomac, duodenum, foie, rein, etc., que ne nomme-t-il le poumon pour lui étendre le bénéfice de la *congestion* sanguine?

Elle ne laisse pas d'être étrange, cette *violente* pleurésie dont les manifestations se dérobent au scalpel lui-même.

Avons-nous besoin d'insister maintenant sur l'invraisemblance d'une maladie dont nous ne découvrons nulle part le début *sui generis*, à laquelle manquent tous les symptômes typiques (si bien qu'on est allé choisir parmi les variétés cliniques de pleurésie, cette forme quasi latente : la diaphragmatique), et que compliqueraient ici des troubles gastro-intestinaux *très exceptionnellement* liés (Dieulafoy) à l'inflammation de la séreuse pulmonaire?

Bien des déboires attendent le médecin s'il se laisse entraîner au mépris de cette règle élémentaire : « Ne diagnostiquez jamais l'exception » [Nélaton (4)].

Henry Duchenne,
Médecin (5).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

1. M. Cardeilhac. Des déchirures du col de l'utérus et de la trachélorrhaphie. — 2. M. Nègre (Edmond). Contribution à l'étude du mouvement de désassimilation chez le vieillard. — 3. M. Brouillon (Th.) De l'avortement rhumatismal. — 4. M. Mignosse. Contribution sur les arthropathies dysentériques. — 5. M. Glorget. Contribution à l'étude de la contagiosité de la lèpre. — 6. M. Sabathier. Des rétrécissements congénitaux de la partie supérieure du rectum. — 7. M. Merlat. Étude critique du traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire inguinale. — 8. M. Démery. L'ophthalmie granuleuse à Montpellier. — 9. M. Durand (Jean). De quelques troubles symptomatiques et sympathiques des affections de l'utérus. — 10. M. Barrau. Contribution à l'étude de l'aphasie, suite de fièvre typhoïde malarienne. — 11. M. Olympitis (Thémistocle). Des rapports de l'adénopathie de l'aisselle avec la tuberculose pulmonaire. — 12. M. Lapeyre (Aimé). Étude sur les relations des lésions organiques du cœur gauche avec la tuberculose pulmonaire. — 13. M. Dorte. Du traitement de la bartholinite par l'incision antiseptique et la thermo-cautérisation. — 14. M. Lombard (Ulysse). Des troubles de la sensibilité générale dans le mal de Bright. — 15. M. Faraut. Un cas d'érythème polymorphe infectieux grave. — 16. M. Aussoleil. Quelques observations d'épilepsie larvée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 mai 1890, M. le docteur Méhier, membre du Conseil général de l'Ain, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Les candidats du concours du Bureau central (médecine), qui doit s'ouvrir le 16 mai prochain, sont au nombre de soixante-quatre.

Ce sont : MM. Achard, Barbe, Baudouin, Béclère, Belin, Berbez, Besançon, Blocq, Bourcy, Bourdel, Bruchet, Capitan, Cayla, Dalché, Darier, Delpeuch, Deschamps, Despréaux, Dubief, Duflocq, Duplaix, Durand-Fardel, Florand, Gallois, Galliard, Gauchas, de Gennes, Giraudeau, Girode, Guinon (Georges), Guinon (Louis), Gilles de la Tourette, Havage, Jacquet, Jeanselme, Klippel, Laffitte, Launois, Lebreton, Lesage, Le Gendre, Lermoyez, Liandier, Marfan, Martin de Gimard, Mathieu, Menetrier, Méry, Morel-Lavallée, Œttinger, Pignol, Polguère, Poupon, Queyrat, Raymond, Ribail, Richardière, Robert, Roger, Thibierge, Thoinot, Weber, Widal et Wurtz.

— M. de Lacaze-Duthiers, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris, est nommé président de la section des sciences naturelles de l'École pratique des hautes études, en remplacement de M. Hébert, décédé.

— M. Bourgeois, docteur ès sciences, est nommé aide-naturaliste près la chaire de chimie appliquée aux corps organiques du Muséum, en remplacement de M. Arnaud, appelé à d'autres fonctions.

— MM. les docteurs Vinciguerra et Bregeat sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque d'Oran.

— M. André Lefèvre, professeur suppléant à l'École d'anthropologie, donnera le jeudi 8 mai 1890, à quatre heures de l'après-midi, au siège de l'École, 15, rue de l'École-de-Médecine, la huitième conférence transformiste sur « l'Évolution mythologique ».

— M. le docteur Charles Mauriac reprendra, à l'hôpital du Midi, ses leçons cliniques de syphiliographie, le samedi 10 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur J. Simon commencera ses conférences à l'hôpital des Enfants-Malades, le mercredi 14 mai, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Consultation clinique le samedi.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

(1) Qu'il n'avait cessé d'occuper dans tous les accès et durant toutes leurs phases. (Cabanis. *Journal*, p. 33.)

(2) Bouillaud. *Traité des maladies du cœur*, p. 511.

(3) Entre autres, Maurice Raynaud, art. Péricardite du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*.

(4) Extrait d'un ouvrage en préparation, intitulé : *Un philosophe médecin au XVIII*e *siècle.* (P. J. G. Cabanis.)

(5) Tel était le seul titre dont se réclamât Cabanis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, publiée sous la direction du docteur J. Rochard. Livre II, fascicule ix, chapitre iii. *Boissons*, par le professeur Riche, 1 vol. in-8°. — Prix du fascicule : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

De la stérilisation par l'eau bouillante des instruments d'oculistique, par le docteur Bourgeois (de Reims). Broch. in-8° de 12 pages avec figures. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 55. — SAMEDI 10 MAI 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 10 MAI 1890. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les hémoglobinuries.

Par M. le docteur Paul CHÉRON, ancien interne des hôpitaux.

L'hémoglobinurie est l'excrétion par les urines d'une certaine quantité d'hémoglobine dissoute (Hayem).

Ce symptôme a été signalé, pour la première fois, par Harley, en 1865. Depuis il a fait l'objet d'un grand nombre de travaux qui ont permis de reconnaître qu'il se montre dans des circonstances très diverses et que, suivant les cas, il se produit d'après des mécanismes fort différents.

Cependant, toutes les hémoglobinuries se reconnaissent à l'aide des caractères que présentent les urines. Aussi, devons-nous d'abord exposer ces caractères, qui permettront de faire le diagnostic du symptôme.

I

Les urines hémoglobinuriques ont une couleur rouge plus ou moins foncée, suivant la quantité de matière colorante qu'elles contiennent. Dans la variété que nous étudierons plus loin sous le nom d'hémoglobinurie paroxystique, elles se foncent souvent peu à peu pendant les accès, de telle sorte qu'elles prennent la teinte du vin de Malaga, du jus de pruneaux. Pendant la décroissance de la crise, la teinte revient progressivement à la normale, l'éclaircissement se faisant plus lentement que la coloration. D'autres fois, la coloration rouge est d'emblée intense.

L'urine est claire et transparente; au spectroscope on y trouve les deux raies de l'oxyhémoglobine et souvent la bande qui, dans la région du rouge, indique la présence de la méthémoglobine. La bande de l'urobiline est assez fréquente.

L'urine hémoglobinurique renferme toujours de l'albumine.

Les autres caractères chimiques sont variables, selon les conditions dans lesquelles survient le symptôme.

Très souvent, par le repos, il se dépose un sédiment brunâtre, granuleux, qui revêt parfois l'apparence d'amas ou de cylindres. A l'examen microscopique, on constate que les globules sanguins manquent ou sont très rares.

Les urines hématuriques se distinguent assez facilement des précédentes; quand elles sont fraîches, elles sont plus rouges, toujours troubles et présentent au spectroscope les bandes de l'oxyhémoglobine. Les globules rouges sont nombreux et généralement faciles à trouver. Cependant ils peuvent laisser échapper leur hémoglobine et se réduire à un stroma qui tombe au fond du récipient. Pour rechercher ce dernier il faut, selon le conseil de M. le professeur Hayem, décanter doucement l'urine déposée et traiter une gouttelette de dépôt, recueillie sur la lame porte-objet, par de l'eau iodo-iodurée ou une solution d'hématoxyline.

Les symptômes qui accompagnent l'émission des urines hémoglobinuriques sont très dissemblables selon les cas, et, à ce point de vue, peut diviser les faits en trois groupes. Ou bien l'hémoglobinurie semble être le symptôme principal d'une entité morbide spéciale, *hémoglobinurie paroxystique;* ou bien elle se montre dans le cours de certaines maladies, *hémoglobinurie secondaire;* ou bien enfin elle se produit à la suite de l'introduction dans l'organisme de substances qui altèrent les globules du sang, *hémoglobinurie toxique*.

a. HÉMOGLOBINURIE PAROXYSTIQUE. — La maladie se caractérise par des accès survenant soit sans cause connue, soit, comme nous le verrons, après des efforts musculaires et surtout après l'exposition au froid.

L'accès débute par un frisson plus ou moins marqué, pouvant être très intense et s'accompagnant souvent de pandiculations et de bâillements. Il y a en même temps une sensation de malaise général avec vertiges, des douleurs de tête, des coliques et des douleurs dans le thorax, les lombes, avec ou sans irradiations dans les cuisses; fréquemment il semble aux malades que ses membres inférieurs sont devenus très faibles. Kobler et Obermayer ont vu les accès s'accompagner de symptômes nerveux très intenses : pupilles étroites ne réagissant plus à la lumière, perte presque complète de la sensibilité des membres supérieur et inférieur jusqu'aux coudes et aux genoux, exagération du réflexe rotulien. Les douleurs peuvent aussi occuper la vessie et même les testicules. Quelquefois le malade pâlit; bien plus souvent il se cyanose véritablement; le nez, les oreilles, les mains prennent une coloration bleuâtre et la sensation de froid est alors générale.

Rapidement la température s'élève; elle atteint 38, 39, quelquefois 40 degrés. Rosenbach, dans un cas, a vu la température rectale s'élever, en vingt minutes, de 37°4 à

39°1 et un quart d'heure plus tard atteindre 39°5. Puis, la défervescence se produisit et la chaleur redevint normale en une demi-heure. Dans d'autres faits l'ascension du thermomètre fut moins brusque, mais on peut admettre que, en général, ascension et défervescence sont rapides. Chez quelques malades, la fièvre existe dans certains accès pour manquer dans d'autres (Lehsen). Le pouls s'accélère un peu mais s'élève proportionnellement moins que la température. Au début de l'accès il est souvent petit, presque insensible (Hayem).

La sensation générale d'affaiblissement et de fatigue est bien marquée.

Au début de la crise, les urines sont souvent rares et peuvent même faire défaut pendant les premières heures. Elles augmentent ensuite de quantité, de telle sorte que cette dernière dépasse notablement la normale. Ces urines se distinguent à première vue par la coloration sur laquelle nous avons insisté plus haut; la gamme ascendante ne s'observe, du reste, pas dans tous les cas, ce qui s'explique facilement si l'on songe que l'on a fait l'examen à des moments très différents et que, au commencement de l'accès, l'état de réplétion de la vessie est variable. La gamme descendante est souvent seule observée.

Au spectroscope on constate à la fois la présence de l'hémoglobine et de la méthémoglobine; l'existence de cette dernière substance, dans l'urine absolument fraîche, prouve que la transformation a lieu avant l'arrivée dans la vessie.

M. Hénocque cite des cas où il y avait de l'hématine, particulièrement de l'hématine acide, dans l'urine. Peut-être y a-t-il altération de la matière colorante dans la vessie par suite de la présence d'oxalates; peut-être aussi cette altération se produit-elle dans l'urine après son émission.

On a fait quelques évaluations de la quantité de matière colorante rendue. M. Hénocque donne le chiffre de 7 de sang pour 100 d'urine, M. Salle celui de 12 p. 100, M. le professeur Hayem celui de 7 p. 100.

L'albumine est constante; elle disparaît en même temps que les dernières traces d'hémoglobine (Hayem). Cependant Lehsen l'a vu persister deux ou trois jours après la cessation de l'hémoglobinurie. Il y a parfois une quantité élevée d'oxalates (Van Rossen, Grenhow), mais le fait n'est pas constant. Le chiffre de l'urée est variable, tantôt diminué, tantôt augmenté (A. Robin, M. Charteris). M. Henrot a noté l'augmentation de l'acide urique.

Tout à fait au début de l'accès l'urine, retirée avec une sonde, renferme quelques globules rouges (Hayem), mais plus tard ils disparaissent complètement et le sédiment n'en contient pas ou très peu. Les éléments les plus importants de ce sédiment sont des cylindres hyalins très souvent colorés en brun. On y trouve encore des globules blancs avec des granulations pigmentaires, une matière granuleuse amorphe et quelquefois des cristaux dont quelques-uns semblent être de l'hématine ou de l'hématoïdine.

L'état du sang a donné lieu à de nombreuses recherches. Tantôt les globules ne paraissent pas altérés, tantôt, au contraire, les altérations sont considérables (Murri et Boas). Murri a vu les globules, au moment des accès, prendre la forme d'anneaux à centre transparent, se briser, se plisser, s'enrouler; Boas a constaté qu'ils devenaient ovales, triangulaires, poussaient des prolongements à l'aide desquels ils s'agglutinaient. Bristowe et Copeman ont noté que les globules devenaient crénelés et difformes.

Le peu de tendance à la disposition en piles de monnaie a été relevé par un grand nombre d'observateurs. M. Hayem n'a pas trouvé les hématies altérées chez le malade de M. Mesnet; elles contenaient presque autant d'hémoglobine que les globules normaux. Sur un autre malade, le même observateur a pratiqué l'examen du sang dans sa cellule à rigole; au début de l'examen il paraît normal, mais bientôt les globules deviennent sphériques, perdent leur hémoglobine et se transforment en chlorocytes, puis en achromatocytes; une faible partie des éléments colorés est ainsi atteinte. Le sang a les mêmes caractères au moment des crises.

Dans l'observation de M. Mesnet, M. Hayem a vu que, pendant les paroxysmes, il y avait constamment un léger épaississement du réticulum fibrineux qui disparaissait ensuite. La perte hémoglobinurique entraînait une augmentation légère des globules blancs, une diminution des globules rouges et, deux jours après, une poussée d'hématoblastes et de globules nains.

Sur un autre malade, M. Hayem (1) a vu que, après la coagulation, le sérum était laqué, et que ce phénomène était constant, aussi bien en dehors des crises que pendant leur cours. En général, la coloration du sérum est plus marquée durant les accès, cependant une des prises de sang faites en dehors d'eux a laissé se former un sérum tout aussi teinté. Tandis qu'en été les premières gouttes du sérum exsudés par le caillot ont une coloration normale et que l'hémoglobine se dissout un peu plus tard, en hiver le sérum est coloré dès le début de sa séparation. M. Hayem a insisté sur ce fait, déjà vu par M. Salle, que le caillot se redissout rapidement et de lui-même dans le sérum, au moment des crises. Dans leur intervalle ce fait ne se produit pas.

M. Hénocque, chez un malade de M. le docteur Salle, a trouvé, en dehors de l'accès, la quantité de 8 p. 100 d'oxyhémoglobine dans le sang, et pendant l'accès seulement 7 p. 100; le sérum en dehors de l'accès contenait à peine 1 p. 100 d'hémoglobine, et pendant l'accès il en contenait au moins le double.

Kobler et Obermayer ont noté dans un cas que la quantité d'hémoglobine était, avant les attaques, de 90 p. 100 de la quantité normale; après l'attaque il n'y avait plus que 80 p. 100.

On a fait plusieurs fois la numération des globules. Goetz en a compté 2500000 entre les accès, 1800000 sitôt après, et 4000000 après le traitement; Kobler et Obermayer 3560000 avant l'accès, 2890000 pendant et 3810000 après.

Les accès d'hémoglobinurie peuvent être, en quelque sorte, avortés; dans ces cas tout se borne à des frissonnements, à un peu de courbature et à l'émission d'une urine un peu albumineuse, avec ou sans hématurie (cas de Hayem). Dans les accès provoqués le frisson manque souvent. Bastianelli a vu les crises, qui survenaient sous l'influence de la marche, être constituées tantôt par l'hémoglobinurie, tantôt par de l'albuminurie transitoire.

D'autres fois, au contraire, les accès, outre les symptômes que nous avons décrits plus haut, s'accompagnent d'un certain nombre d'autres phénomènes.

Du côté de la peau on observe de l'urticaire et du purpura. Stephen Mackensie, Forrest ont noté l'urticaire, Joseph (de Berlin) a vu la coïncidence de l'œdème aigu de la peau et de l'hémoglobinurie paroxystique. L'observation a

(1) Hayem. *Du sang*, p. 991.

été rapportée au premier Congrès de la Société allemande de dermatologie, tenu à Prague en 1889 et, à son propos, Behrend a insisté sur ce point que l'œdème aigu de la peau n'est peut-être qu'une urticaire gigantesque. Francis, Kobert et Kuessner, etc., ont constaté l'existence de taches de purpura. Dans le cas d'Henrot il se produisit des ecchymoses phlycténoïdes sur la grande courbure des oreilles. Des gangrènes partielles du nez, des joues, des oreilles, des orteils ont été vues par Wilks.

Le gonflement simultané de la rate et du foie, ou d'un de ces organes isolément, a été assez souvent relevé. Il s'accompagne de douleurs spontanées et à la pression. Lehsen, chez une hémoglobinurique, vit le gonflement de la rate et du foie existant au moment des accès, se produire sans élimination d'urines rouges.

Signalons enfin l'ictère, généralement assez peu marqué et pendant lequel la réaction de Gmelin manque souvent dans l'urine. Cependant, l'ictère peut être assez intense.

A la fin de l'accès, il survient parfois des transpirations très abondantes. Kobert et Kuessner (cités par Delabrosse, th. Paris, 1889) ont vu un malade qui, ayant été pris au dehors de son accès, entra dans une auberge et attira l'attention de tout le monde, car l'eau dégouttait littéralement de ses membres. La soif qui existe dans quelques cas, dès le début, est habituellement très vive à ce moment.

La crise d'hémoglobinurie est suivie d'un sentiment de fatigue générale qui persiste parfois assez longtemps.

L'accès a une durée variable. Si le malade se repose et se tient au chaud, il peut se terminer en vingt-quatre heures, n'être même constitué que par une seule émission d'urine colorée; dans le cas contraire il se prolonge deux ou trois jours. L'intervalle qui sépare les accès les uns des autres est aussi très dissemblable selon les observations; il peut s'étendre jusqu'à dix-huit ans. En général, les crises apparaissent surtout pendant l'hiver pour s'espacer ou disparaître durant l'été. La maladie guérit habituellement, soit d'elle-même, soit à la suite d'un traitement approprié. Il est fréquent, quand les accès sont rapprochés, de voir les malades rester pâles, anémiés, facilement essoufflés.

La maladie peut-elle être mortelle ? M. Hénocque rapporte 4 cas de mort : 1 de M. Henrot, 2 de Murri, 1 de Otto. Cependant, il importe de remarquer que dans ces cas la terminaison fatale a été amenée par la tuberculose, une affection rénale; ces dernières complications ne peuvent pas être considérées comme fatales, d'autant plus que la lésion rénale est souvent cause de la maladie qui ne rentre pas alors dans l'hémoglobinurie paroxystique vraie. Il est prouvé cependant que, comme nous le verrons, l'hémoglobinurie expérimentale produit rapidement des altérations du rein.

b. Autres formes d'hémoglobinurie. — Nous pouvons être bref sur ces formes qui ne se manifestent souvent que par l'état des urines, et dont les principaux symptômes relèvent de la cause productrice.

L'hémoglobinurie symptomatique peut apparaître dans le cours d'un grand nombre de maladies. En tête se placent les affections du rein et dans ce cas le symptôme est parfois périodique. C'est ainsi que, dans le cas de M. Lépine, où il s'agissait d'une néphrite interstitielle, les accès survenaient à minuit alors que le malade était au lit depuis six heures et étaient provoqués par les excès alcooliques et vénériens et les fatigues. L'hémoglobinurie brightique est quelquefois accompagnée de purpura (Morris).

L'hémoglobinurie se montre encore au début du rhumatisme articulaire aigu, et dans ces cas paraît coïncider avec une poussée congestive du côté du rein (cas de MM. Hayem, A. Robin, Bermondy). Il y a une albuminurie qui persiste quelque temps après la disparition complète de l'hémoglobine, des cylindres rénaux et des globules blancs assez nombreux.

M. Hénocque a relevé les cas où on a rencontré l'hémoglobinurie. Legg et Murri l'ont vue dans l'ictère grave, Scriba et Riebel dans les embolies graisseuses et les brûlures, Vogel et d'autres dans le typhus abdominal, Huebner dans la scarlatine. On l'a rencontrée encore dans quatre cas d'affections cardiaques, un cas d'artério-sclérose avec affection du cœur, un cas de pleurésie.

L'hémoglobinurie est un symptôme constant de la fièvre ictéro-hématurique ou mieux hémoglobinurique, qui sévit surtout à Madagascar, aux Canaries, aux Antilles, au Sénégal, etc. Les urines noires contiendraient de l'hémoglobine, des cylindres épithéliaux et hyalins, des cellules épithéliales, de l'urobiiine, du pigment biliaire (Kelsch et Kiener), mais pas de globules rouges. Heineman, Riggs, Hudson, Corre (cités par Blanc) ont vu le plasma sanguin fortement coloré et contenant des globules rouges décolorés, nageant sous forme de disques pâles, rapetissés.

La maladie bronzée hématique de M. Charrin, l'ictère noir de Liouville est une maladie infectieuse qui s'observe chez les nouveau-nés et s'accompagne d'hématurie ou d'hémoglobinurie. L'urine brun foncé ou noirâtre tache les linges sur lesquels elle laisse un dépôt pulvérulent noirâtre souvent entouré d'une auréole sanglante.

Restent les hémoglobinuries d'origine toxique produites par des substances que nous énumérerons plus loin, et s'accompagnant de symptômes naturellement très divers. On peut certainement leur rattacher quelques-unes des hémoglobinuries secondaires aux maladies infectieuses, celles qui se produisent dans les brûlures; il y aurait alors auto-intoxication. Expérimentalement, les hémoglobinuries toxiques ont été étudiées par plusieurs auteurs. Afanassiew, Stadelmann, Kiener et Engel se sont servis de la toluylène diamine. Suivant les doses, on observe soit de l'ictère seul, soit de l'ictère et de l'hémoglobinurie. Wertheimer et Meyer ont montré que l'aniline provoquait des phénomènes analogues. Une femme ayant absorbé 10 grammes d'aniline, Dehio observa l'ictère et l'hémoglobinurie. Kaposi a vu des frictions avec une pommade au naphtol entraîner l'hémoglobinurie et des convulsions. On a aussi appelé récemment l'attention sur l'hémoglobinurie causée par l'usage de la quinine (Tomaselli, Moscato).

Les altérations du sang varient selon la cause de l'empoisonnement. La glycérine provoque la sortie de l'hémoglobine du globule sans altérer la forme de ce dernier; la toluylène diamine entraîne la décoloration des globules, leur fragmentation. Le nitrite d'amyle transforme l'hémoglobine en méthémoglobine, sans détruire les hématies, mais il n'y a pas méthémoglobinurie. M. Hayem a expérimenté avec le chlorate de potasse. La méthémoglobine se produit plus ou moins vite ou en plus ou moins grande quantité, suivant les conditions de l'expérience (destruction plus ou moins rapide des globules, attaque de l'hémoglobine par de l'oxygène naissant); dans l'urine, il a trouvé de l'oxyhémoglobine.

Silbermann prétend que, dans les hémoglobinuries toxiques, les globules blancs sont atteints comme les

rouges et qu'il y a une augmentation notable du ferment fibrinogène; la fièvre serait due à la grande quantité de ce ferment.

c. L'hémoglobinurie existe chez les animaux. Raynal et Wiltshire l'ont décrite. M. Al. Robin a examiné des urines hémoglobinuriques provenant de vaches; elles étaient albuminuriques, l'acide urique y avait remplacé l'acide hippurique; l'urée et les chlorures étaient très augmentés.

M. Babès a étudié une affection du bœuf, épidémique, commune en Roumanie, et qu'il appelle hémoglobinurie bactérienne. La maladie serait caractérisée par une bactérie spéciale, ronde, brillante, d'un diamètre de 5 μ divisée en deux par une strie transversale; souvent il y a une autre strie perpendiculaire à la première. Il faut remarquer qu'inoculée au bœuf, la bactérie ne reproduit pas la maladie.

II

L'anatomie pathologique de l'hémoglobinurie est peu connue. Les examens anatomiques se rapportent soit à des hémoglobinuries expérimentales, soit à celles qui se produisent au cours de maladies rénales. C'est, du reste, l'état du rein qu'il y a surtout à exposer.

M. Marchand et Lebedeff ont produit l'hémoglobinurie toxique par des injections de chlorate de soude. Les lésions sont comparables à celles qui se produisent dans l'empoisonnement par la cantharide. Les épithéliums striés des tubes contournés sont souvent creusés de vacuoles et montrent à leur face libre des gouttes homogènes qui tombent dans les tubes, où il y a soit ces gouttelettes, soit un exsudat réticulé homogène. Dans les canalicules de Henle, dans les canaux droits, on trouve des cylindres hyalins qui deviennent souvent granuleux dans les tubes collecteurs. Les anses capillaires des glomérules sont remplies de sang, et une petite quantité d'un exsudat homogène se place entre le bouquet vasculaire et la capsule dont l'épithélium est hypertrophié et, en partie, desquamé (1).

Afanassiew a vu que la glycérine produisait de la glomérulo-néphrite avec nécrose de coagulation, dégénérescence graisseuse et parfois infiltration calcaire. Outre les lésions épithéliales, il se développe des lésions interstitielles dans l'empoisonnement par l'acide pyrogallique et la toluylène diamine. Dans ces différents cas, on trouve des cylindres contenant des granulations ou des cristaux de pigment biliaire ou d'hémoglobine.

Parmentier a examiné les reins d'un chien mort après avoir subi une transfusion de sang de chevreau, suivie d'hémoglobinurie et d'urémie. Il a relevé les altérations suivantes : dans la plupart des capsules, les glomérules sont séparés de la paroi par un exsudat granuleux, d'abondance variable, avec quelques boules brillantes et quelques cellules altérées. Les cellules endothéliales sont gonflées, montrent des boules brillantes à leur surface ou sont desquamées. A la périphérie des glomérules, on trouve des boules brillantes en de rares endroits. Les tubuli contorti permettent de distinguer deux parties distinctes : une partie profonde sombre, grenue, où se trouvent des noyaux bien colorés; une partie superficielle claire, à fines granulations; souvent, cette dernière est remplacée par une série de boules hyalines, claires, transparentes, qui remplissent parfois la cavité du tube; ailleurs, il y a à leur place une masse brun jaunâtre de pigment. Des cylindres formés de granulations pigmentaires se rencontrent dans les anses de Henle. La partie large de ces anses et les tubes droits présentent les mêmes altérations que les tubes contournés. A côté des tubes où l'épithélium est remarquable par son aspect clair, il en existe où les cellules sont brunâtres, chargées de pigment; ces modifications cellulaires existent parfois en des points différents d'un même tube. La plupart des capillaires sont à peine visibles, le tissu conjonctif n'est pas irrité.

Quand on a transfusé à un chien du sang de lapin et qu'on le sacrifie pendant la période d'hémoglobinurie, les altérations sont les mêmes, mais les lésions congestives bien plus prononcées (1).

Pour Silbermann, dans les empoisonnements, l'élimination de l'hémoglobine n'a lieu, au début, que par les tubuli contorti; ce n'est que quand il y a des altérations des épithéliums qu'elle se fait aussi par les glomérules.

Ponfick (2) a vu l'hémoglobinurie expérimentale provoquer l'augmentation de volume des reins, souvent sans congestion notable; la surface de l'organe et son épaisseur étaient parsemées de petites taches rouges, surtout abondantes dans la substance corticale. Ces taches correspondaient à la présence dans les tubes de bouchons solides occupant les canalicules droits et contournés, de couleur rouge, les premiers jours, et sombre plus tard; ces bouchons étaient formés par un substratum hyalin ou grenu, coloré par l'hémoglobine; souvent, il y avait en même temps dégénérescence graisseuse de l'épithélium des tubuli.

En dehors des hémoglobinuries expérimentales, nous n'avons pu recueillir qu'un seul cas d'examen anatomique dû à M. Alb. Robin. Les lésions sont alors très différentes. La malade, atteinte d'une vieille néphrite interstitielle, était morte d'urémie compliquée d'accès d'hémoglobinurie. On trouva une congestion énorme des reins, dont le maximum correspondait à la périphérie des pyramides. Au microscope (examen fait par M. Renaut), on constata une néphrite interstitielle et une artério-sclérose sur laquelle avait évolué un œdème aigu congestif. Cet œdème s'était produit par îlots. Dans ses limites, de nombreux globules blancs avaient envahi le tissu conjonctif séparant les tubuli. Ces globules blancs étaient vivants, actifs. Nombre de glomérules montraient leurs anses gorgées par eux et certains tubes de Henle en étaient remplis.

M. Dieulafoy (cité par M. Rendu) aurait constaté, à l'autopsie d'une jeune femme morte pendant un paroxysme d'hémoglobinurie, des lésions rénales congestives semblables à celles décrites par M. Robin (3).

III

ÉTIOLOGIE ET PATHOLOGIE. — A. *Hémoglobinurie paroxystique.* — L'hémoglobinurie paroxystique est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et se voit surtout dans l'âge moyen. M. Hénocque a dressé une statistique qui lui a donné les résultats suivants :

(1) CORNIL et RANVIER. T. II, p. 560.

(1) HAYEM. Loc. cit., p. 984.
(2) BARTELS. *Maladies des reins*, p. 609.
(3) ROBIN. Société médicale des hôpitaux, 25 mai 1888.

De 1 à 10 ans. 6 cas dont 5 au-dessous de 3 ans.
11 à 20 — 6 cas.
21 à 30 — 12 cas.
31 à 40 — 16 cas et de plus 11 cas d'âge moyen.
41 à 50 — 4 cas.
51 à 62 — 7 cas dont 2 à 62 ans.

La cause occasionnelle habituelle de l'accès est le froid : action de la température extérieure, pluie imprégnant les vêtements, bains de mer. Expérimentalement, le froid a pu faire apparaître l'accès. M. Mesnet, en faisant descendre un malade dans le jardin, la température de l'air étant à 0 degrés, provoque aussitôt l'émission d'urines rouges. Rosenbach (1) a fait prendre à un malade un bain de pied d'un quart d'heure à la température de 15 degrés Réaumur, qu'il abaissa ensuite à 14 degrés; un accès très intense en fut la conséquence et les mictions qui suivirent produisirent une urine couleur « jus de viande ».

Bristowe et Copeman après Erlich, M. Lépine et d'autres, ont plongé, dans de l'eau glacée, un doigt, lié à sa base, d'un malade hémoglobinurique ; il en résulta une hémoglobinhémie locale avec déformation des globules. Les accès peuvent survenir aussi dans le lit, dans une chambre chauffée, en été, bien que cela soit beaucoup plus rare.

Un exercice musculaire violent, tel qu'une marche forcée, provoque parfois l'hémoglobinurie. Bastianelli a rapporté un cas intéressant, où la seule cause de l'accès était la marche; on pouvait exclure le froid et tous les autres genres d'exercice musculaire. Il en était de même dans un cas de Fleischer. La marche fatigante provoquait le symptôme, tandis que les autres exercices musculaires (pilage de sucre, sciage et fendage de bois), continués pendant deux heures et plus, ne le déterminaient pas. Dans un fait de M. Robin, l'accès était provoqué par la marche, mais il y avait en même temps un excès de désassimilation azotée. Les excès vénériens peuvent encore jouer le rôle de cause provocatrice.

Stevens a rapporté un cas où l'hémoglobinurie s'était établie à la suite de la ménopause, survenue vingt-six ans auparavant.

Dans un fait de Lehsen où les causes occasionnelles des accès étaient les fatigues, les contrariétés, la frayeur et surtout le froid, ils survenaient constamment au début et à la fin des règles. Saundby a vu la maladie héréditaire dans deux cas.

Les causes prédisposantes sont mal établies. On a insisté surtout sur la syphilis et l'impaludisme. Murri a montré l'influence curative que pouvait avoir, dans certains cas, le traitement mercuriel, et M. Lépine a à peu près admis que la syphilis est la condition *sine qua non* de l'hémoglobinurie (2). D'autres ont insisté sur les bons effets de la quinine. Il est certain que ces médicaments sont utiles dans l'hémoglobinurie, mais beaucoup de malades, interrogés minutieusement, n'ont présenté dans leurs antécédents ni impaludisme, ni syphilis.

Delabrosse a souvent rencontré des antécédents nerveux dans les observations qu'il a parcourues : que ce soient des névralgies, du rhumatisme chronique, de la goutte, des migraines, des hémorrhoïdes ou simplement le tempérament nerveux.

On a encore observé l'hémoglobinurie à la suite de la scarlatine, mais il est bien probable que, dans ces cas, le rein était touché.

M. Alb. Robin a montré le rôle prédisposant de l'uricémie. Dans deux cas, les malades étaient rachitiques ; enfin, l'alcoolisme a été noté dans les causes prédisposantes et dans les causes occasionnelles. On a relevé dans un fait l'existence d'un emphysème chronique rebelle à tout traitement (Socor).

Bristowe et Copeman ont insisté sur les rapports de l'hémoglobinurie avec la maladie de Raynaud. Leur malade avait vu ses doigts de pied devenir bleus et froids, et un processus ulcéreux entraîner la chute des ongles de plusieurs orteils.

Ralfe a fait ressortir les rapports de l'albuminurie intermittente avec l'hémoglobinurie. Il considéra la première comme une petite hémoglobinurie; le foie et la rate suffiraient à l'emploi de la matière colorante, l'albumine étant éliminée par le rein.

Pour Frænkel, la plupart des malades atteints d'hémoglobinurie auraient une prédisposition marquée pour les affections pulmonaires chroniques.

B. *Autres variétés d'hémoglobinurie.* — Nous avons déjà énuméré plus haut les principales maladies dans lesquelles on peut rencontrer l'hémoglobinurie symptomatique et nous n'avons pas à y revenir.

Les hémoglobinuries toxiques peuvent se produire par l'action d'un grand nombre de substances dont nous avons déjà cité quelques-unes. Ce sont les acides sulfurique, chlorhydrique, sulfhydrique, phénique, l'hydrogène sulfuré, le phosphore, le naphtol, la toluylène diamine, l'acide pyrogallique, l'aniline, le sulfate de quinine, certaines espèces de champignons, etc. Ponfick a vu un cas d'hémoglobinurie après des frictions hydrargyriques. Fleischer a cité un cas d'hémoglobinurie passagère survenue le lendemain d'une cautérisation au thermocautère dans un mal de Pott. Comment l'expliquer ?

IV

La pathogénie de l'hémoglobinurie doit être étudiée dans chacune de ses grandes variétés.

a. HÉMOGLOBINURIE PAROXYSTIQUE. — Les théories proposées sont très nombreuses et il est nécessaire, pour la clarté de l'exposition, de les examiner successivement.

1. *Théorie de van Rossem.* — D'après cet auteur, l'hémoglobinurie ne serait qu'une hématurie dans laquelle les globules se dissoudraient dans l'urine par suite de la présence d'une quantité exagérée d'oxalates.

Il est facile de réfuter cette théorie. Tout d'abord l'oxalurie, même limitée à la période des accès, est loin d'être la règle chez les hémoglobinuriques. Ensuite on a pu ajouter à de l'urine hémoglobinurique du sang pur, sans que les globules de ce dernier disparaissent plus vite que dans les conditions habituelles. Enfin si l'on additionne l'urine d'un hématurique d'une quantité d'oxalates analogue à celle qui existe parfois dans l'hémoglobinurie, les globules ne se dissolvent pas plus vite que dans cette urine abandonnée à elle-même.

2. *Théorie de l'hémoglobinhémie.* — Un grand nombre d'auteurs ont rapproché l'hémoglobinurie paroxystique de

(1) Cité par DELABROSSE. Thèse de Paris, 1889.
(2) LÉPINE. *Bulletin médical*, 1888, p. 51.

l'hémoglobinurie toxique et admis que, dans les deux, il y avait d'abord hémoglobinhémie.

Pour Ponfick, l'hémoglobinhémie se produit sous l'influence du rhumatisme. La rate s'empare des globules rouges devenus impropres à leur fonction, d'où sa tuméfaction. L'hémoglobine, libre dans le sérum, se rend au foie qui la transforme en pigment biliaire, tant que sa quantité ne dépasse pas 1/60e de la quantité totale d'hémoglobine en circulation. Au delà de cette quantité, l'hémoglobinurie apparaît. Les reins s'irritent alors et les cylindres granuleux se produisent en grande quantité et obstruent de nombreux tubes. Cependant, ainsi que l'a noté F. Mackensie, l'hémoglobinurie peut exister plusieurs années sans le moindre signe de maladie du rein.

M. Rodet admet l'hémoglobinhémie. Pour lui, « il se produit, sous l'influence du froid, un resserrement extrême des artérioles et des capillaires de la peau, et, dans ce réseau périphérique, difficilement perméable, complètement oblitéré peut-être en certains points, une accumulation, un tassement des globules rouges les uns contre les autres et contre les parois vasculaires, au point de produire leur dissociation et la dissolution de l'hémoglobine. Et s'il en est ainsi, l'hémoglobinurie paroxystique est due à une exagération de l'excitabilité du vaso-constricteur sous l'influence du froid. Cette ischémie cutanée explique facilement le frisson, l'engourdissement, la cyanose; elle diminue brusquement la perte de chaleur périphérique et produit ainsi l'élévation de température. »

Lichtheim (1) admettait aussi l'hémoglobinhémie, en reconnaissant que l'action du froid ne suffisait pas pour l'expliquer. Murri est partisan de la même théorie (2). En faisant uriner ses malades d'heure en heure, tous les jours, il constata une oligurie au début et dans la période d'état de la crise, ensuite la quantité des urines augmenta beaucoup. Ces phénomènes seraient dus à une hyperhémie passive, à une stase des reins, stase s'étendant du reste à la plus grande partie du corps et due à un *état d'excessif épuisement des centres nerveux de l'action réflexe des vaso-moteurs*. Les excitations thermiques des fibres de la périphérie seraient réfléchies comme action dilatatrice et le cours du sang dans les capillaires ralenti. La dissolution des globules s'effectuerait dans le sang et, par exclusion, Murri arrive à admettre que les globules portent en eux, dès leur naissance, la raison de cette faiblesse extraordinaire, la véritable cause de la maladie se trouvant dans les organes hématopoiétiques. L'acide carbonique et la basse température expliqueraient les accès. Le ralentissement de la circulation accumule dans le sang une quantité d'acide carbonique exagérée et la marche ralentie de ce sang, à travers les tissus superficiels, ajoute à la lenteur de la circulation un abaissement de température considérable.

Murri explique l'accès de la manière suivante (Ramlot) : L'impression du froid, sur un grand nombre de terminaisons nerveuses de la peau, porte une excitation sur les centres de l'action réflexe des vaso-moteurs. Ce stimulus qui, dans les conditions normales, dilaterait les capillaires et accélérerait le cours du sang, se transforme en action surexcitante ou hyperhémiante, parce que les centres des réflexes se trouvent dans un état d'épuisement excessif. Le calibre des vaisseaux augmente et le sang se ralentit. De là, stase dans le foie, dans les reins (albuminurie, cylindres). Les téguments pâlissent par suite de l'abaissement de la pression sanguine et de la moindre quantité de sang contenue dans les capillaires; ils se cyanosent, parce que le sang y séjourne trop longtemps. Alors, dans les points éloignés du cœur et moins favorisés quant à la constance de la température locale, il y a refroidissement du sang et accumulation d'acide carbonique. Les globules rouges, devenus moins résistants, se détruisent. L'hémoglobine, ne pouvant être utilisée en entier, apparaît dans les urines.

Quant à la cause du changement du côté des centres vaso-moteurs, elle est mal connue. L'altération des organes hématopoiétiques dépendrait, pour Murri, de la syphilis.

Pour Erlich, la paroi des capillaires, sous l'influence du froid, secréterait une substance pouvant dissoudre les globules.

M. Henrot a trouvé des pigments biliaires dans l'urine de ses malades et a rattaché la maladie à la présence, dans le sang, de certains principes biliaires en excès.

Ainsi que le dit M. Giraudeau (1), il faudrait, pour que la théorie de l'hémoglobinhémie toxique soit applicable à l'hémoglobinurie paroxystique : 1° que l'on ait constaté, dans cette dernière, l'existence de l'hémoglobinhémie; 2° que l'on ait trouvé l'agent producteur de l'altération globulaire.

L'existence de l'hémoglobinhémie n'est rien moins que prouvée. Dans beaucoup d'observations, on ne la mentionne pas, et dans d'autres on note, au contraire, que le sérum est normal. Lépine, Salle, Erlich ont constaté l'hémoglobinhémie, mais ils ont peut-être négligé une cause d'erreur, sur laquelle M. Hayem a attiré l'attention. En premier lieu, chez un malade (celui de M. Mesnet), il a constaté que le sérum était coloré dans l'intervalle des accès, de même que pendant leur cours. Évidemment, si les globules rouges se dissolvaient continuellement dans le plasma, il y aurait une anémie à marche progressive, tandis « qu'elle est simplement proportionnelle aux décharges d'hémoglobine par les urines, décharges qui équivalent à une certaine perte de sang ». Les pertes se réparent rapidement si le malade évite les accès par le séjour à la chaleur. De plus, il n'y a qu'une différence faible ou inconstante entre la coloration du sérum pendant les accès ou dans leur intervalle.

Cependant le sang est certainement altéré et cette altération, qui porte sur le plasma, se traduit par la redissolution du caillot. Cette redissolution ne se produit qu'au moment des accès, donc l'altération est à son maximum à ce moment; mais les globules sortis des vaisseaux (voir plus haut) s'altèrent aussi dans leur intervalle, donc elle existe d'une façon permanente.

« Voici ce qui doit se passer. Le plasma du sang circulant ne dissout pas les globules rouges. Mais dès que le sang est sorti des vaisseaux, ce plasma fournit, pendant la coagulation, un sérum qui est anomal et qui attaque un certain nombre d'hématies pour en faire transsuder l'hémoglobine. Dès que ce sérum a acquis de nouvelles qualités physiques par suite de cette dissolution, il devient de nouveau propre à conserver les hématies et le processus s'arrête. »

Du reste, l'altération du sang ne produit l'hémoglobinurie que d'une manière indirecte et la participation des reins est nécessaire à la réalisation du phénomène. L'alté-

(1) Lichtheim. *Volkmann's Sammlung*, 1878, n° 134.
(2) Revue de Ramlot. *Revue mensuelle*, 1880, p. 735.

(1) Giraudeau. *Archives de médecine*, septembre 1889.

ration du sang serait peut-être cause de la sensibilité excessive des malades au froid ; elle entretiendrait peut-être, par l'intermédiaire du système nerveux, un état particulier de réaction au froid (Hayem). Nous reviendrons tout à l'heure sur le rôle que M. Hayem accorde au rein.

M. Lépine a soutenu, en 1888, la réalité de l'hémoglobinhémie (1). Il a rappelé les constatations de Kuessner, de Du Cazal, et l'expérience de la ligature du doigt que nous avons citée plus haut. Il s'est appuyé aussi sur les recherches de M. Rodet, qui a vu que les globules rouges d'un hémoglobinurique, retirés par piqûre, ne se dissolvaient pas même à 22 degrés centigrades. Ce résultat, au premier abord paradoxal, s'explique parfaitement, dit M. Lépine, si l'on réfléchit que les globules sont passés à l'état de cadavres et que leur résistance au froid a pu augmenter, alors qu'ils perdaient leur vitalité. L'expérience d'Erlich est probante, parce que les globules sont détruits dans les vaisseaux. Dans la discussion qui a suivi, à la Société médicale des hôpitaux, la lecture de la lettre de M. Lépine, M. Hayem a fait remarquer qu'il était très difficile de recueillir un sérum absolument sans globules rouges et sans hémoglobine (remarque faite, du reste, par M. Lépine lui-même), que, par suite, les observations dans lesquelles on a trouvé un sérum normal ont une valeur tout autre que celles dans lesquelles on a trouvé un sérum coloré et qu'enfin, l'absence de l'hémoglobinhémie était démontrée dans un cas d'hémoglobinurie paroxystique. Ainsi qu'il résulte de son observation, il y a lieu d'admettre qu'elle manque toujours, car la maladie est toujours une en clinique. On ne peut admettre que les globules rouges soient plus vulnérables en dedans qu'en dehors des vaisseaux, car beaucoup d'observations prouvent le contraire.

3. *Théorie parasitaire.* — M. Babès a prouvé l'existence de bactéries dans l'hémoglobinurie intermittente du bœuf, Chez l'homme, les recherches de ce genre sont restées infructueuses (Hayem et Lepage).

Peut-être certains cas d'hémoglobinurie sont-ils dus à des parasites d'un ordre plus élevé. Schreiber-Stuhlweissenburg a décrit un ver microscopique dans une urine hémoglobinurique. Il provenait plutôt des organes génitaux de la malade que des organes urinaires. Baginsky, dans un cas observé chez un enfant de trois ans et demi, a trouvé des vers qui seraient, d'après Virchow, une variété de nématodes et causeraient les accès.

4. *Théorie rénale.* — La théorie rénale a été défendue par un grand nombre d'auteurs qui, du reste, ont interprété les phénomènes qui se passeraient au niveau du rein, de façon fort différente.

Pour Stephen Mackensie, il y aurait, au moment des accès, un spasme cutané, rejétant le sang dans les viscères et surtout dans le rein. Comprimés dans les glomérules, les globules y seraient détruits et leur matière colorante passerait dans les tubes urinifères.

Rosenbach n'a pas vu d'altération des globules pendant les accès, non plus que de coloration anomale du sérum ; il croit à une cause provocatrice, telle que le froid, agissant concurremment avec une maladie du rein ; une maladie du sang ne lui paraît pas probable.

M. Lépine soutient que l'hémoglobinurie peut être de cause rénale, sans adjonction d'aucun état général (1). Pour le prouver, il introduit une canule dans les deux uretères d'un chien. Les deux conduits sont soumis à une pression d'environ 60 centimètres, d'un côté avec de l'eau stérilisée et de l'autre avec de l'urine ammoniacale. Après trois heures de compression, l'urine s'écoulant du côté de l'eau stérilisée est normale, celle s'écoulant de l'autre côté est rouge noir par hémoglobinurie. Comme les globules se conservent bien dans l'urine ammoniacale, ce ne peut être celle-ci qui les a détruits.

D'autre part, quand, à la suite d'une congestion rénale, les hématies ont passé dans les glomérules, elles se trouvent en contact avec une urine très diluée, ou plutôt avec un liquide très riche en eau qui n'est pas encore de l'urine. Et, en général, l'addition à une urine d'une assez grande quantité d'eau, la rend capable, à la température de 10 degrés, de détruire en peu de temps les globules rouges. Quand ces derniers arrivent dans les voies urinaires à leur origine, leur dissolution est inévitable ; mais dès qu'une quantité suffisante de plasma a transsudé, ceux qui arrivent échappent à la destruction. Pour expliquer pourquoi, chez le plus grand nombre des brightiques, il y a hématurie et non hémoglobinurie, M. Lépine admet ou bien que les globules ne passent pas à l'origine des voies urinaires, ou bien qu'ils sont accompagnés d'une quantité suffisante de plasma (2). Ainsi donc, pour M. Lépine, l'hémoglobinurie paroxystique pourrait être due à l'hémoglobinhémie ou à un processus rénal. Notons que, dans le fait du médecin de Lyon, d'après lequel il admet la participation du rein, le malade était atteint depuis longtemps de néphrite interstitielle.

M. A. Robin admet l'existence de deux facteurs. Il y a tout d'abord une altération de la nutrition, préparatoire, qui diminue la vitalité et la résistance des globules rouges. Cette altération de la nutrition relève de causes très diverses : syphilis, impaludisme, uricémie, etc. Puis, au moment de l'accès, survient une poussée congestive rénale, passagère, directe et réflexe. Alors, globules blancs et globules rouges tombent dans la capsule de Bowman et le tissu conjonctif inter-tubulaire. Les globules blancs, cellules indifférentes, résistent ; les globules rouges, cellules spécialisées et rendues débiles, succombent quand elles sont privées de leur plasma et placées dans un milieu anomal.

M. Rendu (3) a objecté à M. Robin, que bien souvent l'état de santé des malades était excellent au moment où se produisaient les crises d'hémoglobinurie.

Pour M. Hayem, « au moment où éclatent, sous l'influence du froid, les violentes perturbations vaso-motrices qui se traduisent par le refroidissement des artères périphériques, le sang se porte en abondance dans les organes internes et notamment dans le parenchyme rénal. La flexion du rein se juge, en quelque sorte, tantôt par une simple poussée d'albuminurie, tantôt par une décharge d'albumine dissoute, et il est vraisemblable que cette variabilité dans la solution de la crise dépend, non seulement de l'intensité de la congestion, mais aussi du degré plus ou moins marqué de l'altération du sang; on peut penser, en effet, que cette altération est de nature à augmenter sous l'influence du re-

(1) Lépine. *Bulletin médical*, 1888.

(1) Lépine. *Revue mensuelle*, 1888, p. 729.
(2) Lépine. *Revue mensuelle*, 1888, p. 729.
(3) Rendu. Société médicale des hôpitaux, 25 mai 1888.

froidissement de la surface du corps et que, par suite, elle est d'autant plus prononcée que ce refroidissement est plus vif et plus durable. Peut-être aussi cette modification chronique du sang provoque-t-elle la dissolution d'un certain nombre de globules rouges lorsque le sang est en stagnation dans le réseau où siège la congestion. »

5. Peut-être (Hénocque) le développement, la transformation, l'évolution des globules rouges peuvent-ils être troublés par l'intermédiaire du symptôme nerveux. On pourrait peut-être s'appuyer pour admettre cette pathogénie sur les cas dans lesquels l'hémoglobinurie est produite par l'injection sous-cutanée d'iode, de glycérine en très petite quantité, de telle sorte que la destruction glandulaire locale ne suffit pas pour expliquer la présence de l'hémoglobine dans l'urine.

M. Barth avait admis, dans l'hémoglobinurie paroxystique, l'existence d'une névrose vaso-motrice.

b. Hémoglobinuries symptomatiques. — Il est certain que, dans beaucoup de ces hémoglobinuries, il s'agit de congestions rénales aiguës. Le fait est au-dessus de toute contestation dans un cas de M. Robin et un autre de M. Hayem. Dans ce dernier il y avait une néphrite congestive rhumatismale, s'accompagnant d'autres manifestations du rhumatisme articulaire aigu, et caractérisée par la persistance de l'albuminurie, l'émission de cylindres rénaux et l'excrétion de globules blancs assez nombreux. Nous avons déjà rapporté les résultats de l'autopsie de la malade de M. Robin, qui a aussi observé deux cas de congestion rénale aiguë rhumatismale avec hémoglobinurie (1).

Pour M. Robin, la poussée fluxionnelle rénale persiste parfois, l'hémoglobinurie dure alors plusieurs jours et est le premier symptôme de la congestion rénale aiguë primitive qu'il a décrite ; ou cette congestion se résout rapidement, ou elle est le premier acte d'une néphrite congestive.

Il faut faire remarquer ici que, ainsi que nous l'avons montré plus haut, le passage de l'hémoglobine à travers le rein détermine parfois des lésions très graves du côté de ce viscère. Il faudra donc se garder de prendre pour une lésion antécédente ce qui ne sera peut-être qu'une lésion consécutive.

Pourquoi les lésions rénales qui, habituellement, s'accompagnent d'hématurie, provoquent-elles parfois l'hémoglobinurie ? On n'en sait rien. Peut-être, dans le cas de rhumatisme, il y a-t-il irritation de l'organe par l'élimination de substances toxiques accumulées (Hayem). Mais le fait n'est rien moins que prouvé.

La fluxion rénale pourrait sans doute expliquer l'hémoglobinurie suite de traumatisme (deux cas).

Les hémoglobinuries des maladies infectieuses, telles que celle de l'ictère grave (Ballet), se relient aux hémoglobinuries toxiques.

c. Hémoglobinuries toxiques. — Les hémoglobinuries toxiques s'expliquent facilement, car alors il y a hémoglobinhémie. L'acte rénal n'est plus nécessaire (Robin) et les altérations de ce côté sont secondaires à l'élimination de l'hémoglobine ou à celle des substances toxiques.

L'injection expérimentale, intra-vasculaire, de liquides non toxiques, contenant l'hémoglobine dissoute ou dissolvant les hématies, a les mêmes effets. L'injection d'une quantité considérable d'eau distillée portée à la température du corps dans les veines d'un chien, provoque l'hémoglobinurie. Il en est de même des injections de sang dissous de la même espèce, des sérums et des sangs étrangers. Dans ces dernières expériences, il survient, du reste, des phénomènes très complexes (Hayem).

Dans les brûlures, Ponfick a admis que les globules se fragmentent et que leur matière colorante passe dans le plasma.

(1) Robin. Loc. cit., 10 février 1888.

V

Un grand nombre de traitements ont été employés dans l'hémoglobinurie paroxystique, et presque toujours, il faut le dire, d'une manière empirique.

M. A. Robin a fait remarquer que, pour guérir la maladie, il fallait avant tout chercher sa cause prédisposante probable. Cette dernière étant très variable, il conviendra de varier aussi le traitement. Quand il y aura syphilis, on recourra au traitement spécifique. Dans le paludisme on emploiera le quinquina et le sulfate de quinine ; s'il y a anémie, les toniques et les ferrugineux ; s'il y a anorexie, le régime, les benzoates et l'acide arsénieux.

Il faudra éviter la congestion rénale par tous les moyens possibles. En tête des indications se place celle d'éviter le froid. Barlow, Ralfe avaient essayé, par des pratiques diverses, d'habituer leurs malades à supporter l'eau progressivement refroidie. En général, ce traitement ne donne pas de bons résultats.

Il faut supprimer les boissons alcooliques et défendre les aliments oxaliques, tels que les groseilles et les tomates, ceux qui sont riches en matières extractives, comme les viandes marinées, enfin ceux qui agissent spécialement sur le rein, thé, café, asperges, etc.

Au moment des paroxysmes les malades doivent garder le lit et être maintenus au régime lacté.

Le traitement des autres variétés d'hémoglobinurie se déduira facilement des indications précédentes et se confondra, du reste le plus souvent, avec celui des maladies ou des intoxications qui auront donné naissance au symptôme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mai 1890. — Présidence de M. Nicaise.

COMMUNICATIONS

Myomectomie. — **M. MARCHAND** fait remarquer, à l'occasion de la dernière communication de M. Bouilly, que la myomectomie n'est pas applicable à tous les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus. Le fibro-myome s'infiltre dans la paroi utérine, de telle sorte qu'il est impossible d'énucléer la tumeur fibromateuse. L'opération qu'a faite M. Bouilly ne peut donc s'appliquer qu'à des cas assez rares.

M. TERRILLON avait diagnostiqué la présence d'un fibrome intra-utérin à large pédicule. Il était arrivé à ce diagnostic en se servant de l'hystéromètre. M. Terrillon voulut faire l'opération préconisée par M. Bouilly dans la dernière séance.

Après avoir pratiqué la laparotomie et avoir mis à nu l'utérus, M. Terrillon tenta d'appliquer le lien en caoutchouc pour assurer l'hémostase provisoire. Mais les ligaments larges étaient tellement tendus, qu'il fut impossible d'exécuter cette manœuvre. On

dut sectionner chaque ligament large séparément. On posa des ligatures sur ces ligaments de façon à les libérer de leurs insertions utérines. On put ainsi poser le tube en caoutchouc sur l'utérus. La section sus-vaginale fut ensuite pratiquée et on réduisit le pédicule avec le tube en caoutchouc. Cette méthode de traitement du pédicule des fibro-myomes a déjà donné d'excellents résultats à M. Terrillon.

Dans le cas dont il s'agit, l'examen de la pièce a démontré que l'on n'aurait pas pu faire l'opération proposée par M. Bouilly.

Amygdalotomie. — M. QUÉNU ne comprend pas qu'on fasse encore l'amygdalotomie. Il a pratiqué, à l'hôpital de Levallois-Perret, 150 cautérisations ignées sur des amygdales augmentées de volume. Le thermocautère n'est pas propice à ce genre de cautérisation. Le galvano-cautère est bien préférable. Il faut avoir soin d'enfoncer profondément la pointe dans le tissu amygdalien.

On répète les séances toutes les deux ou trois semaines. Trois séances suffisent ordinairement pour amener la guérison.

M. CHAUVEL a fait 60 amygdalotomies chez l'adulte, et n'a jamais eu d'accidents. La cautérisation ignée n'est pas pratique. Il est beaucoup plus commode de faire subir aux militaires l'amygdalotomie, que de les traiter par de longues séances galvano-caustiques.

M. MARC SÉE n'a jamais vu l'amygdalotomie produire d'accidents graves. Il a coupé un assez grand nombre de tonsilles avec le vieil amygdalotome de Chassaignac. C'est encore le meilleur instrument pour cette opération.

M. QUÉNU déclare que certains individus qui avaient été opérés sont morts d'hémorrhagie. L'amygdalotomie peut causer un autre accident grave. Le tonsille coupé tombe parfois dans le larynx.

M. VERNEUIL est partisan de l'amygdalotomie, quand il s'agit d'un enfant ayant de grosses amygdales. Mais, pour pratiquer cette opération, il faut suivre rigoureusement les règles qui ont été posées il y a déjà près de cinquante ans.

Dans certains cas, M. Verneuil fait volontiers l'amygdalotomie avec le bistouri. Cet instrument permet d'apprécier exactement les parties que l'on coupe. L'opération n'est pas escamotée, pour ainsi dire, comme cela se fait avec l'amygdalotome. Avec le bistouri on enlève ce que l'on veut.

M. Verneuil s'adresse aux cautérisations ignées quand le patient est un adulte. Les hémorrhagies sont à redouter, lorsqu'on coupe l'amygdale avec un instrument comme le bistouri ou l'amygdalotome.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE est du même avis que M. Verneuil. Chez les adultes, il ne faut pas pratiquer l'amygdalotomie, même quand le tonsille est blanchâtre et scléreux.

Dans une circonstance, M. Lucas-Championnière enleva une amygdale à un homme solide. Il pensa qu'il était prudent de ne sectionner qu'un des tonsilles. Il se félicita par la suite de sa prudence, car l'opéré faillit mourir d'hémorrhagie. Chez l'adulte, on doit être circonspect. M. Lucas-Championnière a assisté à un accident grave à la suite d'une opération de ce genre. On connaît l'histoire funeste de cet étudiant en médecine qui s'était fait enlever l'amygdale. Il mourut d'hémorrhagie.

M. MARC SÉE déclare qu'il a surtout opéré des enfants et que ses réflexions sur l'amygdalotomie visent des sujets encore jeunes.

Étuve pour pansements. — M. QUENU. On sait combien la stérilisation est difficile à réaliser. On emploie deux procédés de stérilisation : la chaleur sèche ou la chaleur humide sous pression.

La chaleur sèche est condamnée par les expériences de M. Strauss et d'autres bactériologistes. Pour obtenir une stérilisation par la chaleur sèche, il faut arriver à une température extrêmement élevée. C'est ainsi qu'une couverture de laine exposée à une forte chaleur présentait à son centre une température bien inférieure à celle de la périphérie. Avec la chaleur sèche, on a des inégalités de température incroyables. Dans un point l'ouate est roussie, ailleurs elle est toute blanche. Ici, la température s'élève à 130 degrés, plus loin elle est à 100 degrés.

La chaleur humide sous pression est bien supérieure. Mais cette méthode de stérilisation a des inconvénients, quand il s'agit de pièces de pansement à stériliser. Dans ces cas, le but à atteindre est double. Il faut : 1° stériliser par la chaleur humide sous pression ; 2° sécher les pièces du pansement.

M. Quenu présente un appareil construit par M. Soreil. Cet appareil permet de stériliser les pansements par la chaleur humide sous pression et de sécher immédiatement les différentes pièces de pansement. Les résultats obtenus sont bons. Les pièces de pansement, les vieux cathéters soumis à la stérilisation dans cet appareil ne contiennent plus de micro-organismes ; les cultures restent stériles, quand on cherche à ensemencer les micro-organismes qui pourraient exister sur ces différents objets.

Grâce à cette méthode de stérilisation, on peut se passer de pansements antiseptiques. On peut employer de l'ouate, de la gaze simple, etc. Il suffit de les faire passer dans le stérilisateur.

M. TERRILLON se sert d'un autoclave ordinaire. Mais il n'a pu obtenir une méthode pratique pour stériliser les instruments en acier. Ceux-ci s'oxydent.

De l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale aiguë. — M. ROUTIER a commencé par donner lecture des observations qui servent de base à son travail.

Première observation. — En janvier 1890, M. Routier est appelé à Lariboisière pour opérer une femme qui était atteinte d'obstruction intestinale depuis deux jours et demi. Dix ans auparavant, cette femme avait eu une péritonite après ses couches, et, depuis lors, présentait une constipation habituelle. La malade souffrait au niveau du colon transverse, ne rendait ni gaz ni selles et avait des vomissements fécaloïdes. Le facies exprimait l'angoisse. 37°6 de température, la langue était humide, le ventre météorisé sur toute sa surface. Du côté droit, on sentait une induration. Le toucher vaginal faisait reconnaître l'existence d'un gros utérus.

M. Routier fait le diagnostic d'étranglement interne et pratique la laparotomie.

Après l'incision du péritoine, il s'écoule du liquide ressemblant à du bouillon sale. Les intestins sont distendus et congestionnés. On sent, à l'endroit où on avait perçu l'induration, un corps tendu, dur, comparable à un demi-disque de bois situé devant la colonne vertébrale.

En dévidant l'intestin, M. Routier s'aperçoit, à un moment donné, d'une résistance. L'intestin semble engagé dans un trou que l'on peut comparer à un collet herniaire. La traction progressive permet de faire sortir de ce trou une certaine quantité d'intestin se gonflant immédiatement après. Ce travail terminé, il fut impossible de trouver la cause de cet étranglement et d'expliquer l'existence du disque constaté par la palpation, lors de l'examen de la malade. Celle-ci ne tarda pas trop à guérir, malgré une broncho-pneumonie intercurrente.

Deuxième observation. — Le 18 novembre 1889, M. Routier fut appelé auprès d'un interne des hôpitaux. Trois jours auparavant, cet interne avait fait un repas copieux et avait eu des douleurs dans le ventre.

Le ventre était ballonné, douloureux. Pas de gaz ni de selle, le malade pensa que la laparotomie était indispensable.

L'état de cet interne était sérieux. La température était assez élevée : 39 degrés ; la langue sèche. Les vomissements étaient apparus. Le facies était grippé, le pouls filiforme. Le toucher rectal faisait reconnaître, à une grande hauteur, un cylindre d'imagination. Mais cette sensation n'était pas assez nette pour que l'on put affirmer ce diagnostic.

L'électricité a eu raison de cette occlusion. Un lavement électrique donna lieu à une débâcle.

Troisième observation. — Le 22 mars 1890, M. Routier est consulté par une Américaine, âgée de quarante-sept ans, et qui venait de faire la traversée de New-York au Havre. Elle avait souffert du mal de mer après son débarquement. Le 18 mars, elle

ressent des douleurs dans le ventre ; elle a des vomissements et les selles se suppriment. Le ventre est peu ballonné. La douleur existe dans le bas-ventre à la pression. En un point, on constate de l'empâtement en forme de boudin. Le toucher rectal et le toucher vaginal font reconnaître l'existence d'un petit fibrome utérin et d'un empâtement simulant un hématocèle et siègeant à gauche. Tous les signes présentés par la malade faisaient penser à une obstruction par des matières fécales. Le lavement électrique, qui fut administré à cette dame, lui permit de rendre quelques gaz. Mais, le lendemain, l'état était le même. On fit la laparotomie. Un anus artificiel allait être pratiqué. Le contenu de deux siphons d'eau de seltz fut lancé dans le rectum. On s'aperçut qu'il existait des adhérences entre les anses intestinales. Il y avait de la péritonite purulente. Le lavage abdominal fut pratiqué. Les annexes utérines du côté gauche étaient malades. Mort, vingt-quatre heures après.

Quatrième observation. — Un homme de trente-six ans présentait des signes d'occlusion intestinale depuis huit jours. Le lavement électrique ne donne aucun résultat. La laparotomie fait reconnaître l'existence d'une masse dure qui siégeait au niveau du détroit supérieur. Les manœuvres déterminent la production d'une perforation intestinale. La mort ne tarde pas à survenir. Il s'agissait d'un cancer annulaire de l'S iliaque.

Ces cas invitent M. Routier à étudier le diagnostic et le traitement de l'obstruction intestinale.

Le diagnostic est très difficile. Le facteur qu'il importe le plus de connaître est la cause de l'obstruction aiguë. Or, aucun signe ne donne une certitude sur la cause qui a donné naissance aux phénomènes d'obstruction.

L'étude des observations permet de reconnaître que le diagnostic est rarement fait. Sur une statistique de 64 cas, le diagnostic avait été fait 2 fois seulement.

Tous les symptômes sont trompeurs. La douleur, qu'elle soit aiguë ou peu marquée, ne donne pas des renseignements sur la cause de l'arrêt des matières. La date d'apparition et la nature des vomissements ne sont pas plus démonstratifs. Le tympanisme n'indique pas le siège de l'obstruction. La fièvre est un phénomène incertain et trompeur.

En somme, le diagnostic est douteux dans un très grand nombre de cas.

Les chirurgiens se sont divisés bien à tort en deux camps : les laparotomistes et les entérostomistes. M. Berger préférait l'entérostomie, il y a quelque temps. M. Tillaux pensait que la laparotomie devait être dirigée contre les obstructions aiguës et l'entérostomie réservée à l'obstruction à marche lente. M. Verneuil disait que, dans les cas douteux, alors que le diagnostic n'était pas fait, on devait pratiquer l'entérostomie. D'autres chirurgiens, et Trélat en particulier, préconisaient justement la pratique inverse. Dans les cas où le diagnostic n'était pas ferme, il fallait faire la laparotomie.

Dans une statistique portant sur 328 laparotomies, on a trouvé que la mortalité était de 68 p. 100. Sur une statistique de 62 entérostomies, on a relevé 48 p. 100 de mortalité. Donc, a-t-on dit, la laparotomie est plus grave. Cette conclusion ne peut être adoptée pour plusieurs raisons. La laparotomie est trop souvent faite *in extremis*.

M. Routier pense qu'il faut proscrire les purgatifs de la thérapeutique de l'occlusion intestinale. Il faut avoir recours rapidement au lavement électrique et, s'il ne donne pas un bon résultat, il faut intervenir plus activement et faire la laparotomie.

M. Routier est partisan du lavage de l'estomac avant la chloroformisation. Ce lavage débarrasse l'estomac des liquides abondants qui s'y trouvent et qui pourraient être rejetés par des efforts de vomissements et tomber dans le larynx. Certains auteurs pensent que ce lavage diminue le météorisme.

LECTURE

Obstruction de la trompe d'Eustache. — M. MONDOZA lit un travail sur ce sujet.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Énorme tumeur du mésentère. — M. TERRIER a fait une laparotomie pour une grosse tumeur recouverte d'une anse intestinale. Incision d'un long bout d'intestin. Anus contre nature. On pose une ligature sur le pédicule de la tumeur. Des hoquets et des vomissements noirâtres apparaissent. Mort le troisième jour.

L'autopsie ne fit pas reconnaître la cause de la mort. La tumeur pesait 25 livres.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les Rêves, physiologie et pathologie (1), par M. le docteur Ph. TISSIÉ (de Bordeaux).

M. le docteur Ph. Tissié (de Bordeaux) publie, dans la « Bibliothèque de philosophie contemporaine », sous le titre : « Les Rêves, physiologie et pathologie », un très intéressant volume dans lequel il étudie la formation des rêves dans les sommeils naturel, maladif et hypnotique. Il établit l'influence du rêve sur l'idéation et sur les actes accomplis à l'état de sommeil et à l'état de veille ; puis, il montre le rapport intime qui existe entre le sommeil et les rêves, les hallucinations, le dédoublement de la personnalité, l'auto-suggestion, la suggestion et le rappel des mémoires.

Il y a quelques années, l'auteur s'est trouvé en présence d'un sujet atteint de somnambulisme diurne, et l'a signalé dans son livre les « Aliénés voyageurs ». A la suite d'un rêve fait pendant la nuit, ce jeune homme abandonnait le lendemain sa famille et ses intérêts, et partait de chez lui enveloppé dans son rêve, marchant à l'aventure pendant des mois entiers. Le rêve actif ou non étant le caractère dominant de l'état maladif de ce jeune homme, M. Tissié a été conduit à faire l'étude de cette manifestation intellectuelle et il l'a faite complète, recueillant de nombreuses observations autour de lui, et en faisant sur lui-même.

Le travail de M. Tissié s'adresse également au légiste, au psychologue et au médecin; une préface de M. le professeur Azam présente son livre comme un de ceux qui feront avancer la science, grâce aux conséquences hardies que l'auteur tire de ses observations, grâce à la méthode qu'il a suivie, appuyant les études de la psychologie sur celle des troubles cérébraux, méthode qui a donné déjà de si beaux résultats à M. Ribot dans ses livres sur les maladies de la mémoire, de la volonté et de la personnalité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Doze (de Draguignan) est nommé officier d'Académie.

— M. le docteur Terrillon, agrégé, commencera, à l'hospice de la Salpêtrière, ses leçons sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, le mercredi 14 mai 1890, à dix heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Visite des malades à neuf heures du matin. Opérations le mardi et le samedi.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

(1) 1 vol. in-18 (Bibliothèque de philosophie contemporaine). Prix : 2 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8** fr. **50.**	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. »	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOPITAL NECKER. — M. RENDU.

Tremblement hystérique à forme de sclérose en plaques.

(Leçon clinique recueillie par M. le docteur LEFLAIVE, ancien interne des hôpitaux.)

Vous avez vu récemment entrer, dans notre service, un homme dont tout le corps était agité par un tremblement. Ce malade, âgé de trente-huit ans, nous arrivait d'Auxerre, après avoir été soigné pendant un an à l'hôpital de cette ville. Ce tremblement n'était pas continuel : il était nul au repos pendant le sommeil. Il apparaissait à l'occasion des mouvements et s'exagérait sous l'influence des émotions. Quand le malade était debout, tout le corps paraissait animé de petites oscillations, dont le centre semblait être aux genoux; les mollets paraissaient être dans un état de contraction réflexe de demi-contracture.

Pendant la marche, les oscillations étaient bien plus marquées, mais on n'observait ni la démarche des ataxiques, ni le steppage, ni le talonnage : en un mot, le malade restait parfaitement maître du degré d'impulsion à donner à ses membres; il était toutefois rapidement fatigué. Je vous signale, en passant, l'absence du signe de Romberg.

Au repos, les membres supérieurs ne présentaient aucun tremblement ; mais dans les mouvements, dans l'action de saisir un verre, les oscillations apparaissaient, assez petites d'abord, puis de plus en plus grandes, à tel point que, dans les premiers temps de son séjour, il lui était impossible de porter le verre à sa bouche pour boire. Tout cela s'est atténué maintenant, et la trépidation ne devient intense que quand il est fatigué. Je vous fais remarquer qu'il n'a jamais présenté de tremblement vrai des doigts, mais seulement des oscillations communiquées.

Dans les mouvements que l'on imprimait à ses membres, on sentait une résistance, une raideur, une sorte de contracture. Nous n'avons constaté, sur le corps, aucune anesthésie, aucune hyperesthésie, ni à la douleur, ni au contact, ni à la température. Les réflexes, tant plantaires que rotuliens, étaient exagérés et, en relevant brusquement la pointe du pied, on déterminait une trépidation intense et prolongée. A la face cependant, on trouvait, et on trouve encore, une plaque d'anesthésie commençant à l'aile gauche du nez, intéressant la bouche et s'arrêtant brusquement au menton ; elle remonte un peu vers la région temporale, mais ne s'étend pas vers la branche montante du maxillaire inférieur. Vous voyez que cette plaque ne correspond pas au territoire de distribution d'un nerf. Il existe aussi de l'anesthésie pharyngienne.

Cet homme est peu intelligent ; il était vigneron dans l'Yonne. Sa parole est un peu bredouillée, mais elle n'est ni lente ni saccadée, et elle n'est peut-être que la traduction de son état mental. Quand il est entré, sa vue était altérée ; il avait de la polyopie, ce qui a disparu. Il ne présente plus que de la diminution de l'acuité et un léger rétrécissement du champ visuel du côté gauche ; du même côté, il entend moins nettement. Sa santé générale est bonne, et il n'accuse aucun autre trouble fonctionnel.

Quelle est l'affection qui cause ce tremblement ? Les alcooliques sont souvent des trembleurs, et notre malade avoue boire parfois immodérément. Mais le tremblement alcoolique se présente sous forme de petites oscillations ; il n'affecte guère que les extrémités et il est porté à son maximum quand les doigts sont écartés par le jeu des interosseux; les muscles de la face, la langue tremblent aussi, tandis que notre homme offre un masque presque immobile.

Nous pouvons éliminer l'idée de tremblement toxique mercuriel ou saturnin, puisque le malade a toujours travaillé à la terre. Le tremblement mercuriel ressemble bien au tableau que je viens de vous esquisser ; mais, outre la notion professionnelle, il nous manque ici les lésions dentaires et gingivales et la cachexie.

Faut-il incriminer la syphilis ? Cet homme, en 1873, a eu un chancre, une roséole et des plaques muqueuses ; aussi, à l'hôpital d'Auxerre, on l'a soumis au traitement spécifique, mais sans résultats. La syphilis ne cause guère de tremblement : elle donne plutôt lieu à des paraplégies, à des accidents de myélite diffuse. On pourrait cependant supposer des lésions vasculaires engendrant une sclérose en plaques, qui serait ainsi d'origine syphilitique ; M. Marie a montré que la sclérose en plaques succède souvent à une maladie infectieuse ayant causé une endartérite diffuse. C'est tout à

fait improbable après la syphilis, et, du reste, le traitement spécifique a été absolument inefficace.

La paralysie agitante a un tout autre aspect : les oscillations se montrent au repos, pour disparaître dans les mouvements volontaires; elles n'existent qu'aux membres supérieurs et ont, généralement, une apparence intentionnelle ; les sensations de chaleur, les douleurs rhumatoïdes, les déformations articulaires, la démarche spéciale, etc., font ici complètement défaut.

Il est bien plus difficile de différencier, de la sclérose en plaques, le tableau morbide que je vous ai esquissé ; nous en retrouvons la plupart des caractères : absence de tremblement au repos, oscillations graduellement croissantes, troubles sensitifs ou sensoriels imputables à des plaques cérébrales, tendance à la contracture, altérations de la parole et de la vue, exagération des réflexes, absence de troubles trophiques. L'analogie est grande. Cependant la parole n'est pas lente, scandée, péniblement articulée; le nystagmus et la diplopie manquent ; enfin, je vous rappelle que toute la maladie infectieuse fait défaut dans les antécédents, sauf la syphilis qui, je vous l'ai dit, ne doit pas être mise en cause. Mais comme il est des scléroses en plaques, à tableau incomplet, à marche lente, on aurait posé ce diagnostic sans hésitation, il y a dix ans. Aujourd'hui, nous devons penser aux faits d'hystérie masculine, de tremblement hystérique, qui sont indéniables, bien que peu connus.

Westphal a publié deux cas ressemblant à de la sclérose en plaques, observés pendant neuf ans l'un et dix ans l'autre, et qui ont donné lieu tous deux à une autopsie négative. Voilà donc une simple névrose, dont le tableau est absolument parallèle à celui d'une maladie à lésions. En 1888, dans le journal anglais *Brain*, Maguir a rapporté l'histoire d'un homme de quarante-neuf ans qui, pendant onze ans, a présenté des symptômes de sclérose en plaques ; malgré l'absence d'autopsie, l'auteur conclut à la simple névrose.

Cet homme avait bien eu la syphilis; son tremblement s'était amélioré sous l'influence de l'iodure de potassium, mais associé au bromure et au chloral. Il eut ensuite une rechute et la guérison fut amenée d'une manière presque complète par les douches, le bromure de potassium, l'opium, les calmants, en un mot. L'auteur anglais nomme ce cas : *pseudo-sclérose en plaques*, et il insiste sur ce que la syphilis ne doit pas être mise en cause.

J'ai eu, l'année dernière, dans mon service, un marin, déjà vieux, mais encore solide et peu artério-scléreux, qui, à la suite d'une forte émotion, était devenu triste et avait été pris de tremblement, surtout dans le membre supérieur droit; il a été guéri en trois semaines par l'hydrothérapie et la valériane. Ces faits démontrent qu'il existe une névrose qui peut simuler les maladies à tremblement. Je crois que cette maladie est l'hystérie : cherchons-en la confirmation chez notre malade.

Nous ne connaissons rien de ses antécédents héréditaires : c'est un enfant naturel. Comme antécédents personnels, dans son enfance, dit-il, il était insubordonné, nerveux, irritable; comme soldat, souvent puni, il a été envoyé aux compagnies de discipline, et a même été mis « en silo ». En 1873, sans cause connue, il a été pris d'une attaque convulsive épileptiforme, avec perte de connaissance et miction involontaire; à la suite, il eut quelque temps un état mental bizarre : il était comme abruti. En 1874, il contracta la syphilis. Les accidents actuels ont débuté il y a un an : il a eu de la céphalalgie, de la somnolence ; le tremblement a été bien plus prononcé qu'aujourd'hui, puisque, à Auxerre, la marche était impossible ; enfin, il a eu des vertiges, des troubles de la vue, tels que défaut de perception des couleurs ; il voyait, dit-il, le parquet rose. Encore aujourd'hui, sa vue n'est pas parfaite et il apprécie mal le violet. Il a eu de petites attaques, avec perte de la connaissance et de la parole.

Comme stigmates d'hystérie, nous avons trouvé : 1° la plaque d'anesthésie de la face ; 2° l'anesthésie pharyngienne ; 3° la polyopie ; 4° un point sensible sous le sein gauche.

Ce qui me détermine encore à ne pas admettre l'existence de lésions, c'est l'amélioration considérable que nous avons vu se produire en huit jours.

Le tremblement hystérique ne revêt pas toujours l'aspect de la sclérose en plaques ; il peut ressembler à la paralysie agitante. A plusieurs reprises, nous avons revu, dans notre service, un homme qui est un hystérique manifeste, avec attaques apoplectiformes ; depuis quelque temps, ses crises prennent davantage l'aspect d'hystérie féminine ; il a, aux membres supérieurs, un tremblement à petites oscillations bien rythmées, mais dont le centre est au poignet et non aux doigts ; son écriture est celle de la paralysie agitante ; j'ai pu l'examiner assez souvent et constater assez de stigmates, pour n'avoir aucun doute sur la réalité de son hystérie.

Un troisième type est celui dont nous avons eu un exemple récent dans le service : c'était un hémitremblement qui se montrait pendant le sommeil et non dans les mouvements.

Je vous signalerai, comme quatrième variété, le tremblement limité à un segment de membre, comme je l'ai observé en ville, chez une jeune fille.

Le tremblement hystérique n'est donc pas une entité morbide, qu'on peut diagnostiquer d'après sa seule forme. En général, son début est brusque et il succède souvent à une émotion ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et il peut survenir progressivement. N'oubliez pas, d'autre part, que les symptômes de la sclérose en plaques ou de la maladie de Parkinson peuvent avoir un début brusque. Le diagnostic s'établira donc, d'après les antécédents et l'existence concomitante de stigmates hystériques.

Son pronostic n'est pas grave au point de vue de la vie, mais on ne peut pas le dire bénin, car on ne peut pas affirmer que la maladie ne durera pas des années comme dans les faits de Westphal. Pour notre malade, j'ai bon espoir, car son amélioration est déjà considérable.

La partie essentielle du traitement sera l'hydrothérapie, à la fois stimulant puissant et moyen sédatif. Je donne à ce malade de la valériane ; malgré ce qu'on a dit, je crois à l'efficacité de ce médicament : il prend une cuillerée à café de valérianate d'ammoniaque tous les matins. Le bromure de potassium est aussi indiqué.

Contre l'hémitremblement, il faudrait avoir recours aux aimants. L'électricité statique, la suggestion, l'emploi du dynamomètre, comme but et mesure d'efforts, sont des moyens à utiliser. Si la névrose était le résultat d'une intoxication métallique (plomb), il y aurait nécessité évidente à changer de profession.

ACTION DES COURANTS CONTINUS ET DU CATHÉTÉRISME

SUR LE NERF PNEUMOGASTRIQUE CHEZ L'HOMME

(Note présentée à la Société de biologie, séance du 10 mai 1890.)

Par le docteur J.-A. FORT,
Ancien professeur libre d'anatomie.

Ayant tracé un sillon linéaire dans la substance d'un rétrécissement œsophagien, situé à 3 ou 4 centimètres au-dessus du cardia, au point où l'œsophage est étroitement embrassé par les deux pneumogastriques et les rameaux du plexus œsophagien, nous avons observé des réflexes sur les nerfs cardiaques, sur les nerfs auriculaires et sur les nerfs de la face.

Dans une *première expérience*, faite le 23 février 1889, avec M. le docteur Brochin, nous avons pris huit éléments de la pile de Gaiffe qui ont donné 10 milliampères, nous avons appliqué le pôle négatif, représenté par une lame de platine, sur la partie inférieure de l'œsophage rétréci, et le pôle positif, large plaque de zinc doublée de peau de chamois, sur le côté gauche du ventre.

L'expérience a duré deux minutes. Nous avons constaté une augmentation du nombre des contractions du cœur et des pulsations de l'artère radiale, qui se sont élevées successivement de 72 à 80, 85 et 90. Il y a eu deux intermittences du pouls. De plus, il y a eu contraction involontaire des muscles de la face, surtout vers la région nasale.

Dans une *deuxième expérience*, faite également avec M. Brochin, le 25 février, nous avons noté ce qui suit :

Prenant seize éléments de la pile de Gaiffe ayant donné 30 milliampères, et l'opération ayant duré une minute et demie, le pôle négatif étant placé dans l'œsophage et le positif à l'hypochondre droit, nous avons constaté une accélération très grande des battements du cœur. Les pulsations ont successivement monté à 84, à 100, à 110, puis à 120. Le pouls est retombé à 80, aussitôt que le courant a été interrompu. Les mêmes contractions involontaires se sont montrées dans les nerfs de la face, et principalement autour du nez.

Une *troisième expérience*, faite à un faible courant, n'a pas donné de réflexes appréciables : huit éléments et 15 milliampères.

Mais, dans une *quatrième expérience*, notre instrument ayant pénétré plus profondément dans les parois de l'œsophage et s'étant rapproché probablement des nerfs pneumogastriques, nous avons noté le phénomène suivant. Le pouls n'a pas subi de changement appréciable, mais, au moment où l'instrument allait être retiré, le malade a éprouvé une douleur très aiguë dans la poitrine, avec irradiation subite aux deux oreilles. La douleur des oreilles était si intense, que le malade y a porté les mains en se plaignant fortement. Ces douleurs sont revenues à plusieurs reprises dans la journée; elles se reproduisent chaque fois qu'on a passé une sonde un peu volumineuse dans le point où était situé autrefois le rétrécissement. Nous avions pris quatorze éléments, obtenu 22 milliampères et placé le pôle positif à la région épigastrique.

Ces réflexes divers sont produits par l'excitation, plus ou moins directe, des filets du pneumogastrique, jusqu'au centre d'origine de ce nerf, ou jusqu'aux ganglions situés sur le trajet du nerf près de son origine. Du centre, l'excitation des cellules se propage de proche en proche dans les cellules du centre moteur du facial et des filets cardiaques du grand sympathique. Quant à la douleur des oreilles, est-elle produite par l'excitation de filets nerveux allant directement du tronc du pneumogastrique au rameau auriculaire ou provenant des parties centrales? Il est difficile de l'affirmer.

Quoi qu'il en soit de cette explication, on peut affirmer que l'excitation des pneumogastriques chez l'homme, à la partie inférieure de l'œsophage, a du retentissement du côté du cœur (grand sympathique), dont elle accélère les battements; du côté des muscles de la face (nerf facial), où elle produit des contractions involontaires, et du côté du tympan (rameau auriculaire), où elle produit des douleurs aiguës.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

I

Traitement du favus. — M. Brocq a posé les règles qui doivent présider au traitement du favus. Voici le résumé du travail que cet auteur a publié dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*.

Traitement général. — Le traitement général n'a que peu d'importance. Cependant, si le sujet est scrofuleux, débilité, on lui donnera des amers, de l'huile de foie de morue, du sirop d'iodure de fer, etc.

Traitement local (favus de la tête). — Il faut, tout d'abord, nettoyer la tête du malade. Dans ce but, on coupe les cheveux ras aux ciseaux, puis on ramollit les croûtes avec de la glycérine, de l'huile d'amandes douces, d'olive, de ricin, de foie de morue pure ou additionnée d'acide phénique ou d'acide salicylique, etc. Si les croûtes sont très épaisses, on applique les corps gras et on met la calotte de caoutchouc pendant toute la nuit. Le lendemain matin, on savonne avec de la décoction de bois de Panama et du savon noir, afin d'enlever les débris qui encombrent la tête.

On peut aussi faire des frictions avec le mélange suivant :

Huile de cade.	5 grammes.
Glycérolé d'amidon	30 —
Savon noir	2 à 3 —

On applique ensuite des cataplasmes mous et enfin on savonne au savon noir.

Lorsqu'on a obtenu un bon nettoyage de la tête, il faut épiler. Si le favus est limité, on pourra se contenter d'une épilation portant sur les régions malades. On doit avoir soin de dépasser de 2 centimètres environ toute la zone des cheveux même suspects.

Dans la majorité des cas, il sera nécessaire d'épiler tout le cuir chevelu. On sera obligé de faire plusieurs séances pour épiler une si grande surface.

Il faudra faire des applications parasiticides au sublimé (300e ou 500e). La pommade au turbeth au 30e ou la pommade de Hardy composée de 1 gramme de camphre, 2 ou 3 grammes de soufre et 30 grammes d'axonge, peut être employée.

Si les frictions parasiticides donnent lieu à un peu trop d'inflammation, on les remplace par des cataplasmes de fécule et des lotions émollientes, ou par des applications de cold-cream, etc.

On pratique une seconde épilation au bout de quatre à six semaines. Mais il faut revenir à la même pratique, aussi souvent que les cheveux sont encore malades. D'ordinaire, les épilations sont de moins en moins étendues, parce que l'affection se limite à des points que l'on reconnaît aisément. La rougeur du cuir chevelu et la desquamation diminuent; les poils n'ont plus leur gaine succulente et ne présentent plus de parasites.

La durée du traitement varie de dix mois à deux ou trois ans. Pour certifier la guérison d'un favique, il faudra le soumettre à une surveillance de trois ou quatre mois, même après la disparition du parasite.

M. Besnier pense que l'épilation suffit à amener la guérison du favus. Il fait épiler, prescrit des savonnages fréquents et enduit la tête d'un corps gras.

TRAITEMENT DU FAVUS DU CORPS. — Les godets sont d'abord ramollis par des applications savonneuses (axonge et savon noir à parties égales; ou soufre, huile de cade et savon noir *áā*). Il faut ensuite savonner énergiquement les godets et les badigeonner avec de la teinture d'iode.

TRAITEMENT DU FAVUS DES ONGLES. — Le procédé le meilleur et le plus radical du favus des ongles consiste à enlever l'ongle malade et envelopper les parties atteintes avec des compresses trempées dans la solution de sublimé.

Mais on a employé des moyens plus doux. On enlève toutes les parties jaunâtres par le grattage et on applique ensuite des parasiticides. Quelques auteurs donnent le conseil d'introduire, partout où on le peut, une pommade au turbeth.

Du régime végétarien au point de vue thérapeutique. — M. Dujardin-Beaumetz a consacré une clinique à l'histoire du régime végétarien. Il commence par établir que les ptomaïnes et les leucomaïnes jouent un rôle considérable dans les phénomènes d'auto-intoxication que présentent beaucoup de malades.

L'embarras gastrique et la congestion du foie semblent être dus à l'accumulation des toxines dans l'économie.

Les symptômes qui se développent dans la neurasthénie gastrique, et ceux que l'on décrit sous le nom d'insuffisance rénale, sont produits par les leucomaïnes et les ptomaïnes.

Dans tous ces états morbides, le régime végétarien n'est-il pas supérieur au régime carné? Le fait est certain, puisque les substances végétales subissent des altérations moins prononcées et moins fréquentes que les substances animales. Celles-ci se putréfient facilement et donnent naissance à des substances toxiques extrêmement nombreuses.

M. Dujardin-Beaumetz examine, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, la valeur nutritive du régime végétarien. Il établit que le lait, les œufs, les végétaux et les fruits, constituent la base d'une alimentation suffisante. Aussi, donne-t-il le conseil de l'imposer toutes les fois que les toxines peuvent s'accumuler dans l'économie par suite du mauvais fonctionnement, soit des reins, soit de l'appareil digestif.

Le régime végétarien est indiqué chez les malades atteints d'insuffisance rénale, causée par une néphrite interstitielle ou catarrhale, etc. Dans la dilatation de l'estomac, chez les neurasthéniques, dans les diarrhées putrides, dans les gastrites aiguës ou chroniques, dans les troubles dyspeptiques proprement dits, dus à des modifications du suc gastrique (hyperchlorhydrie ou hypochlorhydrie); dans la diathèse urique, ce régime donne de bons résultats.

En résumé « si, au point de vue anthropologique et physiologique, l'homme est omnivore et peut, selon le climat et selon les nécessités, vivre, soit d'un régime carné, soit d'un régime mixte, soit d'un régime végétarien; au point de vue thérapeutique, ce dernier régime, appliqué dans nos climats, constitue une médication très importante, qui s'impose dans un grand nombre de cas ».

II

Traitement abortif de la blennorrhagie. — M. le docteur Malécot recommande la pratique suivante : Faire uriner le malade et laver son canal avec une solution faible d'acide borique. L'instillateur à boule olivaire est conduit jusqu'au sphincter musculaire qui sépare l'urèthre antérieur de l'urèthre postérieur. On injecte presque tout le contenu d'une seringue à instillation, remplie d'une solution de nitrate d'argent au 50e (les jours suivants la solution sera au 1/100e ou même au 1/150e). Le méat est fermé par la pression du gland entre le pouce et l'index. La solution est laissée dans l'urèthre antérieur pendant deux ou trois minutes.

Il faut prescrire en même temps au malade des lavages de l'urèthre avec la seringue ordinaire et à canal ouvert. Ces lavages seront pratiqués avec une solution de salicylate de mercure (5 centigrammes pour 100 grammes d'eau à une température de 30 à 40 degrés).

On aura soin d'ordonner au malade de laver son prépuce et son gland avec une solution faible d'acide borique ou de sublimé. Ces lavages seront répétés plusieurs fois dans la journée.

M. Malécot donne six à huit capsules de santal, dès le premier jour. Il a essayé le salol à la dose de 6 grammes par jour, mais ses observations sont trop peu nombreuses pour qu'il lui ait été possible de vérifier la valeur de cet antiseptique.

Grâce à ces moyens, on peut obtenir l'avortement d'une blennorrhagie confirmée, alors même que l'écoulement est abondant et remonte à trois ou quatre jours.

Il faut savoir que ce traitement est parfois infidèle. Il échoue, en effet, chez quelques malades. S'agit-il d'un virus d'une puissance spéciale ou d'une prédisposition constitutionnelle particulière? Ces deux facteurs sont peut-être réunis. (*La Pratique médicale.*)

Recherches sur l'asepsie dans le cathétérisme. — M. Albarran expose, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, les recherches qu'il a entreprises pour obtenir l'asepsie des instruments destinés au cathétérisme.

Les *instruments métalliques* doivent être mis à l'étuve à 150 degrés pendant une demi-heure; ensuite ils peuvent ou non être plongés dans une solution antiseptique. Si on ne possède pas d'étuve, on peut se contenter de plonger les instruments pendant quelques heures dans une solution d'acide phénique à 5 p. 100.

Les instruments en gomme sont plus difficiles à stériliser.

Différents procédés sont employés pour rendre les sondes aseptiques :

1° *Stérilisation par l'acide sulfureux* (appareil de Guyon);

2° *Stérilisation à l'autoclave.* Vingt minutes de séjour de l'autoclave à 120 degrés;

3° *Stérilisation à l'étuve sèche.* Introduction des sondes dans des tubes en verre bouchés à l'ouate. On laisse pendant une demi-heure ces tubes dans une étuve portée à 150 degrés; mais ces procédés nécessitent des appareils spéciaux et ne sont pas très pratiques en clientèle;

4° *Stérilisation par l'ébullition.* Quand on fait bouillir les sondes pendant une demi-heure, on obtient parfois leur stérilisation. Mais ce procédé n'est pas sûr. En cas de nécessité, on peut s'en servir;

5° *Stérilisation par l'alcool et le sublimé.* Injecter de l'alcool à 70 degrés dans l'intérieur de la sonde. Faire ensuite une injection de sublimé à 1 p. 1000 et laisser l'instrument pendant une heure dans le bain de sublimé (solution de sublimé à 1 p. 1000, *sans addition d'alcool*);

6° *Alcool, sublimé, ébullition.* On injecte dans l'intérieur de la sonde de l'alcool à 70 degrés, puis du sublimé à 1 p. 1000; ensuite on fait bouillir pendant vingt minutes l'instrument plongeant bien dans l'eau.

Ce procédé est bon.

Antipyrine dans le traitement de la chorée et du tétanos. — Le docteur Garland (de la Nouvelle-Zélande) a administré l'antipyrine à deux malades, dans des circonstances particulières.

Le premier malade était un enfant de douze ans, atteint de chorée post-rhumatismale. Il avait des spasmes continuels et un certain degré de délire. Après des tentatives diverses, on donna à l'enfant 50 centigrammes d'antipyrine toutes les quatre heures. Dès le lendemain se produisit une amélioration et, trois jours après, on constatait la guérison de la chorée.

Le deuxième malade, qui fut soumis à l'usage de l'antipyrine, était atteint de tétanos. Le médicament sembla diminuer l'intensité et la fréquence des spasmes, mais la mort survint. (*Brit. med. Journ.*)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 8 mai 1890. — Présidence de MM. Hardy et Besnier.

COMMUNICATIONS

Aplasie moniliforme des cheveux et kératose pilaire. — M. HALLOPEAU revient sur ce sujet à propos du procès-verbal : dans la dernière séance, il a présenté un enfant atteint d'aplasie moniliforme des cheveux. MM. Besnier et Brocq avaient fait remarquer que la lésion principale paraissait être la kératose pilaire, sorte de degré léger, congénital et héréditaire d'ichthyose. M. Hallopeau a fait, dans ce sens, une enquête qui l'a amené à des résultats intéressants. Le père de l'enfant, âgé de quarante-neuf ans, sa sœur, une cousine, un cousin et le fils de ce dernier, sont tous atteints de la même affection. Le système pilaire ne se développe que tardivement; la lésion des cheveux et des poils s'atténue avec l'âge. Chez le petit malade présenté à la dernière séance, la lésion ne porte pas seulement sur le cuir chevelu, mais sur l'ensemble du système pilaire. En tout cas, la relation de la kératose et de la malformation moniliforme des cheveux est certaine. L'apparition de cette disposition chez plusieurs des membres d'une même famille appartient bien à la kératose pilaire.

M. Hallopeau s'est donc rangé à l'opinion exprimée par MM. Besnier, Brocq et Hardy.

Traitements nouveaux de l'orchite et, en particulier, traitement par le stypage. — M. DU CASTEL. Le traitement classique de l'orchite, c'était, jusque dans ces derniers temps, le traitement antiphlogistique : cataplasmes, sangsues, frictions mercurielles. L'application des sangsues sur le trajet du cordon et les applications d'onguent mercuriel présentent des inconvénients de divers ordres. Les frictions mercurielles, en particulier, déterminent souvent de l'eczéma. Aussi a-t-on essayé autre chose, et M. Du Castel, médecin de l'hôpital du Midi, a cherché à se faire une opinion personnelle sur les traitements nouveaux.

Comme médication interne, on a proposé le salicylate de soude et la teinture d'anémone pulsatile.

Le salicylate de soude, à la dose de 5 à 6 grammes par jour, produit incontestablement de bons effets; la sédation de la douleur est évidente. La teinture d'anémone pulsatile, à la dose de 30 gouttes par jour, donne aussi de bons résultats; M. Du Castel préfère cependant le salicylate. L'antipyrine n'a pas donné ce qu'on pouvait en attendre. Certains modes de traitement externe, la compression ou suspension par l'ouate et le caoutchouc, l'application de glace sur le scrotum, amènent une diminution notable des douleurs; M. Du Castel leur préfère l'application de chlorure de méthyle par le stypage; il l'emploie depuis quatre ans déjà. Les résultats de cette méthode thérapeutique ont été exposés dans la thèse de M. Duchaussoy (1889). Chaque matin, l'application du chlorure de méthyle est faite à l'aide d'un simple tampon d'ouate; cette application dure de dix à vingt secondes. On doit produire la contraction du dartos et la pâleur de la peau, et suspendre alors la réfrigération. Parfois, on peut faire une séance matin et soir; les malades, très soulagés, réclament eux-mêmes un nouveau stypage. Les sujets, ainsi traités, peuvent sortir de l'hôpital au bout de huit à dix jours. Dans certains cas, la compression ouato-caoutchoutée a été employée en même temps que le stypage; elle permet au malade de se lever et de marcher. Du reste, le stypage seul diminue assez les douleurs pour que des malades de la ville aient pu venir chaque jour dans le cabinet de M. Du Castel.

M. BESNIER. L'emploi local du chlorure de méthyle peut être très simplifié, grâce à l'usage de petits siphons très portatifs à l'aide desquels on peut verser le chlorure de méthyle dans le vase spécial, à deux tubulures, dont se sert M. Bailly. Il suffit alors de l'appliquer à l'aide d'un pinceau de charpie qu'on n'imbibe que modérément pour éviter le coulage du liquide. Un malade quelque peu intelligent pourrait ainsi traiter lui-même son orchite.

M. MAURIAC est très sceptique en ce qui concerne le traitement de l'orchite. Pour lui, en règle générale, il fait de l'expectation pure et simple, et ses malades peuvent reprendre leurs occupations au bout de huit à dix jours. Il n'intervient qu'en présence de certaines indications, de certaines complications. S'il y a un épanchement dans la tunique vaginale, il ponctionne et l'évacue. En cas de douleurs intenses, des sangsues, appliquées au niveau de l'orifice inguinal, sont utiles. Ces douleurs sont bien soulagées encore par l'emploi des vessies à demi-remplies de glace concassée : c'est le procédé de M. Diday. Il est douteux que le stypage donne des résultats préférables. Quant au salicylate de soude, il n'y a, dans l'orchite, qu'une médiocre confiance.

Du reste, il est bien difficile de se prononcer sur la valeur des divers traitements et de déterminer leur influence sur la durée de l'orchite, qui n'est peut-être guère plus influençable que la blennorrhagie.

La durée de l'induration de l'épididyme est, en particulier, des plus variables, et il est douteux que le mode de traitement employé ait une influence sur elle.

M. DU CASTEL pense que l'emploi du stypage est, en tout cas, plus commode que celui de la glace. Autrefois, avant ce traitement, les malades séjournaient environ trois semaines dans nos salles; actuellement, ils sortent au bout de dix à douze jours environ.

Nouvelles recherches sur la lèpre. — M. QUINQUAUD a fait construire un ingénieux esthésiomètre. Grâce à lui, il peut mesurer quel est le degré de pression nécessaire pour que les malades perçoivent la sensation de contact et la douleur. Cet instrument se compose de deux petits cylindres, qui glissent sur une règle graduée. Ces cylindres renferment un ressort sur lequel est montée une petite tige métallique. Pour enfoncer cette tige métallique dans le cylindre, malgré la résistance du ressort, il faut déployer une force de plus en plus considérable, qu'un index mesure sur une échelle graduée. On peut ainsi évaluer la pression en grammes, de 1 à 200. Les tiges du compas ainsi constitué peuvent être armées de pointes mousses ou aiguës. Ce compas peut servir, comme un compas de Weber, à déterminer quel est l'écartement nécessaire pour que le malade ait la sensation de deux pointes, de deux contacts.

En se servant de cet appareil, M. Quinquaud a vu que, dans la lèpre, au niveau des plaques maculeuses, la sensation de piqûre est très variable. Sur un point, la sensation est perçue avec une pression de 5 à 10 grammes; à quelques millimètres de là, il faut une pression de 100 à 150 grammes. Sur ces plaques, examinées tout à fait à leur début, on relève toujours une altération de la sensibilité, altération que les moyens ordinaires d'exploration ne permettent pas de constater. Il en est de même pour les sensations caloriques, ainsi qu'on peut en juger en se servant de thermomètres à minima et à maxima. Il y a, dans ce sens également, des variations très grandes. Ici, le froid est perçu à 0 degré; ailleurs, à — 4 degrés; ailleurs encore, à — 10 degrés.

Il faut signaler aussi de curieuses dissociations; certains points perçoivent la piqûre et ne perçoivent pas la chaleur, et réciproquement. La précision dans les recherches de cet ordre aura certainement une grande valeur au point de vue du diagnostic de certaines affections.

M. Quinquaud a étudié les macules de la lèpre à un autre point de vue. Lorsque ces macules sont tout à fait au début de leur évolution, on les attribue souvent à quelque trouble vaso-moteur, à quelque lésion nerveuse périphérique ou centrale. M. Quinquaud y a trouvé des bacilles toutes les fois qu'il les a recherchés avec le soin voulu. C'est là un fait important, qui montre bien qu'il s'agit déjà de lésions spécifiques.

Syphilide squameuse en corymbe. — M. PORTALIER rapporte l'observation d'une malade chez laquelle, six mois après le

chancre, en pleine période secondaire par conséquent, il a vu survenir une éruption généralisée de syphilides en corymbe, constituées par une papule centrale bordée d'une zone blanche et accompagnée d'une série de petites papules satellites. C'était, dit M. Fournier, l'idéal de cette forme d'éruption syphilitique.

Pathogénie de quelques dermites prurigineuses. — M. JACQUET. Pendant le Congrès de dermatologie qui s'est tenu l'an dernier à Saint-Louis, M. Besnier a montré aux membres de cette réunion un malade de son service, atteint d'une éruption érythémateuse généralisée, qui s'accompagnait d'une tuméfaction très dure de la peau et d'un prurit intense. Les opinions sur sa nature ont été très divisées. Sur le moignon de l'épaule, M. Jacquet a prélevé un petit fragment de peau qu'il a soumis à l'examen histologique. Il a trouvé le derme épaissi et infiltré d'un grand nombre d'éléments embryonnaires. Sur la plaie, il a appliqué un pansement ouaté par occlusion, et la région correspondante a été mise à nu. Compression assez marquée. Huit jours après, tout prurit, tout érythème avait disparu dans la région; la peau avait une apparence normale. Un nouvel examen bioptique montre que le derme et l'hypoderme avaient repris une apparence normale.

Cette modification, amenée par la compression ouatée, est à rapprocher de ce qu'on voit dans l'urticaire. M. Jacquet a montré, qu'en exerçant sur un membre une compression ouatée, chez des malades atteints d'urticaire, on supprimait et le prurit et les lésions ortiées. Des faits analogues peuvent être constatés avec d'autres éruptions érythémateuses, avec certains prurigos, certains lichens. On supprime ainsi les manifestations cutanées d'un certain nombre d'angio-neuroses.

Souvent, en présence d'une éruption, on dit qu'elle est devenue prurigineuse, on semble admettre que l'éruption a amené le prurit. C'est le contraire qu'il faut penser, c'est le prurit qui provoque les papules ortiées et autres en amenant le grattage. Si l'on met la peau à l'abri des irritations extérieures, il n'y a plus d'éruption.

Il y a là une indication intéressante au point de vue de la nature et de la contingence de certaines efflorescences cutanées et, au point de vue thérapeutique, un engagement à avoir plus souvent recours à l'enveloppement ouaté systématique.

M. BESNIER. C'est un champ nouveau de recherches intéressantes.

Quelques cas de zonas suivis de tuberculose. — M. LEMONNIER a vu la tuberculose se développer au bout de quelque temps chez des malades qui avaient été atteints de zona. Parfois, le siège du zona a paru en rapport avec le siège de la tuberculose ultérieure. Ainsi, dans un cas, la méningite tuberculeuse est survenue après le zona ophthalmique; dans un autre, à un zona sciatique a succédé la tuberculose des organes génito-urinaires.

M. BESNIER. M. Leloir a rangé le zona dans ce qu'il appelle les dermato-neuroses indicatrices. Elles indiquent que quelque état morbide encore latent va se révéler et qu'il faut se tenir en éveil.

Deux cas d'hydroa buccal pseudo-syphilitique. — M. BAUDOUIN rapporte deux cas d'hydroa bulleux dans lesquels il y avait dans la bouche, sur les lèvres, les joues, la face dorsale de la langue, des érosions d'origine vésiculeuse qu'on eût pris, avec la plus grande facilité, pour des lésions de syphilis secondaire et, en particulier, pour des plaques muqueuses.

M. BARTHÉLÉMY a rapporté un fait semblable à la Société de médecine légale, et M. Brouardel a fait ressortir quelles conséquences une semblable erreur de diagnostic pouvait avoir au point de vue médico-légal.

M. MAURIAC. L'embarras peut être d'autant plus grand que ces manifestations se montrent parfois chez des sujets qui sont réellement syphilitiques, au bout de quatre à cinq ans de syphilis. M. Mauriac, dans ces conditions, considère de parti pris ces lésions comme syphilitiques.

M. FOURNIER. L'hydroa buccal simule la syphilis d'une façon parfaite, lorsqu'il siège sur la muqueuse buccale. J'ai le souvenir d'un cas dans lequel on a failli commettre ainsi une erreur très regrettable. Dans une famille très honnête, une jeune fille portait dans la bouche des érosions considérées comme syphilitiques. On cherchait de tout côté comment avait pu se faire l'infection; les bonnes, les employés de la maison étaient tour à tour soupçonnés. On ne m'appelait que pour fixer comment devait être constitué le traitement spécifique. Après quelques minutes d'examen, j'aperçus sur la face dorsale du poignet des bulles d'hydroa encore reconnaissables. Les choses s'expliquaient ainsi : il s'agissait d'hydroa buccal et non de plaques muqueuses, et le traitement anti-syphilitique n'était nullement de mise.

M. BESNIER. Le danger de cette erreur est d'autant plus grand que certains éléments hydroïques de la peau peuvent, ainsi que l'a démontré Kaposi, prendre tout à fait les allures des plaques cutanées syphilitiques.

La prochaine séance aura lieu, à l'hôpital Saint-Louis, le jeudi 12 juin, à neuf heures.

A. M.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le docteur LE SOURD, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Monsieur le Directeur,

Je vous serais obligé de vouloir bien publier, dans le plus prochain numéro de votre estimable journal, la déclaration suivante :

« Dimanche 20 avril, un certain nombre de médecins de la Seine se sont réunis à l'École pratique de la Faculté de médecine sur une convocation de M. le docteur Laineau. Cette réunion, présidée par M. Bourneville, décida de nommer une commission pour examiner le projet de loi concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie, et présenté à la Chambre par M. Lockroy. Cette commission, composée de MM. Bernheim, Laineau, Pelletier, Rondeau et Toledano, s'est réunie et s'est dissoute immédiatement parce qu'elle a estimé que le mouvement provoqué par M. Laineau ne lui appartenait à aucun titre et que ce rôle revenait de droit aux différentes sociétés médicales déjà constituées, qui, d'ailleurs, se sont déjà occupées de cette question. »

Agréez, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Au nom de la Commission :

Dr S. BERNHEIM.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association des médecins de la Seine, fondée en 1833, par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu, dimanche, sa cinquante-septième assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 55 897 francs, dont 17 682 fournis par les cotisations, 3765 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru quatre sociétaires, cinquante-sept veuves ou familles de sociétaires, enfin, trente autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, deux pensions viagères de 1200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 43 800 francs. Une somme de 10 200 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice; ont été réélus : président, M. Brouardel; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

16

SOLUTION COIRRE (CODEX 1877)

au chlorhydro-phosphate de chaux.

PHTHISIE, ANÉMIE, CACHEXIES, SCROFULES, RACHITISME, INAPPÉTENCE, DYSPEPSIE, ÉTAT NERVEUX, ASSIMILATION INSUFFISANTE, MALADIES DES OS.

Dose : *Une cuillerée à bouche chez les adultes ; une cuillerée à café chez les enfants du premier âge ; deux cuillerées à café de six à douze ans, au moment des deux principaux repas, dans l'eau sucrée ou coupée de vin.*

Prix : **2 fr. 50** le flacon dans toutes les phies.

PILULES DE PODOPHYLLE COIRRE

Contre la Constipation habituelle, les Hémorrhoïdes et la Colique hépatique.

Dose : *Une pilule le soir en se couchant, san. qu'il soit nécessaire de rien changer au régime. Augmenter d'une pilule si besoin est.*

Prix : **3** fr. la boîte dans toutes les pharmacies.

43

MORRHUOL DE CHAPOTEAUT

Le **Morrhuol** représente les principes actifs de l'huile de foie de morue, sauf la matière grasse ; il est enfermé dans de petites capsules rondes, contenant chacune 20 centigrammes, équivalant à 25 fois son poids ou 5 grammes d'huile de foie de morue brune.

Principaux effets : *Augmentation de l'appétit, diminution de la toux, régularisation des digestions et des selles, retour des forces et du sommeil.*

Applications thérapeutiques : *Bronchites, tuberculose au premier degré, rachitisme, scrofule, lymphatisme.* Deux à quatre capsules par jour pour les enfants, au moment des repas ; pour les adultes, quatre à huit capsules.

Dépôt : pharmacie Vial, 1, rue Bourdaloue.

87

SIROP DE PROTOXIDE DE FER

du Dr DUSOURD *(Approuvé par l'Académie de médecine).*

Le rapport fait à l'Académie par MM. Guéneau de Mussy et Henry constate « que ce sirop est d'un usage très avantageux dans la pratique médicale ; le fer, qui s'y présente à l'état de protoxide, est plus apte à être assimilé à l'économie animale. » — 2 à 4 cuillerées par jour. Pharmacie, 1, rue Bourdaloue.

79

CAPSULES DE VIAL

A L'HUILE DE GENÉVRIER.

Recommandées dans le traitement des *coliques néphrétiques* et *hépatiques*, des *calculs urinaires* et *biliaires*, de la *gravelle*, des *catarrhes vésicaux*, de la *goutte* et de l'*eczéma*.

DOSE : 4 à 6 capsules par jour, au milieu des repas, soit 1 gramme d'huile environ. — Dans les grandes crises, 6 à 10 capsules.

Pharmacie Vial, 1, rue Bourdaloue, à Paris.

83

EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE DE RUBINAT

Source du docteur LLORACH.

L'analyse de l'Académie de médecine de Paris démontre que cette eau contient 103gr814 de substances fixes, dont :

SULFATE DE SOUDE 96gr265 | SULFATE DE MAGNÉSIE 3gr268

Cette eau purge rapidement et sans irritation. Elle n'exige aucun régime.

Dose normale : un verre.

Prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs ordonnances **Rubinat,** *Source* **Llorach.**

22

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge. (Éch. fo.)

22

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

SIROP ET GRANULES CROSNIER MINÉRAL-SULFUREUX

au goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Phthisie, Bronchites chroniques, Catharres, Laryngites ; Maladies de la peau.

E. Nitot, 21, r. Vieille-du-Temple, Paris, et phies.

84

SIROP ET PATE DE BERTHÉ

Pharmacien, Lauréat des Hôpitaux de Paris

« La *Codéine pure,* dit le Professeur Gubler, » doit être prescrite aux personnes qui supportent « mal l'opium, aux enfants, aux femmes, aux « vieillards et aux sujets menacés de conges- « tions cérébrales. »

Le **Sirop et la Pâte de Berthé** à la *Codéine pure* possèdent une grande efficacité dans les cas de **Rhumes, Bronchites, Catarrhe, Asthme, Maux de gorge, Insomnies, Toux** nerveuse et fatigante des **Maladies de Poitrine.**

Les personnes qui font usage de **Sirop** ou de **Pâte Berthé** ont un sommeil calme et réparateur, jamais suivi ni de douleur de tête, ni de perte d'appétit, ni de constipation.

Prescrire et bien spécifier **Sirop ou Pâte de Berthé.**

PARIS - MAISON CLIN & Cie - PARIS

20

VIANDE ET QUINA

VIN AROUD AU QUINQUINA

ET A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Aliment-médicament d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant, pour 30 grammes : 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.

Doses : 2 cuillerées à bouche avant chaque repas.

Prix : 5 francs.

Se vend chez Ferré, pharmacien à Paris, 102, rue de Richelieu, successeur de Aroud, et dans toutes les pharmacies de France et de l'Etranger.

25

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

OREZZA

Eau minérale ferrugineuse acidule.

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

66

PILULES DE SALICYLATE D'HYDRARGYRRE

De L. FRERE

PILULES IMPRIMÉES

Chaque pilule porte l'inscription SALICY. HG. UN CENTI. Des expériences récentes, faites par des spécialistes éminents, ont montré que le salicylate de mercure est supérieur à toute autre combinaison mercurielle, par la facilité avec laquelle il est toléré par l'organisme. Ce sel ne produit ni désordres digestifs, ni salivation à la dose de 4 à 6 pilules par jour. Son activité spécifique est au moins égale à celle de toute autre préparation hydrargyrique.

Prix : **2** *fr. le flacon de 50 pilules.*

Maison L. FRERE, 19, rue Jacob, Paris.

96

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811 Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres,* etc.

G. Laroche

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

34

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

26

VÉRITABLE SOLUTION

D'ANTIPYRINE DU Dr CLIN

..... L'Antipyrine peut être considérée scientifiquement comme le médicament le plus puissant contre la douleur

(Académie des Sciences, séance du 18 avril 1887.)

La **SOLUTION D'ANTIPYRINE DU Dr CLIN,** d'un dosage rigoureusement exact, contient :

1gr. **ANTIPYRINE** *pure par cuillerée à bouche.*

0,25cent. — — *par cuillerée à café.*

Dose : de 1 à 3 cuillerées de **SOLUTION D'ANTIPYRINE CLIN** par jour ; augmenter progressivement, s'il y a lieu, en tenant compte de la susceptibilité du malade.

Exiger la *Véritable Solution d'Antipyrine Clin.*

Détail dans les Pharmacies.

Gros : Maison CLIN & Cie, à Paris.

59

LE QUINIUM ROY GRANULÉ

formé de l'extrait aqueux et du quinium (extrait alcoolique à la chaux), représente poids pour poids la **POUDRE DE QUINQUINA CALISAYA.** Il est soluble dans l'eau et le vin.

A. Roy, pharmacien de 1re classe, Paris-Auteuil, et pharmacies.

Exiger la signature. A. Roy

45

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

Dose : Un verre à Madère après les repas.

Mariani, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

69

PEPTONE DENAEYER

Éléments de la viande digérés et diffusibles, en solution concentrée à 20 p. 100, **limpide et stérilisée ;** saveur et arôme de for bouillon de bœuf.

Analyses de MM. les professeurs Violette, Frésénius, Krukenberg, etc.

Rapport à l'Académie royale de médecine de Belgique.

BROCHURE ENVOYÉE SUR DEMANDE.

PEPTONATE DE FER DENAEYER

ferrugineux neutre, non astringent, complètement assimilable.

Dépôt central : Michelat *et* Lesueur, *9, rue des Guillemites, Paris. — Pour le Nord, Pharmacie* Gobert, *à Lille.*

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

54

ALBUMINATE DE FER DE LAPRADE

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

25

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. viande crue, Alcool, Ec. d'oranges am.

Phthisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

57

FER DE QUEVENNE

Le **Seul** *approuvé par l'Académie de médecine.*

S'absorbant au fur et à mesure de sa dissolution, sous la forme la plus favorable à l'assimilation, c'est-à-dire à l'*état naissant,* il n'a pas l'action **irritante** ou **échauffante** des sels de fer, tout en l'emportant sur eux par son activité.

Dose quot. 1 à 2 mesures, — ou 2 à 4 dragées.

Pour éviter les *Imitations* impures, formuler *Fer Quevenne.* — 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

N° 57. — JEUDI 15 ET SAMEDI 17 MAI 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 15 ET SAMEDI 17 MAI 1890. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu une très intéressante lecture de M. Dumontpallier sur le traitement local de l'endométrite chronique. Nous donnons cette note in extenso.

M. Le Dentu a recommandé, dans son rapport, la suture immédiate, proposée par M. Bœckel, après ouverture de l'intestin dans les cas d'obstruction. Cette opération est une opération de nécessité, en cas d'insuccès des ponctions multiples.

M. Crivelli a placé, sous les yeux de l'Académie, des photographies montrant le développement exagéré des organes génitaux chez une petite fille de dix-huit mois.

L'élection pour la place de membre titulaire dans la section de pathologie interne, a donné une très belle majorité à M. Terrier.

TRAITEMENT LOCAL DE L'ENDOMÉTRITE CHRONIQUE

Par M. Dumontpallier, médecin de l'Hôtel-Dieu.

La présente communication est complémentaire de la communication que j'ai faite à l'Académie, dans la séance du 11 juin 1889, sur le traitement local de l'endométrite chronique. Le grand nombre d'observations que j'ai recueillies depuis une année, dans mon service de gynécologie à l'Hôtel-Dieu et en ville, confirment les remarques consignées dans mon premier travail.

J'insisterai aujourd'hui sur le mode de préparation du crayon caustique de chlorure de zinc et sur les enseignements fournis par l'analyse microscopique de l'eschare, produite par ledit crayon laissé à demeure dans la cavité utérine. Je rappellerai les conditions de régénération de la muqueuse utérine après la chute de l'eschare. Enfin, j'indiquerai les différents procédés qui doivent être mis en usage pour prévenir les atrésies et les sténoses du canal cervico-utérin.

Je n'ai rien à modifier de ce que j'ai dit antérieurement au sujet de la douleur déterminée par la cautérisation. La douleur, je le répète, n'est pas constante, elle ne s'observe pas chez toutes les opérées. Quant à la syncope, conséquence de l'acuité exceptionnelle de la douleur, je ne l'ai jamais constatée, et, si chez quelques malades il y a eu pâleur, menace de défaillance, immédiatement après l'introduction du crayon de chlorure de zinc dans la matrice, ces troubles ont toujours été passagers et n'ont jamais nécessité une intervention sérieuse. Une ou deux cuillerées d'une mixture cordiale ont suffi pour dissiper ces menaces passagères de syncope, et il n'a pas été besoin d'avoir recours aux injections sous-cutanées de morphine ou d'éther sulfurique. Si d'autres que moi ont observé, après l'opération, des phénomènes généraux inquiétants, dus à la douleur ou à l'irritation de l'isthme utérin, il est probable que cela a été la conséquence d'une préparation défectueuse du crayon caustique ou d'une manœuvre violente, ou d'une impressionnabilité extrême de la malade.

Je rappelle encore que l'introduction méthodique du crayon de chlorure de zinc, convenablement préparé, ne détermine pas de complication inflammatoire péri-utérine.

Le crayon dont je fais usage est composé d'une partie de chlorure de zinc pour deux parties de farine de seigle. Il a la grosseur et la forme d'un crayon de nitrate d'argent, c'est à dire 5 millimètres de diamètre. Pour le préparer, on triture, dans un mortier de porcelaine, 20 grammes de chlorure de zinc sec que l'on réduit en poussière impalpable ou moyen du pilon ; on ajoute goutte à goutte un peu d'eau de façon à donner au mélange la consistance sirupeuse, puis, peu à peu, on laisse tomber dans le mortier 40 grammes de farine de seigle et l'on agite sans cesse, de façon à obtenir une pâte homogène ; cette pâte doit avoir la consistance du mastic de vitrier. Alors on divise le tout en petites masses du poids de 4 grammes, on roule ces petites masses sur un pilulier et l'on obtient ainsi des crayons de 5 millimètres de diamètre et de 15 centimètres de longueur. Cela fait, ces crayons sont soumis à l'étuve pour leur enlever leur mollesse et leur donner une élasticité qui permette de les infléchir sans les briser. Ainsi préparés, ils pénètrent facilement dans le canal cervico-utérin, quelle que soit la direction de ce canal.

Le crayon de chlorure de zinc ainsi composé détermine rapidement une eschare dont l'épaisseur est de 1 mill. 1/2 à 2 millimètres. Dans les cas où le canal cervico-utérin a une longueur inférieure à 7 centimètres, on peut faire usage de crayons qui n'ont que 3 millimètres d'épaisseur.

Aussitôt le crayon introduit dans l'utérus, cet organe se contracte et étale le caustique sur toute la surface de la cavité utérine. L'isthme, rétréci par la contraction, empêche

la descente du crayon. Enfin, la cavité du col ayant moins de surface que la cavité du corps de l'utérus, et le crayon ayant une égale épaisseur dans toute son étendue, il en résulte que l'eschare du col est plus épaisse que celle du corps. Résultat avantageux puisque les glandes du col pénètrent plus profondément dans la couche musculaire de l'organe.

L'eschare entière a la figure d'un sac, sorte de moule de la cavité cervico-utérine, et présente trois ouvertures qui correspondent aux ostia des trompes de Fallope et à l'ouverture du col utérin. Elle comprend toute la muqueuse et une mince couche de tissu musculaire, condition indispensable à la guérison de l'endométrite, puisque grand nombre de culs-de-sac glandulaires sont situés dans la couche musculaire de l'organe.

Plusieurs coupes microscopiques, que je mets sous les yeux de l'Académie, et qui ont été préparées par mes élèves MM. Lieffring et de Grandmaison et par M. le docteur Belin, permettent de constater la constitution de l'eschare. Voici, du reste, la description de ces préparations, qui a été rédigée par mon interne, M. de Grandmaison. Les préparations et la description ont été confiées à M. le professeur Cornil, qui en a confirmé l'exactitude.

Histologie des eschares. — Il est remarquable que les divers éléments anatomiques, en contact avec le chlorure de zinc, sont fixés et colorés par les réactifs histologiques.

Les premières coupes ont été faites sur des eschares par M. Lieffring, externe de mon service, et par M. le docteur Belin. C'est postérieurement à leurs recherches, que M. de Grandmaison, mon interne, a étudié une série de préparations qui lui ont permis de bien établir quelles étaient les parties de l'utérus atteintes et détruites par la cautérisation.

Dans l'étude qui a été faite des eschares, il a été procédé de la façon suivante. Les eschares, dès qu'elles étaient rejetées par les malades, étaient recueillies et conservées dans de l'alcool à 90 degrés; leur consistance était rapidement assez ferme pour qu'il fût possible d'y pratiquer bientôt des coupes, soit avec le microtome à main, soit avec le microtome de Lüer. Nous avons coloré les coupes ainsi obtenues, soit avec le picro-carmin, soit encore avec l'hématoxyline ou le carmin boracique.

Ces coupes ont été faites successivement dans les parties de l'eschare qui correspondaient au col, à l'isthme et au fond de l'utérus. Nous avons pu, dans toute l'étendue des parois de l'eschare, retrouver les parties détruites par le caustique.

Avec un grossissement faible (obj. n° 3 de Nachet), nous avons reconnu parfaitement la disposition des diverses portions de l'eschare. Dans la partie qui avoisine le canal utérin, on trouve un tissu légèrement granuleux, coloré en rose, riche en cellules conjonctives, au sein duquel se reconnaissent facilement les glandes, rameuses et étendues dans la région du col, où l'on voit aussi les plis et dépressions de l'arbre de vie. Dans la région du corps de l'utérus, les glandes sont disposées en culs-de-sac coupés plus ou moins obliquement.

L'épithélium de ces glandes se reconnaît à une coloration rouge très intense qui fait contraste avec le fond plus clair de la préparation. Tout autour des glandes et au sein du tissu granuleux, on trouve de nombreuses fibres conjonctives. Tout à fait à la partie la plus rapprochée de la tunique musculaire, on constate la présence de fibres musculaires lisses, les unes longitudinales, les autres coupées transversalement. Ces fibres musculaires forment d'ailleurs une couche très mince, mais qui, au niveau de la partie correspondant à l'isthme, est un peu plus épaisse, et c'est précisément à ce niveau que l'eschare est elle-même plus épaisse.

Avec un grossissement plus considérable (obj. n° 6 de Nachet), nous avons pu étudier en détail les différents éléments dont la topographie nous avait été indiquée par l'objectif n° 3.

Tous les éléments autres que les cellules épithéliales se présentaient avec leurs caractères normaux; les vaisseaux eux-mêmes se reconnaissaient facilement à leur tunique musculaire et aux globules sanguins qui les remplissaient.

Il est important d'insister sur les aspects des cellules épithéliales :

Dans la région du col, les cellules des glandes de l'utérus sont nettement conservées et, avec un examen attentif, on y retrouve les cellules cylindriques fortement colorées et les cellules caliciformes; mais ces cellules sont granuleuses, et un grand nombre d'entre elles ont subi la dégénérescence muqueuse, ainsi qu'on peut s'en convaincre par le mucus accumulé à leur voisinage dans la cavité glandulaire. Les noyaux se reconnaissent à peine; mais les cellules sont nettement dessinées et, par leurs contours, on les distingue facilement les unes des autres.

Dans la région du corps, les glandes sont plus petites, leur couche épithéliale persiste; les noyaux des cellules sont faciles à reconnaître; les cils vibratiles ont également disparu. La division est moins nette que dans la région du col, parce que l'état granuleux est plus prononcé.

Dans la région correspondant à l'isthme de l'utérus, les altérations des épithéliums glandulaires sont les mêmes que dans la région du fond de l'utérus.

Ces diverses altérations des cellules épithéliales des glandes ne doivent pas être attribuées à l'action du caustique, car les mêmes altérations : dégénérescence muqueuse, état granuleux des cellules et disparition des cils vibratiles dans la région du corps, se voient dans les coupes faites sur des pièces fraîches d'endométrite.

Enfin, il est un dernier point sur lequel nous devons insister, c'est qu'au milieu des fibres musculaires lisses, comprises dans l'eschare, on retrouve encore des culs-de-sac glandulaires, dont plusieurs sont incomplets aux bords de la préparation.

De ces divers détails histologiques, on peut conclure que, par les cautérisations utérines avec la pâte de Canquoin, on est certain d'atteindre, dans les endométrites, les parties malades, puisque, en examinant des coupes d'eschare au microscope, on retrouve dans les préparations les éléments constitutifs de la muqueuse malade (1).

(1) M. le professeur Cornil, après examen des différentes préparations, a bien voulu rédiger la note ci-jointe :

Revêtement épithélial. — Dans beaucoup de points des coupes, au niveau du *col*, on voit très nettement les cellules qui revêtent les plis de l'arbre de vie dans toute leur étendue. Ces cellules sont tantôt tout à fait claires et muqueuses, sans noyau visible, tantôt pourvues d'un noyau ovoïde bien coloré par le carmin ou l'hématoxyline. Ces cellules sont disposées régulièrement en palissade; leur partie libre ou superficielle est tout à fait muqueuse, comme cela a lieu à l'état normal, aussi bien que dans le catarrhe du col. De même, dans les culs-de-sac glandulaires du col, les cellules épithéliales sont toutes muqueuses, souvent pourvues de noyaux ovoïdes.

Dans le *corps de l'utérus*, les cellules d'épithélium de revêtement se voient assez rarement sur les coupes. Lorsqu'on en rencontre des lam-

L'étude microscopique de l'eschare établit donc, d'une part, qu'il y avait bien endométrite chronique et, d'autre part, que toute la muqueuse malade a été séparée de l'utérus par le caustique. Sur ce double point, il ne peut y avoir de discussion ; de plus, l'observation clinique démontre la guérison de l'affection, et il est exceptionnel que l'on doive avoir recours à une seconde application du caustique. Sur un total de plus de 300 observations, je n'ai dû pratiquer une seconde opération que dans deux cas d'endométrite hémorrhagique.

Le curetage donne-t-il de semblables résultats ? Ses partisans savent bien que cette méthode de traitement de l'endométrite chronique ne donne pas des succès constants et l'on reconnait que, 30 fois au moins sur 100 opérations, le curetage doit être répété. Cela n'a rien qui puisse étonner, car le plus habile opérateur doute toujours du succès de cette opération ; il est impossible, en effet, d'affirmer que la curette a enlevé toute la muqueuse malade.

On reconnait, par contre, que le crayon de chlorure de zinc guérit l'endométrite d'une façon certaine ; aussi, ceux qui n'étaient pas satisfaits des résultats obtenus par le curetage, ont-ils eu recours au crayon de chlorure de zinc. Mais ils objectent à cette dernière méthode de traitement qu'elle peut avoir pour conséquence, dans une proportion indéterminée, l'atrésie ou la sténose de la cavité cervico-utérine.

Même objection ne pourrait-elle être faite à la méthode du curetage ? L'observation a répondu affirmativement. Il n'est pas nécessaire d'insister sur ce point, d'autant plus que les partisans du curetage jugent prudent, après l'opération sanglante, de badigeonner les parois de la cavité utérine avec différents caustiques, parmi lesquels on recommande le chlorure de zinc.

---

beaux en place, on voit qu'elles sont cylindriques, plus ou moins abrasées, en palissade et munies de noyaux ovoïdes. On ne voit pas leurs cils vibratiles. Dans les coupes des glandes, ces cellules sont en place, de leur longueur normale et pourvues de noyaux bien colorés comme les précédentes, par le carmin ou l'hématoxyline. La cavité des glandes est généralement dilatée ; leur cavité contient souvent des cellules en dégénérescence muqueuse ou des granulations et globes muqueux. A la surface du revêtement épithélial très régulier des glandes, on observe une bordure claire, régulière, constante, de trois à quatre μμ d'épaisseur, qui représente la couche vibratile. Parfois même on y découvre des cils bien nets.

Ce qui précède, relativement à la structure intime et détaillée des cellules d'épithélium du col et du corps, montre leur état de conservation relatif. Elles sont altérées, assurément, en ce sens qu'elles n'ont pas des cils vibratiles très nets, et qu'elles sont souvent muqueuses, mais leurs noyaux sont presque partout bien colorables.

Tissus conjonctif et musculaire. — Il en est de même des noyaux du tissu cellulaire, des noyaux des cellules migratrices dans les points enflammés et infiltrés de ces cellules et de ceux des cellules musculaires.

Cette conservation des noyaux indique bien nettement que la mortification des éléments remontait à très peu de temps lorsque le chlorure de zinc les a fixés dans leur forme. Ils se trouvent à peu près dans le même état que douze à quinze heures après la mort naturelle d'un individu. Il n'y a pas de dégénérescence appréciable qui puisse être mise sur le compte du chlorure de zinc.

Comment donc agit cette substance escharotique ?

L'examen des coupes ne laisse à ce sujet aucun doute : c'est en coagulant le sang dans l'intérieur des vaisseaux et en interrompant, par suite, toute circulation et tout échange nutritif dans les tissus ainsi modifiés. Les sections vasculaires agrandies sont remplies de sang coagulé, en partie avec des réseaux de fibrine et des globules modifiés, pâlis, mais encore souvent reconnaissables. La conservation presque partout des noyaux des cellules épithéliales, qui sont les éléments les plus délicats, la conservation complète des noyaux des autres cellules démontrent que cette oblitération vasculaire amène en quelques heures la mortification du tissu.

Quoi qu'il en soit, étudions les différentes formes d'atrésie et de sténose, consécutives à la destruction de la muqueuse utérine. Ces atrésies sont réelles ou fausses, hâtives ou tardives. Les atrésies hâtives sont dues au bourgeonnement qui, dans quelques cas, accompagne la chute de l'eschare, mais les conséquences de ce bourgeonnement peuvent être prévenues par la cautérisation des bourgeons avec une solution de nitrate d'argent, dont l'application est facile et sans inconvénient. Si la répression du bourgeonnement n'a pas été suffisant, des brides celluleuses peuvent être constatées et donner lieu à un cloisonnement celluleux que la bougie en gomme à bout olivaire et au besoin le cathéter métallique rompent avec facilité et sans douleur, lorsque l'on y met les ménagements convenables. Ces sortes d'atrésies sont incomplètes, même avant toute intervention secondaire, puisqu'elles laissent passer l'écoulement menstruel ; ce sont là de fausses atrésies et le cathétérisme les fait disparaître.

Il est une autre forme d'atrésie, atrésie tardive, qui peut ne devenir manifeste que plusieurs semaines après l'opération ; alors on constate une sténose, un rétrécissement qui est la conséquence de la rétraction du tissu cicatriciel. Dans ces cas, l'écoulement menstruel a été régulier, non douloureux pendant plusieurs mois, ce qui prouve que la nouvelle muqueuse intra-utérine a conservé sa fonction, toutefois le cathéter ne peut franchir la région de l'isthme. Il n'y a pas atrésie réelle, mais seulement rétrécissement et cette sténose peut être évitée par une dilatation préventive ; aussi ne l'avons-nous observée que dans les cas où les opérées avaient négligé, malgré nos recommandations, de se soumettre à notre examen ultérieur.

Cette atrésie ou, pour mieux dire, le rétrécissement de la cavité cervico-utérine n'est donc à craindre que si un traitement préventif n'a pas été régulièrement institué ; et, à l'appui de cette remarque, j'ai revu dans ces derniers jours les malades que j'avais opérées en ville depuis une année et chez aucune d'elles je n'ai constaté d'atrésie. Mais, chez ces malades, je n'avais jamais négligé de pratiquer, ou de faire pratiquer par le médecin ordinaire, le cathétérisme préventif.

Est-ce à dire que l'atrésie réelle ne puisse être observée après la cautérisation au chlorure de zinc, comme après tout autre mode d'intervention qui détruit complètement la muqueuse utérine ? Non certes, et cette atrésie réelle, limitée à l'isthme ou étendue à une plus ou moins grande partie de la cavité cervico-utérine, je l'ai constatée ; mais elle est la conséquence de l'inexpérience de l'opérateur, de son manque de surveillance ou de l'indifférence des opérées. Ces faits d'atrésie réelle sont rares, exceptionnels, et je ne les observe plus chez les malades qui se soumettent régulièrement à mon examen et au cathétérisme préventif.

Le retour des règles, après l'opération, démontre que les ouvertures des trompes ne sont pas obstruées et que la muqueuse utérine s'est reconstituée. La formation d'une nouvelle muqueuse est, du reste, en concordance avec les enseignements des histologistes et avec l'examen microscopique d'une seconde eschare recueillie chez une malade qui avait été soumise, par moi, à une seconde opération pour une récidive d'endométrite hémorrhagique.

Cette reconstitution d'une muqueuse utérine normale, après l'emploi du crayon de chlorure de zinc, est encore prouvée par la possibilité de la grossesse. Nous avons, en effet, revu plusieurs opérées qui ont eu des fausses

couches et, dernièrement encore, entrait à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Proust, pour une pelvi-péritonite consécutive à une fausse couche de six mois, une jeune femme qui, au mois de juillet dernier, avait été soumise avec succès au traitement de l'endométrite par le crayon de chlorure de zinc. Cette malade avait été opérée par M. le docteur Raymond Durand-Fardel et notre interne M. de Grandmaison. Dans cette observation, le début de la grossesse avait eu lieu six semaines ou deux mois après l'application du chlorure de zinc.

Des faits et des remarques consignés dans la présente communication, je suis donc autorisé à conclure :

1° Que le traitement de l'endométrite chronique par le crayon de chlorure de zinc, laissé à demeure dans la cavité utérine, est le mode de traitement qui donne les résultats curatifs les plus constants;

2° Ce traitement ne détermine pas de complications inflammatoires péri-utérines;

3° La douleur post-opératoire qui, dans mes observations, n'a été constatée que dans la moitié des cas, peut toujours être atténuée et rendue très supportable, quoi qu'on ait dit, par l'injection hypodermique de morphine, pratiquée sur la paroi abdominale;

4° La muqueuse utérine est reconstituée à bref délai après l'opération, le retour de l'écoulement menstruel est observé le plus souvent cinq à six semaines après l'opération et la grossesse a été constatée chez plusieurs de nos opérées;

5° Quant aux différentes formes d'atrésie, elles peuvent être évitées par un traitement préventif, appliqué méthodiquement, et les sténoses tardives peuvent être traitées avec succès par la dilatation.

ESSAIS SUR LE MÉCANISME DU DIABÈTE MAIGRE

Par M. Th. Defresne.

La presse médicale publie en ce moment des travaux et des études sur le diabète maigre et sur les causes qui lui donnent naissance.

Tout le monde a lu avec intérêt, dans la *Gazette des hôpitaux* du 4 janvier, le remarquable travail de M. de Grandmaison sur la séméiologie du pancréas, ainsi que la communication faite par M. Lépine à l'Académie des sciences, le 8 avril. Ce savant physiologiste dit avoir constaté, dans le chyle, la présence normale d'un ferment destructeur du sucre, et il se trouve ainsi amené à donner une théorie du mécanisme de la glycosurie dans les affections du pancréas. Nous avons étudié cette dernière question et, reconnaissant de l'hospitalité qui nous est donnée dans ce journal, nous allons faire connaître les matériaux que nous avons élaborés pour résoudre ce problème.

Le suc pancréatique, on le sait, a pour mission : 1° de peptoniser la viande dont une partie, chez l'omnivore, échappe toujours à la digestion gastrique; 2° de dédoubler les corps gras en acides gras et glycérine; 3° de continuer la saccharification des aliments amylacés qui n'ont pu être dissous par l'action de la salive, dans l'intervalle qui s'écoule entre le moment de leur arrivée dans la bouche et les premiers instants de leur séjour dans l'estomac.

Il y a donc lieu de s'attendre à rencontrer, au nombre des symptômes qui caractérisent les affections du pancréas, des phénomènes d'ordre chimique; et, en effet, la stéarrhée, la présence des fibres striées dans les selles, font rarement défaut. Un autre phénomène, d'ordre chimique, ne manque jamais : je veux parler de la glycosurie; toutefois, sa présence dans le cours de cette affection a lieu de nous surprendre. En effet, l'apport de la glycose par la digestion se trouve considérablement réduit par l'absence ou la mauvaise qualité du suc pancréatique, et la moitié au moins des aliments amylacés, qui ont échappé à l'action diastasique de la salive, ne sont plus saccharifiés; ils traversent en pure perte le tube intestinal; et, cependant, la glycosurie devient d'autant plus intense que l'altération du pancréas est plus profonde.

La connexité de la glycosurie et de l'atrophie du pancréas fut signalée par M. Recklinghausen, en 1877, dans son *Traité du diabète*.

En 1878, M. Lancereaux établit nettement que la glycosurie, quand elle se rencontrait avec une affection du pancréas, était absolument spéciale. Par opposition au diabète gras des arthritiques et des goutteux, il appela cette glycosurie diabète maigre.

M. Lapierre, son élève, exposa d'une façon bien claire les idées de son maître dans sa thèse, parue en 1879.

Les physiologistes, de leur côté, déterminèrent expérimentalement la glycosurie, chez le chien, par l'ablation totale du pancréas; et, MM. Minkowski et von Mering, à qui l'on doit ces remarquables expériences, obtinrent, dans quelques cas, un diabète transitoire à la suite d'une extirpation partielle du pancréas. Ces derniers résultats laissent deviner que la cicatrisation des parties restantes de la glande s'est bien opérée, et la secrétion pancréatique, bien que diminuée, a continué à s'écouler dans l'intestin grêle et à accomplir son action diastasique sur les aliments.

Dans un cas, M. Minkowski a pu réaliser le type du diabète léger chez l'homme : en effet, le chien qui lui servait de sujet d'expérience ne présentait de glycosurie que lorsque l'alimentation se continuait avec des aliments hydrocarbonés, tandis que l'on guérissait son diabète en lui donnant exclusivement des aliments azotés.

En résumé, les observations des cliniciens, les expériences des physiologistes démontrent que la glycosurie, dans le diabète maigre, est la conséquence de l'altération ou de la suppression du suc pancréatique; et, nous le répétons, il est digne de remarque que c'est dans cette variété de diabète, quand une partie des aliments amylacés échappe sûrement à la saccharification, à cause de l'absence du suc pancréatique normal, que l'on trouve la plus grande quantité de sucre dans les urines; certains malades en excrètent plus de 500 grammes par jour.

La glycosurie, c'est un fait, s'établit à la suite des affections du pancréas, mais il serait téméraire d'en conclure que l'absence de sa sécrétion est la cause immédiate du diabète. En effet, nous allons voir que des animaux, qui absorbent 20 centigrammes de pancréatine par kilo vivant, deviennent glycohémiques et glycosuriques. La glycosurie peut donc s'établir dans des conditions diamétralement opposées, soit quand le suc pancréatique fait défaut, soit quand la pancréatine, introduite par la voie stomacale, arrive dans l'économie à dose exagérée. Les expériences que nous allons rapporter permettront peut-être de saisir le mécanisme du diabète maigre; en tous cas, les matériaux qu'elles apportent sont une contribution nouvelle à l'étude de cette intéressante question.

Le point de départ de nos expériences avait pour objet de reconnaître si la pancréatine pouvait impunément séjourner dans l'estomac du lapin, chez lequel l'acidité du suc gastrique mixte est beaucoup plus élevée que chez l'homme; nous vîmes qu'après deux heures d'ingestion, il n'était pas possible de caractériser la pancréatine dans le chyme de ce rongeur. Cependant, le ferment n'était pas détruit, puisque, 5 fois sur 15, le lapin, auquel on en administrait 20 centigrammes par kilo vivant, mourait vers la cinquième heure. Un jeune lapin, qui avait absorbé 1 gramme de pancréatine par kilo vivant, mourut en trente minutes. Ces phénomènes nous revinrent à l'esprit dans les circonstances suivantes : Un malheureux chat domestique, après avoir langui quelque temps à l'état de squelette ambulant, passa de vie à trépas, sans cause connue; son successeur, plus jeune, avait de la peine à se développer, son poil était ébouriffé, sa démarche traînante, sa maigreur extrême. En dépit de quelques purgations, qu'on crut devoir lui administrer, tout laissait prévoir qu'il allait bientôt rejoindre son prédécesseur, lorsque je réfléchis que, dans le laboratoire, on avait l'attention de lui mettre soigneusement

de côté tous les débris de rate attenant aux pancréas; c'était là le fond de son régime alimentaire. Je fis changer cette alimentation; le chat retrouva bientôt toute sa vivacité, il prit de la vigueur et de l'embonpoint. Grâce à la suppression de l'ancien régime, l'animal échappa, selon toute apparence, à une mort imminente.

Les lapins soumis à l'action de la pancréatine étaient relativement à jeun, c'est-à-dire que, bien que l'estomac contînt encore les aliments ingérés cinquante heures auparavant, ils ne recevaient la pancréatine que trois heures après leur dernier repas.

Le lapin ainsi pancréatiné devient paresseux, il se déplace avec peine quand on le touche, et, après quelques mouvements clowniques, il meurt vers la cinquième heure, sans douleur apparente et sans contracture des membres. Les lapins qui survécurent à cette expérience reprirent peu à peu leurs allures habituelles.

Notre attention fut vivement excitée par ces accidents successifs, et nous cherchâmes, tout d'abord, les modifications que l'organisme d'un animal, ainsi pancréatiné, pouvait bien présenter à nos investigations : l'examen des organes ne nous ayant rien laissé percevoir, nous tournâmes nos recherches vers l'urine, le sang, le foie, la parotide, le pancréas et la rate. Trois fois sur seize, l'urine du lapin contenait du sucre, bien qu'elle n'en présentât pas trace avant l'expérience.

Six des lapins qui survécurent furent tués par hémorrhagie entre la sixième et la treizième heure, après l'ingestion de la pancréatine.

Le pancréas, la rate, la parotide, le foie, furent mis à part; ces glandes furent broyées séparément avec leur poids de sable et dissoutes dans neuf parties d'eau glycérinée. Une portion du foie fut abandonnée à elle-même, pendant cinq heures, puis broyée avec du sable et épuisée par l'eau ensuite; la liqueur obtenue fut traitée par un courant de chlore, pour en éliminer toutes les matières albuminoïdes.

Le sang fut additionné d'eau et traité également par un courant de chlore.

Chaque liqueur, ainsi préparée, fut amenée à un volume dont le rapport, avec la substance qui entrait dans sa composition, était soigneusement noté. Afin d'avoir un critérium, les glandes et les liquides d'un lapin normal furent préparés dans des conditions identiques.

Dans le sang et dans le foie, on dosa le sucre qui s'y trouvait à l'aide d'une liqueur cupropotassique titrée. D'autre part, on détermina le pouvoir diastasique de la parotide, du pancréas et de la rate sur l'amidon. Afin que de semblables expériences soient comparables entre elles, au moins deux à deux, il faut prendre des poids déterminés de glande, d'amidon et d'eau; nous observâmes ces conditions et les expériences furent maintenues deux heures, à 40 degrés.

Le tableau ci-dessous résume la moyenne des analyses obtenues avec six lapins pancréatinés et deux lapins témoins, qui avaient été nourris comme les précédents.

		LAPIN pancréatiné.	LAPIN témoin.	OBSERVATIONS.
Sucre réducteur dans 1000 cent. cubes. .	Sang. . .	5.60	1 »	
	Foie. . .	12.40	48.50	
Sucre réducteur obtenu en 2 h., à 40°, sur 9 gr. amidon sec en empois par 1 gr. . .	Rate . . .	3 »	0.35	
	Parotide.	3.92	2.58	
	Pancréas.	3.78	2.94	
Résidu laissé par 9 gr. amidon sec ou 200 gr. empois mis en contact avec 1 gr. .	Rate . . .	1.55	5 »	La liqueur contient de l'amidon soluble.
	Parotide .	0.60	1.50	Pas d'amidon soluble.
	Pancréas.	1.08	1.50	Pas d'amidon soluble.

Il est bon de remarquer, en passant, que le poids de l'amidon resté inattaqué, et celui du sucre réducteur, sont loin d'égaler la quantité d'amidon mise en présence des différents agents diastasiques. Les raisons de ce phénomène sont les suivantes : le sucre formé, très probablement la maltose, a un pouvoir réducteur qui est sensiblement moitié moindre que celui de la glycose qui a servi à titrer la liqueur cupropotassique; en outre, la parotide, le pancréas, transforment une certaine quantité d'amidon en acroodextrine insensible à l'iode et au réactif cuivreux, tandis que la rate fait disparaître beaucoup d'amidon soluble que l'iode colore en bleu noir dans la liqueur filtrée.

L'inspection de ce tableau et le rapprochement deux à deux des nombres qui y sont inscrits, projettent une vive lumière sur le sujet qui nous intéresse : je veux parler du diabète maigre.

Nous avons déjà vu que, sous l'influence de la pancréatine, l'urine du lapin se chargeait de sucre une fois sur cinq; mais ce qui nous frappe maintenant, c'est la quantité énorme de sucre que contient le sang; celui-ci en est cinq fois et demi plus chargé que dans les conditions normales; cet excès de sucre ne vient pas de l'alimentation, car le lapin témoin, nourri dans les mêmes conditions, ne présente dans son sang que la dose normale, soit environ 1 gramme de sucre par litre. La suite de nos investigations va vous permettre de reconnaître l'origine de ce sucre. En effet, tandis que, cinq heures après la mort, le foie du lapin témoin contient 5 p. 100 de sucre, celui du lapin pancréatiné ne contient plus que 1gr20 p. 100. Il est bon de nous rappeler ici que Cl. Bernard a montré que, pendant les cinq premières heures après la mort, la matière amyloïde du foie continuait à se transformer en glycose sous l'influence d'un ferment spécial; un physiologiste italien a signalé celui-ci comme analogue à la diastase du suc pancréatique qui saccharifie l'amidon dans l'intestin.

Nous venons de voir que le foie du lapin pancréatiné élabore, dans le même temps, après la mort, cinq fois moins de sucre que celui du lapin normal. En conséquence, n'est-il pas naturel d'opposer cette pénurie en glycose du foie du lapin pancréatiné à la surabondance de ce même sucre dans le sang de l'animal, et ne sommes-nous pas fondé à émettre l'opinion que la glycohémie et la glycosurie, provoquées chez le lapin par l'usage de la pancréatine, se sont établies aux dépens de la matière glycogène du foie? Il est donc logique d'émettre l'hypothèse que le ferment qui, dans le foie, préside au départ de la matière glycogène, se régénère et s'entretient, grâce à l'écoulement du suc pancréatique dans le tube intestinal et à sa résorption à l'état actif ou à l'état de zymase, en même temps que celle des autres éléments de la digestion.

Ce qui semble donner à cette hypothèse une certaine consistance, c'est que nous voyons les expériences comparatives avec la parotide, le pancréas et la rate du lapin témoin et du lapin pancréatiné, posséder, dans ce dernier cas, un pouvoir diastasique plus considérable que dans les conditions normales. L'action de la rate sur l'amidon, chez le lapin pancréatiné, est même bien digne de remarque.

Enfin, n'est-il pas manifeste que c'est sous l'influence de la pancréatine que le foie du lapin a perdu la plus grande partie de son glycogène, tandis que son sang se chargeait de sucre d'une façon tout à fait anomale? S'il en est ainsi, peut-on se défendre d'admettre que c'est sous l'influence des éléments pancréatogènes, qui sont apportés au foie par la veine-porte, que celui-là se charge d'un ferment, dont le rôle est de dissoudre le glycogène?

Il nous semble que ces expériences, et les conséquences qui en découlent, peuvent fournir l'explication du mécanisme du diabète maigre occasionné par l'altération ou l'absence du suc pancréatique. On pourrait l'expliquer ainsi : le sucre produit par la transformation des aliments amylacés et celui qui prend naissance dans la profondeur des tissus par un phénomène d'autodigestion, arrivent dans le foie, où, dans les conditions normales, ils sont transformés en glycogène et emmagasinés. Le ferment du foie, dont la formation est sous la dépendance des zymases pancréatiques et aussi du suc pancréatique lui-même, résorbés

par les chylifères, dissout ce glycogène au fur et à mesure, et le sucre formé est transformé dans la circulation en eau et en acide carbonique.

L'absence du suc pancréatique, dans le diabète maigre, entraînerait donc l'absence du ferment diastasique du foie. Le glycogène contenu dans cet organe ne pourrait plus entrer en circulation, et la glycose venue de l'alimentation et de l'auto-digestion, ne trouvant pas de place pour se fixer dans le foie à l'état de glycogène, continuerait à circuler dans l'économie jusqu'à ce que les reins la séparent du sang et qu'elle soit expulsée au dehors par les urines.

La clinique nous dira bientôt ce qu'il faut penser de cette hypothèse; mais, devant l'absence plus ou moins complète de sécrétion pancréatique chez le diabétique maigre, nous croyons devoir ajouter que le clinicien ne doit pas hésiter à porter rapidement la dose de pancréatine de 3 grammes à 8 grammes par jour.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mai 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° des notes de MM. Pigeon, Ogier, Penaut et Socquet; 2° pli cacheté de MM. Galippe et Langlebert.

LECTURE

Endométrite chronique. — M. DUMONTPALLIER lit un travail sur le traitement local de l'endométrite chronique. (Voir plus haut, p. 521.)

RAPPORT

Obstruction intestinale. — M. LE DENTU lit un rapport sur une communication de M. Jules Bœckel : « De la suture immédiate après ouverture de l'intestin dans les cas d'obstruction. »

M. Le Dentu croit que, bien que l'observation dont il s'agit soit un bel exemple de succès de la laparotomie appliquée à l'étranglement interne, c'est à un autre point de vue qu'il convient de la mettre en relief; elle montre surtout le parti qu'on peut tirer de l'incision intestinale pour faciliter la réintégration dans l'abdomen des anses intestinales distendues qu'on a été obligé d'en extraire momentanément, ou qui sont sorties pendant l'opération. Trois ressources, en effet, s'offrent alors au chirurgien : la ponction, la création d'un anus artificiel et l'opération de Madelung.

Les objections qu'on a élevées contre les ponctions sont de deux ordres : elles peuvent être inefficaces, ne donnant pas lieu à l'écoulement des gaz et des matières; dangereuses, parce qu'elles peuvent permettre l'entrée, dans la cavité péritonéale, des matières antiseptiques. Mais comme ces ponctions peuvent rendre de grands services, il n'est pas permis d'y renoncer complètement.

Il est certain qu'il faut être très circonspect quand on ponctionne l'intestin à travers la paroi abdominale; c'est surtout alors que l'infection du péritoine est à craindre. Mais il n'en est pas de même de la ponction faite après la laparotomie, avec un gros trocart, c'est-à-dire une opération qui est la même que celle de Madelung, mais avec une ouverture bien plus étroite de l'intestin, car il faut suturer immédiatement la ponction, comme on suture l'incision.

Si une seule ponction ne suffisait pas, on pourrait en pratiquer plusieurs sur des anses différentes, en ayant soin de placer, au niveau de chacune d'elles, un ou deux points de suture. Mais, supposons qu'elles ne suffisent pas pour permettre la réduction de l'intestin; il faut alors recourir sans hésitation à l'incision de l'intestin, mais il ne faut pas se faire illusion; car, si radical qu'il paraisse, ce procédé n'assure pas absolument le succès. Cela tient à ce que les anses herniées ne sont pas toujours en communication les unes avec les autres et peuvent appartenir à des portions diverses de l'intestin, d'où il résulte que la section faite sur l'une d'elles ne doit pas absolument vider les voisines. On conçoit, dès lors, que l'opération deviendrait bien laborieuse et qu'elle est presque impraticable.

L'anus artificiel semble un procédé mauvais et qu'il ne faut employer que quand il est impossible de faire autrement.

L'opération à laquelle a eu recours M. Bœckel est donc recommandable comme opération de nécessité, en cas d'insuccès des ponctions multiples.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie externe.

Le nombre des votants étant 73, majorité absolue 37 :

M. Terrier obtient 57 voix; M. Périer, 11 voix; M. Berger, 2 voix; M. Nicaise, 1 voix; M. Horteloup, 1 voix; 1 bulletin blanc.

M. Terrier est proclamé élu.

PRÉSENTATION

Anomalie génitale. — M. CRIVELLI présente des photographies relatives à une petite fille de dix-huit mois, née à Melbourne, de père et mère écossais.

D'une taille de 82 centimètres, cette enfant présente des hanches très larges; le trochanter fait une forte saillie en dehors; thorax bien développé; mamelles très accusées, comme celles d'une jeune fille de seize ans.

Mont de Vénus proéminent, couvert de duvet assez épais; grandes lèvres entr'ouvertes; vulve parfaitement développée, hymen en fer à cheval; muqueuse vaginale plissée; clitoris relativement énorme; il semble être le siège de sensations voluptueuses parfaitement perçues. La vulve humectée de mucus; les parties rouges, enflammées, le clitoris turgescent.

L'enfant a eu déjà trois fois ses règles; l'écoulement dure de deux à quatre jours et est précédé, pendant vingt-quatre heures, de malaise et d'éréthisme général.

Ni le père, ni la mère, ni les frères ne présentent d'anomalies.

Au point de vue psychique, l'intelligence de cette enfant est vive; sentiments de pudeur et de coquetterie tout à fait insolites à cet âge.

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret, pour entendre la lecture du rapport de M. Féréol sur les candidats au titre de membres correspondants nationaux dans la section de médecine.

La séance est levée.

L'Académie, en comité secret, a dressé la liste suivante pour la place vacante dans la section des correspondants nationaux (médecine) : 1° M. Lacassagne (de Lyon); 2° M. Gros (d'Alger); 3° M. de Brun (de Beyrouth); 4° *ex æquo* : MM. Duché (d'Ouanne); Niepce (d'Allevard) et Trastour (de Nantes).

— La commission des hospices de Saint-Étienne rappelle que le concours sur titres, pour la nomination d'un pharmacien de première classe à l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, aura lieu le 4 juin 1890.

Les demandes d'inscription devront parvenir au secrétariat desdits hospices, au plus tard le 22 mai courant, et être accompagnées du diplôme de pharmacien de première classe et d'un certificat de moralité récemment délivré.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue Valbenoite, n° 40.

— *Erratum.* — Page 510, première colonne, avant-dernière ligne, au lieu de M. *Mondoza*, lisez *Mendoza* (docteur F. Suarez de Mendoza).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 58. — MARDI 20 MAI 1890. 63e ANNÉE. MARDI 20 MAI 1890. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » . — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Le criminel (1).

VI

Pour terminer l'étude de la criminalité, nous allons entrer dans l'examen de certains individus qui ne sont pas tout à fait des aliénés, mais qui ne jouissent pas non plus de la plénitude de leurs facultés et qu'on a qualifiés pour cette raison du nom de *frontiéristes*.

Je n'ai pas, en effet, à m'occuper de l'aliénation mentale proprement dite, qui vous est enseignée dans une autre chaire, et, sur ce sujet, je ne vous ferai qu'une remarque générale. Lorsqu'un individu est atteint d'une psychose quelconque, il exécute son crime suivant la tendance des hallucinations auxquelles il est en proie. Prenez, par exemple, le persécuté : jamais, dans la première période de sa folie, il ne se retourne, pour le frapper, vers le passant qui lui adresse des injures. En effet, il entend des voix qui l'injurient, mais il ne sait pas et ne se demande pas de quelle bouche partent les injures; il ignore le nom de ses persécuteurs et il y est indifférent. Au contraire, dans une autre forme qui succède généralement à la précédente, le persécuté systématise son délire et fait choix d'un persécuteur : c'est alors seulement qu'il devient dangereux.

Le danger est encore plus grand, lorsque l'alcool vient donner son appoint au délire préexistant. Il y a trois ans, j'ai été commis pour examiner un nommé P..., qui avait tué sa femme et deux enfants dans les circonstances suivantes : cet homme entendait tout le monde mettre en suspicion la vertu de sa femme, et il en était même arrivé à douter que ses enfants fussent de lui. Il devint si insupportable que la maison de commerce où il était employé dut le congédier. Ce persécuté oisif devint bientôt un alcoolique, et, un soir, rentrant du cabaret, il tua sa femme, coupa le cou à deux de ses enfants, en oubliant un troisième dans son berceau. Notre examen ne nous a laissé aucun doute : nous étions bien en présence d'un persécuté avec hallucination de l'ouïe, à qui l'alcool avait donné le courage, pardonnez-moi le mot, de passer de l'idée à l'acte.

Dans l'asile où on l'a interné, il a vu qu'on le retenait parce qu'il avouait des hallucinations, et il a repris assez d'empire sur lui-même pour cacher qu'il entendait des voix, si bien qu'il a réussi à se faire mettre en liberté. Il n'en est pas moins vrai que c'est un être très dangereux pour la société au milieu de laquelle il vit.

Je ne vous dirai rien non plus de la démence. Il est extrêmement rare, en effet, que nous ayons à intervenir comme médecins légistes vis-à-vis des déments, contre lesquels on ne peut guère intenter qu'une action civile. Il en est de même pour les idiots et les imbéciles.

Ce qui est extrêmement difficile à apprécier, ce sont les actes commis par les demi-aliénés, que je vous indiquais en commençant, épileptiques, hystériques, morphiomanes, etc.

Il y a deux mots que vous m'entendrez prononcer souvent, au cours de cette étude, et sur lesquels il importe de nous entendre avant d'aller plus loin : l'impulsion et le défaut de résistance à la tentation.

Lorsqu'un individu est atteint d'un certain trouble psychique, il peut, en cet état, commettre un acte sans aucune conscience. Il ignore complètement ce qu'il a fait et ne l'apprendra que par d'autres personnes. Quand l'impulsion est franche, le doute, dans ce cas, n'est pas possible pour le médecin légiste.

Mais il est des sujets qui ont une demi-conscience de leurs actes, quelque chose d'analogue à ce que nous éprouvons au réveil, lorsque nous nous demandons si ce que nous venons de ressentir est rêve ou réalité. Le diagnostic devient alors très difficile, parce que des simulateurs peuvent très bien se prévaloir d'une demi-conscience, qui chez eux est voulue.

Il y a encore une autre forme : un individu peut être obsédé, pendant toute sa vie, par une idée fixe, telle que celle-ci : « Tu tueras. » Les sujets faibles ont beaucoup de peine à se soustraire à ces ordres intérieurs, mais ils savent très bien ce qu'ils éprouvent.

On peut donc distinguer trois catégories : l'impulsion type avec amnésie complète, la demi-conscience et la conscience parfaite.

A côté de ces états mentaux, il faut ranger une tout autre forme. L'impulsion n'est pas très violente, mais ce qui manque complètement au sujet, c'est la force d'y résister, quelque faible qu'elle soit. C'est ce qui explique la fréquence

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 493.

des vols dans les grands magasins, vols commis souvent par des femmes riches. Ajoutez que, la plupart du temps, il s'agit d'objets tout à fait insignifiants. Témoin cette femme qui vole, dans la ville où son mari est premier président du tribunal, deux ou trois cents cravates d'homme, qu'on a retrouvées ensuite soigneusement rangées dans un tiroir. Ce n'était donc pas pour en tirer parti qu'elle les avait soustraites et le mobile de cette action nous échappe complètement. La coupable était, d'ailleurs, fille d'un des grands magistrats du temps de Louis-Philippe et elle était très riche. Il est probable que la sollicitation a dû être mince, mais la résistance a été nulle. Entrez, du reste, dans la vie de ces femmes : vous verrez qu'elles ne savent résister à aucun désir, si futile qu'il soit; le plus souvent elles sont gourmandes, et gourmandes comme des enfants, c'est-à-dire ne sachant pas résister à la vue d'un bonbon.

Il y a donc, d'un côté, l'impulsion violente et, de l'autre côté, un défaut absolu de volonté. Eh bien! prenez les malades auxquels les intoxications sont étrangères, comme les épileptiques, en général, ce sont des impulsifs. Au contraire, l'alcool, la morphine, et tous les poisons de cette espèce, semblent diminuer la force de résistance; ceux qui en abusent sont des amoindris. Chaque petit verre atténue la volonté dont ils auront besoin pour ne pas en avaler un autre; c'est la même chose pour les seringues de morphine.

Ces préliminaires posés, voyons ce qui se passe au point de vue psychique dans l'épilepsie. Je n'ai pas à vous faire l'histoire de cette affection, je n'en détache que ce qui a trait aux actes délictueux. Dans l'attaque franche d'épilepsie, il y a souvent des *auras* et il y en a qui sont purement intellectuelles. C'est une anxiété morale, une tendance à la mélancolie, qui dure quelquefois assez longtemps, deux ou trois jours, par exemple, pour que l'entourage soit prévenu de ce qui va se passer. Cette aura délirante peut donner naissance à des conceptions criminelles, et, ce qui est très intéressant pour nous, c'est que les mêmes conceptions se représentent toujours chez un même individu, avec la même forme et la même durée. C'est invariablement la même épreuve du même cliché photographique. Dans des cas semblables, il n'y a donc pas grande difficulté pour le médecin légiste.

Il y en a davantage au sujet du délire qui peut suivre l'attaque. Vous savez qu'à l'attaque d'épilepsie succède, d'abord, un état comateux qui peut être suivi quelquefois de paralysie, quelquefois de délire maniaque, se manifestant surtout par de la combativité. Que ce délire soit *ante* ou *post*-épileptique, il est toujours suivi d'une amnésie complète.

Si vous êtes appelés à examiner des malades de cette espèce, je vous engage à vous souvenir d'un signe indiqué par van Swieten et par Trousseau, et qui consiste en un petit piqueté hémorrhagique sur la poitrine. Je n'ai pas besoin de vous rappeler les traces de spume, de morsures à la langue, etc.

Mais il est une forme bien plus embarrassante, je veux parler de l'épilepsie larvée, qui se manifeste uniquement par un accès de délire, ou, du moins, c'est tout ce que nous en voyons. Legrand du Saulle attachait une grande importance à l'incontinence d'urine comme moyen de diagnostic. Je ne méconnais pas ce signe; de toutes les contractions musculaires, la plus fréquente dans l'épilepsie est celle de la vessie. Lasègue disait, cependant, qu'on peut en trouver partout ailleurs et il citait l'exemple d'une jeune femme qui, faisant son voyage de noce en Suisse, eut, deux fois en huit jours, des accès de délire, et le mari avait remarqué que chaque fois elle remuait convulsivement le quatrième doigt de la main. C'était, d'ailleurs, chez elle, le seul signe convulsif.

Il semble même y avoir des accès de délire épileptique sans aucune espèce de convulsion : c'est ce qu'on appelle le phénomène de l'*absence*. Un individu, au milieu d'une conversation, s'arrête brusquement, devient un peu pâle, et reprend quelquefois au bout d'une minute sa causerie, à l'endroit même où il l'a laissée. Cette forme est facile à dépister, parce que l'absence est un fait trop saillant pour qu'il puisse passer inaperçu des personnes qui vivent dans la société du malade.

Les actes commis pendant l'absence peuvent conduire en prison. Un graveur avait été écroué pour avoir jeté de l'acide nitrique à la face d'un de ses camarades, sans raison apparente. Or, en prison, on s'aperçut qu'il était épileptique, parce qu'il avait presque tous les jours un accès pendant lequel il brisait n'importe quoi.

Le délire peut durer quelques heures ou quelques jours. Ici se place la forme si curieuse du délire ambulatoire : un individu, une fois ou deux par semaine, se précipite hors de chez lui pour sauter dans le premier omnibus qu'il rencontre et il va ainsi quelquefois très loin, restant absent de son domicile parfois pendant plusieurs jours. Souvent, dans les journaux, on raconte qu'on a trouvé, se promenant dans la rue, une personne en chemise, et on ajoute que c'était un somnambule : presque toujours, c'est un épileptique larvé. Magnan a rapporté l'observation d'un malade qui se promenait dans ce costume sur le toit de sa maison.

Il y a, dans cet ordre de faits, des actes qui sont classiques. Trousseau parle d'un magistrat qui, à l'audience, se tournait tout à coup et urinait derrière son fauteuil. Ce magistrat n'avait ensuite aucun souvenir de l'acte étrange qu'il avait commis.

Dans les cas où l'ambulation se prolonge, il se produit un phénomène automatique des plus curieux : l'épileptique peut payer le conducteur d'omnibus, prendre une correspondance, monter et descendre de voiture, sans garder aucun souvenir de ce qu'il fait une fois la crise passée. Cette faculté qu'a l'individu de pouvoir se diriger complètement dans son délire, soulève parfois des questions assez difficiles à résoudre au point de vue médico-légal. On a cité le fait suivant : Un capitaine d'artillerie, marié, était parti avec une somme d'argent assez considérable, sans dire où il allait. Il est porté comme déserteur. Au bout de trois mois on le trouve en Angleterre, on le traduit en conseil de guerre, et là, il déclare qu'il ne se souvient absolument pas de ce qui s'est passé depuis qu'il a quitté le domicile conjugal. On le garde en observation et, en prison, il a une nouvelle absence qui permet de conclure à l'absence de toute responsabilité personnelle.

Nous touchons ici au dédoublement de la personnalité. Un individu, dans un état premier, accomplit des actes dont il se souvient tant qu'il reste dans cet état, mais dont il a perdu toute mémoire quand il passe dans l'état second. On n'observe jamais, chez ces sujets, d'accès épileptique franc.

Rien n'est plus commun que la forme ambulatoire chez les adolescents de quatorze ou quinze ans. Il ne se passe pas de semaine où, à la Préfecture de police, des parents ne viennent réclamer leur enfant, qui a quitté la maison paternelle avec quelques sous dans sa poche, à peine de quoi vivre pendant un jour. Le plus souvent on les retrouve

dans quelque ville de province où ils ont été au hasard, marchant toujours devant eux, couchant dans les granges et vivant de la charité publique. Quand on les ramène à leur famille, ils sont incapables de raconter ce qu'ils ont fait depuis leur départ.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

I

Des pierres oculistiques. — M. le docteur Auzilhou, ancien aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier, vient de publier, dans le *Montpellier médical*, quelques notes intéressantes sur les pierres oculistiques.

Ces pierres sont fréquemment employées dans les départements du Gard, de l'Hérault et de la Lozère. M. Auzilhou pense que leur usage dans la cure des affections oculaires remonte à l'antiquité romaine.

Parmi ces pierres, les unes sont très finement gravées et représentent des animaux ou des sujets mythologiques; d'autres, tout en étant taillées avec assez d'art, ne portent aucune gravure et ne doivent leur réputation qu'à la nature de la pierre; il en est même qui présentent des sujets en applique et en émail.

La composition de ces pierres varie : tantôt c'est l'agate, tantôt le grenat ou le cristal de roche qui sert à fabriquer les pierres oculistiques. D'ordinaire, de forme ovale, elles ne dépassent guère, dans leur plus grand diamètre, 12 millimètres.

Les habitants des Basses Cévennes les emploient dans la cure d'un grand nombre de maladies d'yeux. Ils appliquent la partie lisse de la pierre sur la cornée et la sclérotique et prolongent plus ou moins la durée de ce contact. Certains malades ont conservé des pierres dans la cavité palpébrale pendant plus d'un mois.

M. Auzilhou pense que toutes les maladies dépendant de l'atonie des différentes parties de l'œil, les légères ulcérations de la cornée non inflammatoires, les faiblesses de la vue d'origine nerveuse, mais surtout les taies de la cornée, sont probablement traitées avec succès au moyen des pierres oculistiques.

Quelle est l'action de ces agents?

La pierre oculistique agit comme irritant à la surface de l'œil et à la face interne des paupières, mais comme un irritant très doux et très supportable.

L'auteur croit que l'action de ces topiques ne dépend pas exclusivement de leurs propriétés irritantes, et qu'il faut faire entrer en ligne de compte la fraîcheur que peut procurer à l'œil le contact d'une pierre bonne conductrice de la chaleur.

M. Auzilhou ajoute que ces pierres sont surtout utiles dans le traitement des taies récentes de la cornée.

Il y a lieu d'être réservé sur l'efficacité de cette médication préconisée, à titre d'essai, par le médecin de Montpellier. L'engouement que les populations ont pour ces pierres n'est pas une raison suffisante pour légitimer leur usage dans la thérapeutique oculaire. Si ces pierres rendent parfois des services, ce qui n'est pas démontré, elles peuvent être souvent nuisibles.

Contribution à l'étude du pied-bot invétéré. — M. Ch. Nélaton a publié, dans les *Archives générales de médecine*, un intéressant travail sur le pied-bot varus équin invétéré.

Les déformations osseuses du pied sont de deux ordres : 1° les unes sont dues à l'équinisme et à l'expulsion incomplète de l'astragale en avant de la mortaise péronéo-tibiale; 2° les autres sont représentées par le déplacement du scaphoïde sur la face interne de la tête et du col de l'astragale plus ou moins hypertrophié, et par la subluxation ou la luxation du cuboïde sur la face interne du calcanéum.

M. Nélaton passe en revue les causes qui mettent obstacle au redressement du pied. Il signale en particulier une déformation consécutive à l'équinisme et dont l'existence n'avait pas été reconnue par les auteurs. Voici en quoi elle consiste : on sait que la face externe de l'astragale présente une facette cartilagineuse semi-lunaire de grand rayon qui correspond à la face interne de la malléole externe et qui glisse sur cette dernière à plat; son segment antérieur déborde la malléole dans les mouvements d'extension du pied, rentre dans la mortaise pendant la flexion. Or, en raison de la saillie permanente de l'astragale en avant de la mortaise, lorsque le pied est en équinisme, les deux tiers antérieurs de la facette astragalienne externe demeurent au-devant de la malléole, son tiers postérieur restant seul à son contact. Cette portion antérieure participe à l'augmentation du volume du col; elle se développe en dehors sous forme de tubercule ou bien sous forme de rebord, de plateau large et épais, saillant au-devant de la malléole externe, qui va constituer une véritable *cale* empêchant le retour de l'astragale dans la mortaise. Cette cale s'opposera donc à toute flexion du pied et maintiendra permanent l'équinisme, quelles que soient d'ailleurs les sections tendineuses exécutées. Cette protubérance osseuse seule empêche le redressement du pied.

Les déformations et déplacements osseux qui maintiennent la déviation en *varus* sont : l'hypertrophie de la tête et du col de l'astragale en dedans desquels le scaphoïde s'est luxé; la subluxation ou la luxation du cuboïde sur la face interne du calcanéum. Il y a donc un obstacle osseux à la réduction de l'équinisme, l'hypertrophie du segment antérieur de la facette externe de l'astragale qui déborde la mortaise; et deux obstacles osseux à la correction du varus, la tête astragalienne hypertrophiée et l'extrémité antérieure de la grosse apophyse du calcanéum, en dedans de laquelle se trouve le cuboïde.

Pour corriger l'équinisme, il suffit de supprimer cette partie saillante au-devant de la malléole externe.

Pour corriger le varus, il faut : 1° extirper la tête astragalienne et une partie de son col allongé; 2° retrancher un coin de la grosse tubérosité calcanéenne.

M. Nélaton propose le manuel opératoire suivant : 1° On fait une incision de 6 centimètres de longueur environ entre le bord antérieur du péroné et le bord externe des tendons extenseurs; elle s'étend sur le tubercule exubérant de l'astragale, l'articulation tibio-tarsienne, et se prolonge en bas, longeant toujours le bord externe des tendons extenseurs jusqu'au niveau de l'interligne médio-tarsien. Par cette incision, on fait sauter d'un coup de ciseau le tubercule en question. La correction de l'équinisme est aussitôt possible; — 2° Toujours par la même voie, on résèque et on extirpe la tête astragalienne hypertrophiée ; — 3° On fait une deuxième incision de 3 centimètres d'étendue environ sur la grande apophyse du calcanéum, on dénude avec le détache-tendon 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 de cette apophyse, et on extirpe la portion osseuse dénudée.

Cette opération conservatrice, qui ménage une grande partie du squelette du pied, donne d'excellents résultats.

II

Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la convexité du foie. — M. L. Galliard expose, dans les *Archives générales de médecine*, les observations personnelles qu'il a recueillies sur les kystes hydatiques de la convexité du foie.

A côté des cas absolument latents, se placent ceux où le kyste détermine des lésions appréciables, mais où diverses circonstances empêchent de faire le diagnostic. Parfois la ponction exploratrice ne donne aucun résultat. Enfin, chez d'autres malades, le diagnostic est non seulement possible, mais facile.

M. L. Galliard termine son travail par l'énumération de quelques conclusions qui ont leur utilité pratique :

1° La ponction d'un kyste hydatique du foie *dans le thorax*, quelles que soient les précautions prises, constitue parfois une opération *dangereuse*;

2° Elle expose les opérés à une fluxion sanguine des poumons qui peut causer la mort;

3° Si l'on veut faire, pour fixer le diagnostic, une simple *ponction exploratrice*, il ne faut retirer qu'une quantité de liquide très faible, juste assez pour remplir une éprouvette, c'est-à-dire quelques centimètres cubes seulement;

4° Que si l'on veut transformer, séance tenante, la *ponction exploratrice* en *ponction évacuatrice*, et prolonger l'évacuation comme s'il s'agissait d'un vulgaire épanchement pleural, jusqu'au moment où l'anxiété du patient vient indiquer la fin de l'opération, il faut alors se tenir prêt à injecter dans le kyste, par la canule maintenue en place, une quantité de solution médicamenteuse (sublimé, par exemple), équivalente à la quantité de liquide recueillie dans l'appareil.

Essence de menthe poivrée dans le traitement de l'otite suppurée. — M. Blumenau recommande le traitement suivant qui a déjà été préconisé par Braddon, en mars 1888. On ajoute deux à quatre gouttes d'essence de menthe poivrée à 30 grammes d'huile d'amandes douces. Il suffit d'injecter une seringue de ce mélange dans le conduit auditif. Après avoir laissé le liquide pendant dix à quinze minutes environ, on lave à l'eau chaude, on sèche et on met dans l'oreille un bondonnet d'ouate trempé dans le même mélange. Le traitement est renouvelé le lendemain. On guérirait ainsi l'otite aiguë et même l'otite chronique en quinze jours. (*Le Praticien.*)

III

La créoline, substance pyogène par excellence. — Tel est le titre que donne le docteur E. Malvoz à un très court article qu'il a publié dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*.

On connaît les travaux qui ont été faits, au point de vue clinique et bactériologique, sur la créoline. Il a été tout d'abord reconnu qu'il existait différentes espèces de créoline. Tandis que certains chimistes proclamaient l'existence d'une notable proportion d'acide phénique dans la composition de la créoline, d'autres chimistes affirmaient le contraire. En somme, l'analyse de la créoline ou des créolines n'est pas établie d'une façon définitive.

Quant aux propriétés antiseptiques de cette substance, elles sont fort discutées. Quelques auteurs avaient espéré que la créoline occuperait désormais un rang élevé dans la classe des antiseptiques utilisables dans la pratique chirurgicale. Mais déjà l'expérience a démontré que la créoline ne donnait pas des résultats aussi satisfaisants que ceux obtenus tous les jours par les opérateurs qui se servent d'acide phénique, de salol et surtout d'iodoforme. Les gynécologues, après quelques tentatives infructueuses, avaient abandonné l'emploi de cette substance si mal connue chimiquement.

Janowski (de Varsovie) vient de porter un dernier coup à ce prétendu agent antiseptique.

En inoculant à toute une série d'animaux les substances les plus diverses dans le but de vérifier leurs propriétés au point de vue de la formation du pus, Janowski n'a pas été peu surpris de rencontrer dans la créoline une des substances les plus aptes à engendrer du pus, sans intervention de micro-organismes.

De tous les produits essayés par l'expérimentateur (acides concentrés, alcalis, produits de la putréfaction, etc.), la créoline est une des rares substances qui soit susceptible de produire de la suppuration par elle-même.

Janowski a fait des expériences dans des conditions telles que l'influence des microbes ne peut être incriminée. Du reste, le pus produit par la créoline ne renferme pas de micro-organismes.

L'auteur a fait des expériences sur des chiens. Les six injections, pratiquées sur six chiens différents, ont donné lieu à une suppuration un peu spéciale. En effet, le pus qui ne contenait pas de bacilles était plus fluide que le pus habituel.

Si ces expériences ne sont pas controversées, si réellement il n'y a pas lieu de faire intervenir l'action des micro-organismes dans la production du pus qui apparaît après l'injection de créoline, le fait signalé par Janowski ne peut que discréditer définitivement une substance dont les propriétés antiseptiques n'ont jamais été admises sans réserve par les chirurgiens.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mai 1890. — Présidence de M. Nicaise.

COMMUNICATIONS

Laparotomie dans l'obstruction intestinale. — **M. MONOD.** Un jeune homme de dix-huit ans avait éprouvé des douleurs violentes dans le ventre, le 21 mars 1890. Des signes d'obstruction lente se manifestent. Un lavement électrique ne donne aucun résultat. Pas de diagnostic précis. La laparotomie est pratiquée. On trouve des anses intestinales très distendues et violacées. Dans le flanc droit, il existe une anse intestinale affaissée et de couleur grisâtre. C'est à ce niveau que siégeait l'obstacle à la libre circulation des matières. On libère aisément l'anse intestinale, étranglée en anneau. On ne cherche pas la cause de l'étranglement. Le ventre est refermé et la guérison survient.

M. Monod fait remarquer qu'il a été favorisé par le hasard. Il a eu la chance de tomber sur l'agent de l'étranglement. Il a eu l'occasion de pratiquer quatre fois la laparotomie dans des cas de ce genre.

Dans un premier cas, l'opération a permis de constater, dans l'abdomen, un énorme épanchement de sang. On n'a pas pu reconnaître la source de l'hémorrhagie. Le malade est mort.

La deuxième observation a trait à une plaie abdominale par balle de revolver. Le foie était perforé. La mort a suivi l'intervention.

Dans un troisième cas, une femme avait de l'occlusion intestinale aiguë. Il s'agissait d'un cancer intestinal, avec perforation de l'intestin.

En somme, quand on fait la laparotomie pour remédier aux accidents d'obstruction intestinale, on peut tomber sur des cas favorables ou défavorables. Le succès dépend un peu de la chance de l'opérateur. Néanmoins, il faut opérer et opérer de bonne heure.

M. MARCHAND a donné des soins à un homme de quarante-neuf ans qui a présenté des symptômes d'occlusion lente de l'intestin. On sentait vaguement dans le flanc droit de l'induration. Le diagnostic était : occlusion intestinale. M. Marchand trouva dans le péritoine 1 litre de pus. Lavage péritonéal. Guérison. Rien ne pouvait faire croire à l'existence d'une péritonite subaiguë.

M. TERRILLON fait remarquer qu'il y a un bon signe pour reconnaître la péritonite dans quelques cas douteux. Ce signe, indiqué par M. Duplay, est la matité relative que l'on trouve à la partie inférieure de l'abdomen.

M. TERRIER cite un fait qui prouve que cette matité, produite par l'épanchement péritonéal, permet de faire parfois le diagnostic de péritonite et d'exclure l'idée d'occlusion.

M. QUÉNU avance que parfois le diagnostic de la péritonite subaiguë est impossible. Un Hollandais avait des signes d'occlusion intestinale. M. Quénu fait la laparotomie et trouve un petit épanchement péritonéal, avec dépôt de fibrine sur l'intestin. Une anse intestinale était plus malade que les autres. M. Quénu, après avoir mobilisé les anses intestinales, met un drain dans le cul-de-sac péritonéal qu'il perfore. Ce drain était placé dans le ventre, à côté de l'anse malade. Les suites opératoires furent simples. Mais il se produisit une fistule stercorale. Les matières coulaient le long du drain. La guérison fut obtenue.

M. JALAGUIER. La péritonite peut exister, alors qu'il est impossible de trouver de la matité.

Un enfant avait une tumeur dans la région inguinale droite.

Il présentait des phénomènes d'étranglement interne. Il n'y avait pas de matité à la partie inférieure de l'abdomen. On pensa à une hernie étranglée.

En ouvrant le sac herniaire, M. Jalaguier ne fut pas peu étonné de constater du pus et de l'épiploon. Le sac fut fermé. La laparotomie médiane fut immédiatement pratiquée. Il y avait du pus dans le bassin. Des anses intestinales étaient agglutinées et collées sur la paroi abdominale antérieure. Telle était l'explication de la sonorité. La péritonite était due à une perforation de l'appendice iléo-cæcal.

Dans un deuxième cas, le diagnostic avait été tout d'abord péritonite chez un enfant. Mais M. Jalaguier s'était rallié plus tard au diagnostic d'invagination. Il n'y avait pas de matité à la partie inférieure de l'abdomen. Dans ce cas encore, les anses intestinales étaient collées contre la paroi abdominale. Le lavage abdominal fut fait. La mort ne put être évitée. Il y avait perforation de l'appendice iléo-cæcal.

M. Jalaguier fait remarquer que la péritonite enkystée simule l'obstruction et que ces péritonites trompeuses et difficiles à diagnostiquer sont dues à des inflammations et à des perforations de l'appendice iléo-cæcal.

Stérilisation des instruments. — M. QUÉNU. L'appareil qu'il a présenté, dans la dernière séance, ne peut servir à stériliser les bistouris. M. Quénu a fait fabriquer une étuve à air sec pour les instruments en acier.

Tumeur du mésentère. — M. TERRIER. La tumeur du mésentère qu'il a présentée dans la dernière séance est un sarcome. Dans l'intérieur du néoplasme, il y avait de la dégénérescence graisseuse.

M. Terrier a eu l'occasion d'enlever une autre tumeur qui siégeait à la partie inférieure de l'abdomen et qui se prolongeait dans le bassin. Chez l'homme, porteur de cette tumeur, les symptômes du début consistaient dans des alternatives de diarrhée et de constipation. Des douleurs abdominales existaient aussi. Le diagnostic était à peu près impossible à faire. Une ponction avait permis de retirer une certaine quantité de sang. La laparotomie fut pratiquée par M. Terrier. La tumeur était adhérente à la paroi abdominale et présentait l'aspect d'un kyste de l'ovaire. Une ponction permit de retirer du sang. La tumeur fut disséquée avec les doigts et séparée de ses adhérences épiploïques. Bref, on finit par isoler la tumeur qui était attachée à la partie convexe d'une anse d'intestin grêle par un pédicule. On posa des ligatures sur ce pédicule ; la tumeur fut enlevée. L'intestin ne fut pas ouvert. Peut-être s'agit-il d'une tumeur développée aux dépens d'un diverticule normal de l'intestin.

Des pulvérisations phéniquées dans le traitement de quelques affections de la mamelle. — M. VERNEUIL, depuis longtemps, a l'habitude de faire pratiquer des pulvérisations phéniquées sur les plaies qui résultent d'une large amputation du sein.

Dans un certain nombre de cas, les abcès du sein donnent lieu à des fistules qui peuvent être le point de départ d'un érysipèle. Cette complication, de plus en plus rare dans les services de chirurgie, est sûrement évitée dans les cas en question, si on a soin de faire des pulvérisations phéniquées sur la région mammaire.

La mammite aiguë peut se terminer par un abcès et une ou plusieurs fistules qui s'éternisent. La pulvérisation donne d'excellents résultats. Elle amène rapidement la résolution de ces mammites tenaces.

Quand l'inflammation débute dans la glande, on fait des pulvérisations pendant deux ou trois jours de suite. Après cette période préparatoire, on entame dans d'excellentes conditions le traitement chirurgical de ces mammites.

Il vaut mieux opérer sous le spray, qui est peut-être trop délaissé de nos jours. Le spray est utile quand on agit sur un foyer qui contient déjà du pus.

L'incision faite, on met un ou plusieurs drains. Pendant les cinq, six ou huit jours qui suivent, on pratique des pulvérisations phéniquées. Grâce à cette méthode, la fièvre tombe, les phénomènes douloureux se calment rapidement, la suppuration ne tarde pas à se tarir.

Les pulvérisations phéniquées trouvent encore une heureuse application dans le traitement des cancers ulcérés du sein.

On sait que ces cancers répandent une épouvantable odeur. Les malades s'intoxiquent et leur vie devient insupportable. En deux ou trois séances de pulvérisations de vingt à trente minutes, on parvient à améliorer dans des proportions notables l'état de ces malheureuses femmes. L'acide borique et le chloral peuvent être utilisés, mais les pulvérisations phéniquées doivent être préférées, car elles enlèvent l'odeur et la douleur.

Une malade avait une tumeur ulcérée du sein, des trajets fistuleux existaient en différents points du néoplasme qui datait de dix ans. Il s'agissait d'une tumeur fibro-kystique. On fit des injections dans les drains qui furent placés dans les trajets fistuleux et on soumit la malade à des pulvérisations phéniquées.

En huit ou dix jours, la fièvre et la suppuration disparurent. L'état général s'améliora considérablement. M. Ollivier, qui avait appelé M. Verneuil en consultation, réitéra la proposition d'enlever la tumeur du sein. L'état général et l'état local s'étaient amendés à un tel point que M. Verneuil céda aux sollicitations du médecin, de la malade et de la famille. Il fit l'extirpation de la mamelle au thermocautère. (M. Verneuil ne s'est servi du thermocautère qu'à titre absolument exceptionnel.)

On trouva sous la mamelle, entre la face profonde du sein et le grand pectoral, une grande cavité purulente qui fut convenablement grattée. Les pulvérisations phéniquées hâtèrent la cicatrisation. La guérison survint sans incident. Le résultat fut bon et avantageux.

On voit parfois, après l'accouchement, des mamelles grosses, chaudes et douloureuses. Le diagnostic n'est pas toujours facile à établir. On hésite entre la rétention laiteuse et le phlegmon mammaire. La mammite totale est non seulement d'un diagnostic peu aisé, mais son traitement laisse à désirer.

Il y a trois ans, M. Verneuil a eu l'occasion de donner des soins à une malade qui présentait une double mammite. La peau était tendue et luisante. On ne savait, au début, s'il y avait du pus et où celui-ci se trouvait. Des pulvérisations phéniquées diminuèrent l'intensité des symptômes et permirent de distinguer assez vite où étaient les points abcédés.

La mammite généralisée, diffuse, à marche lente, est difficile à diagnostiquer. On peut se demander s'il s'agit d'une mammite ou d'une production maligne.

M. Verneuil a été consulté par un de ses anciens élèves. La femme de ce jeune docteur était accouchée depuis trois mois ; mais le sein semblait être appliqué contre la poitrine. Les téguments qui recouvraient la mamelle avaient l'aspect de ce que l'on décrit sous le nom de peau d'orange. La tumeur ressemblait à un néoplasme malin. M. Verneuil temporisa. Un jour, on vit apparaître un point rouge. C'était un abcès sous-mammaire qui pointait au dehors. Des incisions et des pulvérisations phéniquées amenèrent une guérison rapide.

En mars, M. Verneuil examinait une dame de quarante ans, ayant les apparences de la santé et une constitution athlétique. Elle était atteinte d'une tumeur du sein gauche. La tumeur était dure, proéminente, tendue, adhérente. A sa surface la peau était granulée.

S'agissait-il d'un sarcome à marche aiguë, d'un sarcome en masse de la mamelle? Il n'y avait pas de ganglions dans l'aisselle. Mais on constatait un peu d'œdème sur la peau épaissie de la mamelle. Il existait aussi à ce niveau un certain degré de sensibilité au toucher. On avait pensé au sarcome et M. Verneuil lui-même n'était pas éloigné de faire ce diagnostic qui lui semblait être l'hypothèse la plus probable. Cependant il n'avait pas adopté ce diagnostic sans faire des réserves. Son attention avait été frappée par l'existence de l'œdème et de la sensibilité au toucher.

Ces phénomènes, insolites dans les tumeurs malignes, lui avaient fait penser à la possibilité d'une mammite.

La malade fut soumise à l'usage de purgatifs salins et de l'arsenic. On lui fit des pulvérisations phéniquées sur la tumeur.

M. Verneuil vient de recevoir une lettre du médecin traitant de cette malade. La résolution de la tumeur est complète. Le sein est redevenu normal.

La mammite diffuse qui existait avait failli donner lieu à une erreur de diagnostic.

Le traitement de ces affections inflammatoires est assez limité. La compression, qui est classique, est difficile à faire, et parfois mal tolérée. La pulvérisation phéniquée est d'une utilité incontestable dans la mammite diffuse.

PRÉSENTATION

Tumeur dermoïde des annexes de l'utérus. — M. RICARD présente une tumeur dermoïde des annexes de l'utérus. Ce néoplasme avait donné lieu à des accidents d'occlusion intestinale qui nécessitèrent la laparotomie. Malgré les nombreuses adhérences intestinales et l'état presque désespéré de la malade, la guérison survint sans encombre. (L'observation sera publiée.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 mai 1890, M. le docteur Ehrmann, médecin auxiliaire de deuxième classe, est nommé médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décret, en date du 11 mai 1890, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Morisson, en remplacement de M. Molinier, retraité; désigné pour les fonctions de médecin chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Corties, en remplacement de M. Servent, retraité; désigné pour les fonctions de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens; — Liénard, en remplacement de M. Morisson, promu; désigné pour les fonctions de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Dijon.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Monart, en remplacement de M. Landois, retraité; désigné pour le 13e d'infanterie; — Daymard, en remplacement de M. Brochard, décédé; désigné pour le 38e d'infanterie; — Folie-Desjardins, en remplacement de M. Bourgeois, mis en non-activité; désigné pour le 58e d'infanterie; — Grouille, en remplacement de M. Corties, promu; désigné pour le 43e d'infanterie; — Calmette, en remplacement de M. Liénard, promu; désigné pour le 118e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Bonnery, en remplacement de M. Garnier-Mouton, décédé; désigné pour le 95e d'infanterie; — Delorme, en remplacement de M. Bourgeois, démissionnaire; maintenu au 4e zouaves; — Dève, en remplacement de M. Soulié, décédé; désigné pour le 1er d'infanterie; — Belliard, en remplacement de M. Germaix, mis en non-activité; maintenu comme surveillant à l'École du Val-de-Grâce; — Collinet, en remplacement de M. Guillemot, retraité; désigné pour le 89e d'infanterie; — Gaube, en remplacement de M. Guichet, mis en non-activité; désigné pour le 62e d'infanterie; — Tournier, en remplacement de M. Aubertie, mis en non-activité; désigné pour le 62e bataillon d'artillerie de forteresse; — Bernardy, en remplacement de M. Monart, promu; désigné pour le 72e d'infanterie; — Gleize, en remplacement de M. Daymard, promu; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Martin, en remplacement de M. Folie-Desjardins, promu; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Géhin, en remplacement de M. Grouille, promu; désigné pour le 43e d'infanterie; — Lecuyé, en remplacement de M. Calmette, promu; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— Par décision ministérielle, en date du 12 mai 1890, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin principal de deuxième classe Schindler, pour les fonctions de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte du Mans.

MM. les médecins-majors de première classe Caillet, pour l'hôpital militaire de Bourges; — Isambert, pour les fonctions de médecin chef de l'hôpital militaire de Dunkerque; — Desmons, pour le 110e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Toussaint, pour le 1er escadron du train des équipages militaires; — Février, pour l'École polytechnique; — Polin, pour le 24e dragons; — Louis, pour l'École de Saint-Cyr; — Schmitt, pour le 7e cuirassiers; — Galibern, pour le 138e d'infanterie; — Coindreau, pour le 93e d'infanterie; — Dupeyron, pour le 66e d'infanterie; — Larroque, pour le 122e d'infanterie; — Duval, pour le 41e d'infanterie; — Bernhard, pour le 49e d'infanterie; — Debrie, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Lafille, pour le 5e chasseurs à cheval.

MM. les médecins aides-majors de première classe Tersen, pour le 132e d'infanterie; — Routier, pour le 2e chasseurs d'Afrique; — Odile, pour l'École de Billom; — Jannot, pour l'École de Saumur.

— Les candidats au Bureau central (médecine) ont eu à traiter par écrit la question suivante : « Des ictères graves. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Campenon, agrégé, est chargé d'un cours de clinique chirurgicale.

M. Saint-Pierre (Octave-Auguste), licencié ès sciences physiques, est chargé des fonctions de préparateur adjoint des travaux pratiques de chimie (emploi nouveau).

— *École de médecine de Rouen.* — M. Pouchin (Hippolyte-Edmond), pharmacien de première classe, est institué suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— *Hôpitaux de Nancy.* — Mme Déodor, née Léonie Bruillard-Balbâtre, vient de léguer sa fortune, évaluée à 800 000 francs, pour la fondation d'un hôpital, asile ou maison de santé.

— MM. Cornil et Lannelongue, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, et Jungfleisch, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris, sont nommés membres du Comité consultatif de l'enseignement public (première section).

— M. Clarencq, ancien médecin de la marine française, à Port-Louis (Ile de France), est nommé chevalier du Mérite agricole.

— M. le docteur Chavanne, ancien député du Rhône, ancien médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, est nommé médecin du Sénat, en remplacement de M. le docteur Claudel, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Burlureaux, médecin-major de première classe en retraite; Chabus (de Sisteron); Desmasures (de Dourlers).

— M. le professeur Duplay commencera son cours de clinique chirurgicale, le mardi 20 mai, à neuf heures, dans son amphithéâtre de la Charité, et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure. — Mardi et vendredi, leçon clinique; mercredi, examen des malades; jeudi, opérations; samedi, gynécologie; lundi, démonstration clinique par M. le docteur Rochard, chef de clinique (amphithéâtre de la clinique, à dix heures un quart).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Hervieux a fait une communication intéressante sur le vaccin de chèvre. Nous la donnons plus loin *in extenso*. L'Académie a entendu, en outre, une courte communication de M. Dujardin-Beaumetz sur la noix de kola, un rapport de M. Cornil sur des expériences relatives à la pénétration des bacilles de la morve à travers la peau intacte, et une note de M. Galezowski sur un nouveau procédé opératoire dans le traitement du rétrécissement lacrymal. Puis elle a procédé à l'élection de deux correspondants nationaux, MM. Lacassagne (de Lyon) et Gros (d'Alger).

Au début de la séance, M. le président a annoncé la mort de M. Siredey.

HOTEL-DIEU. — M. Verneuil.

I. Luxation sous-glénoïdienne de l'épaule.
II. Cancer du sein.

I. Nous allons faire des tentatives pour réduire une luxation qui présente quelques particularités intéressantes.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans qui exerce la profession de marchand de vin. Sa face rouge est déjà un indice de ses habitudes alcooliques. D'autres signes, sur lesquels il est inutile d'insister, permettent d'affirmer que cet homme est entaché d'alcoolisme chronique.

Il y a trente-six jours, cet homme fit une chute sur l'épaule gauche et ressentit une vive douleur. Un médecin fut appelé. Il essaya de pratiquer la réduction, car le malade nous dit qu'on tira vigoureusement sur son bras. Le membre supérieur gauche fut immobilisé à l'aide d'une écharpe. Mais, au bout de quelques jours, cet homme éprouva de la gêne, quand il essaya d'imprimer des mouvements à son bras. Cette raideur, au niveau de l'articulation de l'épaule, l'inquiéta, et lui inspira des doutes sur l'efficacité du traitement employé par son médecin. Aussi alla-t-il consulter un deuxième médecin qui ne se prononça pas sur la nature de la maladie. On perdit ainsi quinze jours d'un temps précieux. C'est alors que le malade entra dans notre service.

En examinant cet homme, on constatait une tuméfaction assez considérable de l'épaule. Ce gonflement des parties molles masquait la dépression sous-acromale.

Mais ce qui frappait, tout d'abord, le regard, c'est la position toute spéciale du bras gauche. Ce bras est en abduction et présente une rotation en dehors très marquée. Le coude est éloigné de la paroi thoracique. Le bras de ce côté semble plus long que celui du côté opposé. Il est impossible de rapprocher le coude de la cage thoracique. Quand on cherche la tête humérale, on constate qu'elle est hors de la cavité glénoïde et qu'elle se trouve au beau milieu du creux axillaire. Il est très facile de sentir cette saillie arrondie, formée par la tête de l'humérus. Du reste, la simple inspection permet de voir qu'un corps volumineux repousse de dedans en dehors les téguments du creux axillaire. La netteté de cette saillie, sa situation à fleur de peau, pour ainsi dire, me firent penser à la possibilité d'une fracture compliquant la luxation qui était évidente. Mais, après mûr examen, je dus renoncer à cette idée. Il s'agit d'une luxation sous-glénoïdienne de l'épaule, sans complication de fracture.

La luxation sous-glénoïdienne n'est pas fréquemment observée. C'est le quatrième ou le cinquième cas que je rencontre, dans le cours de ma pratique déjà longue. Cette luxation est non seulement rare, mais difficile à réduire. Broca ne put parvenir à remettre la tête humérale à sa place. Moi-même jai déjà éprouvé de réelles difficultés pour réduire une luxation de ce genre. J'avais essayé bien des manœuvres inutiles et, depuis une heure, mon malade était sous le chloroforme, quand j'eus l'idée de fixer cet homme sur un matelas, de tirer sur son bras en haut, et de terminer la traction par un mouvement de rotation. Je réussis ainsi à faire entrer la tête dans la cavité glénoïde.

Le marchand de vin que nous allons endormir a déjà été l'objet, de ma part, d'une première tentative de réduction. Il a été endormi et je ne me suis servi que de mes mains pour remettre la tête de l'humérus à sa place. J'ai échoué, mais j'ai remarqué que j'avais mobilisé la tête humérale. Je vais recommencer, mais dans d'autres conditions, grâce au concours de M. Collin qui a bien voulu venir ici pour appliquer lui-même son appareil.

Mais il est un point sur lequel je veux appeler votre attention, c'est sur la chloroformisation. Chez cet homme, l'anesthésie avait été déjà pénible, ce qui n'a rien d'éton-

nant puisque c'est un alcoolique. On a remarqué qu'au cours des réductions des luxations de l'épaule, la respiration s'arrêtait souvent et que, dans un grand nombre de cas, on avait observé des syncopes. Les cas de mort, sous le chloroforme, pendant les manœuvres faites pour repousser la tête humérale dans sa cavité, sont relativement fréquents.

Quelle est la cause de ces accidents? Vous savez que, pour faire l'extension et la contre-extension, on est obligé d'exercer des pressions parfois violentes sur la poitrine. Cette compression de la cage thoracique arrête la respiration.

J'ai établi quelques expériences pour démontrer que les accidents survenus pendant l'anesthésie, chez des individus atteints d'une luxation de l'épaule, devaient être rapportés à la constriction du thorax par les alèzes.

Un individu, qui avait une luxation récente de l'épaule, fut soumis aux manœuvres de réduction. On s'abstint d'administrer une goutte de chloroforme. L'extension et la contre-extension furent faites avec des alèzes. Une syncope survint. Dans un autre cas semblable, le même accident fut noté.

Ainsi donc, de par le fait de pressions violentes sur le thorax, tout individu peut avoir une syncope. Celle-ci est d'autant plus à craindre que le malade est sous l'influence d'un agent anesthésique qui porte son action sur les centres bulbaires. Dans la réduction des luxations de l'épaule, la chloroformisation est le poste d'honneur, c'est celui que l'on doit confier à l'aide le plus expérimenté.

Cet homme boit, il a déjà eu une anesthésie mouvementée; je vais être obligé de soumettre son thorax à une pression relativement considérable. Aussi la chloroformisation peut-elle être dangereuse. Pour n'avoir aucun reproche à adresser, ni à moi ni à mes aides, je vais me charger d'endormir le malade (1).

II. Je vais enlever aujourd'hui un cancer du sein, chez une femme encore jeune. Il s'agit d'un squirrhe qui a déjà infecté les ganglions de l'aisselle. Ceux-ci présentent, en effet, un gonflement considérable. Je me suis demandé s'il fallait opérer cette femme. Hélas! oui. Il faut lui faire courir les chances favorables de guérison qu'elle peut avoir. Mais l'adénopathie est une condition défavorable, dans les opérations de ce genre. L'engorgement ganglionnaire complique l'acte chirurgical et le rend plus grave. Pour enlever les ganglions, l'opérateur est dans la nécessité de faire une plaie large, anfractueuse, Il est reconnu que l'extirpation des ganglions augmente la mortalité opératoire, à la suite des ablations du sein.

Les ganglions engorgés se sentent par le creux axillaire et sont échelonnés tout le long du cordon vasculo-nerveux. Ils sont plutôt antérieurs qu'inférieurs. On éprouve une peine énorme à les isoler, au niveau du sommet du creux axillaire. Ces opérations sont laborieuses, et c'est dans ces dissections pénibles qu'on blesse la veine axillaire. Un coup de bistouri entame la paroi veineuse, ou bien, en décortiquant un ganglion cancéreux, on déchire les tuniques de la veine. Dans les deux cas, il se produit une hémorrhagie redoutable, si on n'a pas le champ opératoire sous les yeux.

Il y a déjà quelques années, j'eus le malheur d'ouvrir la veine axillaire, en pratiquant le curage de l'aisselle. Je ne voyais pas bien d'où provenait le sang. Je pus, cependant, planter une pince hémostatique sur le vaisseau lésé; mais comme j'avais pincé, en même temps que la veine, l'artère axillaire, la malade eut une hémorrhagie mortelle, par section de la paroi artérielle.

La blessure de la veine axillaire n'a pas grande importance. On peut, en effet, la lier et la couper entre deux ligatures, avec la plus grande sécurité, à une condition, cependant, c'est d'opérer à ciel ouvert.

Ces considérations m'ont amené à attaquer les ganglions par la paroi antérieure de l'aisselle. J'incise le bord du grand pectoral dans une étendue plus ou moins considérable. Cette brèche met sous mes yeux tous les organes contenus dans le creux axillaire. Il m'est loisible de les disséquer comme à l'amphithéâtre. La veine et l'artère sont sous mes doigts, je les vois et puis, par conséquent, éviter de les ouvrir. S'il se produit une hémorrhagie, je m'en rends facilement maître.

Ferai-je de la réunion? Je n'en sais rien. J'ai pour principe d'enlever largement, sur une grande surface, tout ce qui me paraît suspect. Dans une opération semblable, pour une maladie aussi grave, je vous ai dit que je ne craignais pas de couper des fibres du grand pectoral, parce que j'estime que ce délabrement est de peu d'importance et que cette section favorise mon exploration. Je me comporte de la même façon, pour tous les tissus situés autour de la glande mammaire. Je les sacrifie systématiquement. J'enlève tout le sein, j'enlève l'aponévrose du grand pectoral, j'enlève tout le tissu cellulo-graisseux où rampent les lymphatiques qui se dirigent vers le creux axillaire, j'enlève tous les ganglions, j'enlève une large étendue de peau, de façon à dépasser, autant que faire se peut, les limites du mal.

Je commence mon opération sans me demander si j'aurai ou non assez de place pour réunir ma plaie. Cette ablation large m'a toujours donné d'excellents résultats.

(1) Malgré une traction continue et progressivement amenée jusqu'au chiffre de 150 kilos, on ne parvient pas à remettre la tête humérale dans la cavité glénoïde. A deux reprises, la réduction est tentée sans résultat satisfaisant. Les manœuvres sont suspendues, parce qu'à deux reprises l'opéré a eu des arrêts de la respiration.

DU VACCIN DE CHÈVRE

Par M. Hervieux, membre de l'Académie de médecine.

a. Inoculations de chèvres avec le vaccin de génisses et le vaccin humain. — J'ai vacciné douze animaux de l'espèce caprine; les précautions étaient les mêmes que pour les génisses que l'on inocule et le procédé, les scarifications.

Le premier jour les bords de l'incision restent écartés; ils se rapprochent et s'agglutinent le second jour. A partir de ce moment l'éruption vaccinale est complète du seizième au dix-septième jour.

Pour la chèvre, comme pour la génisse, le moment opportun pour la récolte du vaccin est la fin du cinquième jour.

J'ajouterai que mes inoculations ont réussi chez tous les animaux.

b. Vaccinations de chèvre a bras. — Nous n'avons pratiqué qu'avec un seul animal la vaccination de chèvre à bras, par le même procédé que pour la vaccination de génisse à bras. Nous avons vacciné ainsi sept enfants. Six ont été revus huit jours après; sur ces six, l'opération a réussi avec des résultats un peu différents quant au nombre de boutons, mais non quant à leurs caractères qui ont toujours été ceux de la vraie vaccine.

c. Inoculations avec le vaccin de chèvre conservé. — Nous avons employé une fois la lymphe et cinq fois la pulpe.

La lymphe a été recueillie à l'aide d'un long tube, dont une des extrémités était présentée à l'entrebâillement des lèvres de l'incision après la rupture de la pustule par la pression exercée sur sa base, au moyen de la pince expressive.

La pulpe a été obtenue par le ràclage de la face interne des bords dissociés de la petite plaie et préparée par la trituration d'un mélange de cette pulpe, avec parties égales de glycérine.

Sur les six enfants inoculés avec la lymphe extraite des pustules d'une de nos chèvres et conservé en tubes seulement pendant deux heures, le vaccin a réussi plus ou moins complètement chez quatre.

Sur quatre revaccinés, il y a eu un insuccès. Les trois autres sujets ne sont pas revenus.

Ces résultats sont loin d'être aussi complets et aussi satisfaisants que ceux que nous obtenons journellement, avec le vaccin de génisse, mais la chèvre qui nous a fourni la lymphe était la première sur laquelle nous opérions, et, d'autre part, malgré le court espace de temps écoulé entre le moment de la récolte et celui de l'inoculation (2 heures), la lymphe avait acquis une certaine consistance, qui en rendait plus difficile la pénétration dans la peau. D'ailleurs, l'expérience a prouvé pour la génisse que la lymphe contient moins de matière virulente que la pulpe. Nous ne doutons pas qu'il en soit de même pour la chèvre.

C'est avec la pulpe récoltée sur cinq de nos chèvres, que nous avons pratiqué la majeure partie de nos vaccinations : vingt-six vaccinations et quatre revaccinations, les unes et les autres sur des sujets humains.

Des vingt-six enfants vaccinés, un seul n'a pas été ramené par ses parents. Sur les vingt-cinq autres, il n'y a eu qu'un insuccès. Le nombre des boutons a oscillé entre un et six. Tous ne se sont pas montrés avec les caractères de la vraie vaccine.

Les quatre sujets revaccinés étaient des adultes. Trois ne sont pas revenus. Celui qui a été revu présentait, aux lieu et place des piqûres, dix élevures rouges, mais sans trace d'ombilication.

d. Vaccinations avec le vaccin de chèvre humanisé. — Sur cinq vaccinations, représentant trente piqûres, nous avons eu vingt-neuf boutons, et chaque bouton présentait la forme aplatie, la dépression ombilicale et le bourrelet caractéristiques.

e. Vaccinations de chèvre a chèvre, de chèvre a génisse et de génisse a bras. — Les deux premières ont réussi. Pour la troisième (de génisse à bras), nous avons inoculé douze enfants par six piqûres à chaque bras. Pas un n'a présenté la moindre apparence d'exanthème vaccinal.

En résumé, de nos expériences, on peut déduire cette proposition que le cow-pox est cultivable sur les espèces équine, bovine, asine, ovine et caprine, ce qui s'explique très naturellement par l'existence des variétés suivantes, d'une seule et même affection : cow-pox, horse-pox, ass-pox, sheep-pox et goat-pox.

Du moment où le cow-pox, comme une graine qui germe et fructifie dans des régions et sous des latitudes diverses, évolue avec les mêmes caractères classiques sur l'espèce bovine et sur l'espèce humaine, il n'y a pas de raison pour que le vaccin de chèvre ne possède pas la même puissance prophylactique que le vaccin de génisse et le vaccin humain.

A l'époque où Depaul entreprit, à l'Académie, ses belles recherches sur le vaccin de génisse, M. Jules Guérin a pu tenter, en déniant à ce vaccin ses qualités préservatrices, de réduire à néant les glorieux efforts de notre regretté collègue pour faire entrer la vaccine animale dans la pratique; le temps a fait justice des tentatives de M. Guérin, et la suppression progressive de la variole, dans l'armée française comme dans l'armée allemande, par le vaccin de génisse, a fourni une preuve éclatante de son efficacité.

Le vaccin de chèvre ne saurait prétendre aux mêmes destinées que le vaccin de génisse (je dirai tout à l'heure pourquoi), mais il peut lui être un auxiliaire utile et rendre, dans de certaines conditions données, d'importants services à la cause de la vaccine.

Il me reste à faire connaître, et c'est par là que je termine, les avantages et les inconvénients du vaccin de chèvre.

Les avantages sont les suivants : propreté, douceur, économie, sobriété de l'animal ; nul danger de syphilis ou de tuberculose.

Nous n'insistons pas sur la propreté et la douceur des chèvres, bien que ces qualités ne soient pas indifférentes quand il s'agit des soins quotidiens à donner à ces animaux et de l'entretien de leur étable, dans des conditions hygiéniques irréprochables.

La question d'économie est plus importante, car, suivant le sens dans lequel elle sera tranchée, elle pourra assurer ou compromettre l'avenir du vaccin de chèvre. Or, l'économie peut porter sur le personnel. Lorsqu'il s'agit d'inoculer une génisse, il ne faut pas moins de trois aides pour opérer cette inoculation. Pour la chèvre, un seul auxiliaire pourrait suffire, les pattes étant une fois bien attachées. D'autre part, le prix de location de l'animal serait toujours moins élevé que celui d'une génisse. Quant à la nourriture, la sobriété naturelle de l'animal rend très facile la solution de cette partie du problème.

Comme la génisse, la chèvre nous donne toute sécurité à l'endroit de la syphilis. Mais en est-il ainsi de la tuberculose ?

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la chèvre et le mouton sont réfractaires à la tuberculose. J'ai prié M. Nocard de me donner son avis sur cette question, et voici ce que m'a répondu l'éminent directeur de l'École d'Alfort :

« On ne connaît pas de faits de tuberculose chez la chèvre en dehors des conditions expérimentales, et encore, dans ce cas, il est très difficile de rendre tuberculeux les animaux de cette espèce. C'est une notion classique en vétérinaire.

Au Congrès de la tuberculose, ajoute M. Nocard, j'ai recommandé le lait de chèvre pour les cas où on jugerait nécessaire d'administrer du lait cru. »

M. Trasbot, interrogé par moi sur le même sujet, n'est pas moins affirmatif que son collègue sur ce fait que la tuberculose ne s'observe pas chez la chèvre. Enfin, nous avons appris que M. Jules Picq, vétérinaire à Nantes, a fait sur la chèvre des expériences d'où il résulte que les injections sous-cutanées, intra-péritonéales, d'un produit notoirement tuberculeux, ne déterminent pas la tuberculose.

Nous venons d'énumérer les avantages que présentent le vaccin de chèvre et l'animal qui le fournit.

Faut-il conclure de là que ce vaccin est appelé à remplacer le vaccin de génisse ou qu'il pourrait lui faire une concurrence sérieuse ?

Nous ne le pensons pas. Et voici nos raisons.

La première, c'est la rareté relative des chèvres, dont l'élevage ne saurait être comparé comme fréquence à celui des veaux et des génisses. J'ai parcouru plusieurs fois le marché aux chevaux et le marché de la Villette, les seuls endroits de Paris où on mette les chèvres en vente, sans en rencontrer une seule. C'est que, dans notre pays, la chèvre n'est guère utilisée que pour son lait et pour sa peau, et rarement pour la boucherie. Il est vrai que, si nous n'avions pas d'autres ressources que la chèvre pour le vaccin, on trouverait moyen de multiplier cette espèce d'animaux.

Une autre cause qui, à l'heure actuelle, s'opposerait à l'adoption exclusive du vaccin de chèvre, serait l'insuffisance de sa production. Il ne faut pas oublier qu'en ce moment le vaccin humain est presque partout délaissé en raison du danger possible d'une contamination syphilitique.

Il faut conséquemment que tous les instituts vaccinaux puissent suffire à l'énorme consommation qui s'en fait, non seulement en France, mais dans toutes les parties du monde civilisé. La génisse, en raison de la vaste surface qu'offrent ses flancs à la lancette du vaccinateur, permet de pratiquer un nombre considérable d'insertions, et, par conséquent, d'obtenir une quantité assez grande de pulpe pour alimenter de vaccin une contrée très étendue. Le flanc des chèvres, même d'assez haute taille, ne se prête généra-

lement pas à plus de vingt à trente inoculations. Il faudrait, par conséquent, quatre ou cinq chèvres pour se procurer autant de vaccin que peut en fournir une génisse. Et l'on conçoit que si, à un moment donné, il fallait, sous l'influence d'une menace d'épidémie ou d'une épidémie confirmée, procéder à des vaccinations en masse, le stock de chèvres, que peut contenir un pays comme le nôtre, serait bien vite épuisé.

Ce double inconvénient de la rareté des chèvres et de la quantité insuffisante du vaccin qu'elles peuvent produire est donc, actuellement du moins, un obstacle à la préférence qui pourrait être accordée à la chèvre sur la génisse. Mais le vaccin de chèvre, pour être inférieur au vaccin de génisse comme production, n'en est pas moins appelé à rendre d'importants services dans certaines conditions déterminées. Supposez une contrée quelconque, privée de vaccin de génisse, ou n'ayant pas les facilités nécessaires pour le cultiver, mais possédant des chèvres en quantité suffisante pour cette culture, tel praticien qui aurait reculé devant l'inoculation d'une génisse en raison de son prix élevé, des aides qu'il faudrait réunir, du temps et de l'habitude qu'exige la pratique de la vaccination sur l'animal, entreprendra facilement et sans crainte l'inoculation d'une chèvre, qui est douce, propre, facile à nourrir, n'exige guère qu'un auxiliaire pour l'opération et n'entraîne aucune dépense sérieuse.

La loi sur la vaccine obligatoire sera un jour promulguée; ce jour-là le vaccin animal remplacera partout le vaccin jennérien. A ce moment, la chèvre ne devra pas être négligée, à raison des garanties sérieuses qu'elle présente.

Des faits et des considérations qui précèdent, on peut déduire les conclusions suivantes :

1° Si on inocule une chèvre soit avec du vaccin de génisse, soit avec du vaccin humain, le produit de cette inoculation évolue exactement comme le vaccin de génisse;

2° La vaccination de chèvre à bras réussit bien, à la condition que l'inoculation soit pratiquée aussitôt après la récolte du vaccin. Les boutons vaccinaux ont tous les caractères de la vaccine classique;

3° L'inoculation avec du vaccin de chèvre conservé réussit aussi bien que le vaccin de génisse quand elle est faite avec la pulpe, moins bien avec la lymphe;

4° La vaccination d'un sujet humain avec du vaccin de chèvre humanisé donne des résultats réalisant le type le plus parfait de la vaccine classique;

5° En résumé, les animaux de l'espèce caprine sont aussi aptes que ceux de l'espèce bovine à la culture du vaccin.

NÉVRALGIE DE LA VESSIE

GUÉRISON PAR LE ZINC ET L'ARGENT

Par M. le docteur Moricourt,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. X..., trente-sept ans, employé, vient pour consulter le 15 février 1885, pour des névralgies de la vessie dont le début remonte à quinze ans.

Depuis son enfance, il est sujet à des migraines avec nausées qui durent vingt-quatre heures et l'empêchent de travailler.

Sa mère avait, elle-même, des migraines avec vomissements survenant trois fois par mois, et des névralgies. Son père était très nerveux.

Marié depuis neuf ans, il a trois enfants, de tempérament nerveux, dont l'un rend parfois des urines très claires, sans souffrance. Il y a deux ans il a éprouvé une diplopie passagère; et il est resté myope de l'œil droit.

Frileux et très sensible aux changements de temps, il a les pieds habituellement froids. Il se fatigue vite et éprouve souvent des douleurs dans les reins. Du côté des voies digestives, il existe de l'anorexie, de la dyspepsie et de la constipation. Son sommeil est troublé par des rêves et des cauchemars. Il a souvent des érections, mais le coït l'énerve et lui cause de l'insomnie.

Les névralgies de la vessie ont commencé deux ans après une blennorrhagie qui avait duré six mois.

Les crises, dont la durée est de deux heures environ, se reproduisent quelquefois pendant quinze jours de suite. Mais les intervalles de répit n'ont jamais dépassé trois semaines. Elles s'accompagnent d'émissions fréquentes d'urine très claire.

Il éprouve d'abord, pendant une demi-heure, un énervement général, et ensuite des picotements, des élancements et des besoins fréquents et impérieux d'uriner, accompagnés d'une douleur vive dans la vessie et dans un point du canal où il ressentait des brûlements il y a dix ans. Ces brûlements, qui ont disparu à la suite de l'introduction de bougies en gomme, ne se montrent plus maintenant que dans la vessie.

En décembre 1884, les crises se sont accompagnées d'accès de fièvre intermittente quotidiens, qui se produisaient à midi, et pour lesquels son médecin lui a prescrit du sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour et *du fer qui a augmenté la constipation.*

Les douches l'ont d'abord beaucoup fatigué et énervé. Maintenant il les supporte mieux ; mais elles ont peu ou point amélioré son état.

Métalloscopie. — Les deux pointes de l'esthésiomètre sont senties à droite à 10 centimètres et à gauche à 22 centimètres d'écartement. L'analgésie est très marquée des deux côtés.

M. X... donne, au dynamomètre de Burq, 52 kilogrammes à droite et 53 à gauche.

Cette diminution de pression du côté droit, qui se rencontre souvent chez les névropathiques, doit être considérée comme un bon signe de leur maladie lorsqu'ils ne sont ni ambidextres ni gauchers.

On sait qu'à l'état normal, chez les droitiers, la pression de la main droite est supérieure de cinq à six kilogrammes à la pression de la main gauche. C'est l'inverse chez les gauchers.

Je ferai remarquer, en passant, qu'un grand nombre de sujets sont gauchers sans le savoir. On est étonné de les voir donner, au dynamomètre, un chiffre plus élevé de la main gauche que de la main droite. Lorsqu'on leur demande s'ils sont gauchers, ils répondent que non, parce qu'ils sont plus adroits de la main droite que de la gauche.

Cependant, si on les interroge avec soin, on reconnaît qu'ils font certaines choses et notamment qu'ils portent les objets lourds de préférence de la main gauche. On peut dire qu'ils sont gauchers pour la force.

Après avoir ainsi noté chez ce malade la sensibilité et la force musculaire, le fer à l'intérieur ayant augmenté la constipation, ce qui prouve que ce n'est pas son métal, je lui applique quatre disques de cuivre jaune sur l'avant-bras gauche qui est le plus anesthésique, suivant la méthode de Burq. Je n'avais pas encore adopté comme règle de mettre le métal des deux côtés à la fois ainsi que je le fais depuis que j'ai remarqué que, chez un même sujet, certains métaux n'agissent que d'un seul côté, tantôt à droite, tantôt à gauche, tandis que d'autres agissent des deux côtés et généralement plus fort d'un côté que de l'autre.

Le *cuivre*, appliqué comme je viens de le dire, produisit sur l'avant-bras gauche des effets presque immédiats. Les piqûres devinrent plus sensibles, des sueurs se montrèrent dans la paume de la main et le malade ressentit des picotements au col de la vessie.

L'*or* produisit les mêmes effets un peu plus marqués :

Mais avec le *zinc* les phénomènes subjectifs furent encore plus accentués qu'avec les métaux précédents. Appliqué sur l'avant-bras droit qui était, au moment de l'examen, le plus anesthésique, ce métal détermina immédiatement une sensation de chaleur dans la main, de la salivation et une saveur métallique dans la bouche; la force musculaire monta de 2 kilogrammes, en même temps que la sensibilité de contact et de piqûre devint plus vive.

Le lendemain, l'*argent* ayant été appliqué à gauche, les phé-

nomènes subjectifs me parurent encore plus marqués qu'avec le zinc. Il y eut en plus un sentiment de lourdeur dans le bras, la saveur métallique fut plus prononcée et persista pendant plusieurs heures.

L'*étain*, l'*aluminium* et le *platine* furent sans action.

L'argent était pour moi le métal qui avait produit le plus d'effet.

Néanmoins, comme, d'après le malade, l'action du zinc avait été plus considérable, je résolus d'employer simultanément ces deux métaux, l'un à l'intérieur, l'autre extérieurement et, le 8 mars, je fis la prescription suivante :

1° Prendre, matin et soir, une pilule argentée contenant un centigramme d'oxyde de zinc — augmenter d'une pilule tous les quatre jours jusqu'à trois, matin et soir.

2° Appliquer, la nuit, sur les quatre membres et sur l'abdomen, en ayant soin de changer, chaque fois, le point d'application, des armatures d'argent.

Le 15 mars, les crises sont moins fortes et ne se montrent plus tous les jours.

Le sommeil est meilleur, il y a moins de rêves. Le malade n'est plus réveillé par des picotements au col de la vessie et va plus facilement à la garde-robe. Il se sent plus fort et peut se rendre à pied à son bureau.

Comme il a toujours froid aux pieds, je lui conseille de mettre une pièce de deux francs dans ses chaussures.

22 mars. Le malade prend cinq pilules d'oxyde de zinc chaque jour. Il vient d'avoir une crise qu'il a attribuée au froid — le thermomètre marquait zéro — et qui a été moins forte que les autres; elle ne l'a pas empêché d'aller à son bureau et elle n'est pas revenue les jours suivants comme les autres fois.

Il va à la garde-robe tous les jours, et n'est plus obligé de prendre de la graine de moutarde. Il n'a plus froid aux pieds et la sensibilité est presque normale sur les avant-bras.

Comme il a eu un peu de gastralgie et de congestion à la tête lorsqu'il est arrivé à quatre pilules, je lui conseille d'en prendre seulement trois.

19 avril. M. X... n'a plus qu'une crise légère tous les quinze jours et des migraines peu intenses trois fois par mois.

S'étant enrhumé, il a cessé tout traitement depuis huit jours. Aussi la constipation est-elle un peu revenue.

Il donne au dynamomètre 51 kilogrammes à droite et 48 kilogrammes à gauche. Les deux pointes de l'esthésiomètre sont senties à 7 centimètres d'écartement à droite et à 4 centimètres à gauche.

Voulant voir si l'argent à l'intérieur ferait mieux que le zinc, je lui prescris des pilules de chlorure d'argent de 2 milligrammes, une matin et soir, augmenter d'une tous les quatre jours jusqu'à quatre par jour.

28 juin. L'amélioration a continué bien qu'il ait suspendu le traitement depuis trois semaines. L'appétit est meilleur et les forces ont augmenté. En effet, il donne au dynamomètre 56 kilogrammes à droite et 52 à gauche. Les deux pointes de l'esthésiomètre sont senties à 6 centimètres d'écartement à droite et à 5 centimètres à gauche. Les piqûres sont senties plus vivement de ce côté. Mais la constipation est revenue.

En conséquence, je lui prescris de nouveau le zinc sous la forme de pilules de sulfate de zinc de cinq milligrammes, une matin et soir, augmenter d'une pilule tous les huit jours jusqu'à six par jour.

6 septembre. M. X... n'a pas eu de crises depuis un mois, bien qu'il ait suspendu tout traitement. Les forces ont encore augmenté. La pression, au dynamomètre, est de 62 kilogrammes à droite et de 59 à gauche, au lieu de 52 à droite et à gauche, avant le traitement. Il a remarqué que, quand il mettait ses plaques d'argent, le matin, il était plus en train le reste de la journée.

Les deux pointes de l'esthésiomètre sont senties à 5 centimètres à droite et à 4 centimètres à gauche, c'est-à-dire à un écartement presque normal. Les piqûres sont bien senties sur chaque avant-bras. Il reste toujours un peu de constipation. Comme il n'en avait pas quand il prenait de l'oxyde de zinc, je lui prescris deux pilules d'oxyde de zinc de 1 centigramme par jour.

Quelques mois après, M. X... venait me revoir pour m'apprendre que la constipation avait disparu et que les crises n'étaient pas revenues.

Cette observation m'a paru intéressante comme exemple de guérison d'une maladie rebelle, la cystalgie, qui avait résisté, pendant quinze ans, aux médications classiques les plus variées, et qui a cédé, en quelques mois, au zinc et à l'argent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mai 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend un travail de M. le docteur H. Nimier.

COMMUNICATIONS

De la noix de kola. — M. **DUJARDIN-BEAUMETZ**, par des expériences faites dans son laboratoire à l'hôpital Cochin et par des observations cliniques, a démontré, avec M. Monuet, dès l'année 1884, que la kola possédait une action élective sur la nutrition générale et sur la circulation en particulier. La teinture à la dose de 4 à 10 grammes par jour, l'alcoolature à la dose de 8 à 20 grammes, et même l'infusion, possèdent une action réelle dans les affections cardiaques. Ceci n'a rien, du reste, qui puisse étonner, puisque la kola contient une proportion de caféine double ou même triple de celle qu'on rencontre dans le café.

M. Monnet avait, le premier, parlé des propriétés diurétiques de la kola, et M. Dujardin-Beaumetz a pu récemment confirmer ce fait par de nouvelles expériences cliniques; il est probable que cette action diurétique, la kola la doit à la caféine et à la théobromine qu'elle contient.

Enfin, le tannin que renferme la noix de kola l'a fait recommander dans le traitement des diarrhées rebelles.

Reste enfin l'action tonique de la noix de kola, qui est incontestable, et dans laquelle la substance dite rouge de kola jouerait un certain rôle; cette hypothèse n'a été, jusqu'à présent, confirmée par aucune expérience physiologique.

M. **GERMAIN SÉE** profite de cette occasion pour dire que toutes les observations qu'il a pu réunir depuis la discussion qui a eu lieu à l'Académie sur ce sujet, démontrent de la façon la plus claire que les bons effets de la noix de kola ne sont dus qu'à la caféine et à la théobromine.

En ce qui concerne cette dernière substance, il affirme que, contrairement à ce qui a été soutenu récemment en Allemagne, elle n'est pas soluble dans le salicylate de soude, ce qui n'empêche pas, du reste, qu'elle ne constitue un excellent médicament dans certaines affections du cœur. M. Sée rappelle, en outre, qu'il y a quinze mois, il a établi que la théobromine avait sur la caféine l'avantage de ne produire aucune excitation du système nerveux et de ne pas troubler le sommeil.

RAPPORTS

Sur la pénétration des bacilles de la morve à travers la peau intacte. — M. **CORNIL** lit un rapport relatif à des expériences de M. Babès, tendant à montrer que les bacilles de la morve, obtenus en culture pure, peuvent pénétrer à travers la peau saine des animaux et donner ainsi la morve uniquement par le contact.

La friction avec une pommade contenant les bacilles ne réussit que rarement à donner la morve, mais elle réussit quelquefois, surtout lorsqu'on a affaire à un virus très actif et récemment cultivé.

M. Nocard a répété les expériences de M. Babès, et il a constaté, en s'entourant de toutes les précautions possibles, que deux cobayes sur cinq ont pris la morve à la suite de la friction simple. Trois ont résisté à ces frictions.

L'examen histologique des papules morveuses récentes montre bien la façon dont pénètrent les bacilles dans la peau saine.

Sur les coupes de ces papules, les vaisseaux papillaires sont entourés de quelques cellules migratrices, qui sont plus nombreuses autour des vaisseaux de certains follicules pileux hypertrophiés.

Parmi les follicules pileux, les uns sont normaux, les autres sont dilatés; ces derniers sont le siège de bacilles morveux et présentent des lésions portant sur leurs divers éléments constituants. La partie centrale du follicule est remplie d'une quantité considérable de bacilles de la morve qui se colorent très bien par la fuchsine anilinisée.

Les couches épithéliales des follicules sont épaissies et on trouve quelques cellules en karyokinèse dans la couche périphérique; là, on constate la présence de quelques cellules migratrices et de bacilles en quantité variable entre les cellules épithéliales. Au pourtour des follicules, le tissu conjonctif est un peu enflammé. Les fentes et vaisseaux lymphatiques contiennent un assez grand nombre de bacilles.

Comme le nombre des bacilles contenus dans la cavité centrale des follicules est beaucoup plus considérable que celui du tissu conjonctif périphérique, on doit supposer qu'ils pénètrent d'abord dans les follicules et de là dans les espaces lymphatiques et plasmatiques de la peau.

Du vaccin de chèvre. — M. HERVIEUX rappelle que, dans un mémoire adressé à l'Académie en 1889, M. Chonneau-Dubisson, de Villiers-Bocage (Calvados), a relaté des expériences de vaccination pratiquées sur les chèvres, et constaté que le vaccin recueilli sur ces chèvres était inoculable à l'enfant.

M. Trasbot, qui a vacciné un certain nombre de chèvres, a constamment obtenu des pustules présentant tous les caractères du vaccin classique.

Dans ses recherches, M. Hervieux a constaté que les chèvres avaient été inoculées, et employées comme vaccinifères, dès le temps de Jenner. Une ordonnance du roi d'Espagne (1803) prescrivait de vacciner les enfants trouvés et les orphelins avec le vaccin de chèvre.

M. Hervieux a fait de nouvelles expériences, dont il vient rendre compte à l'Académie. (Voir plus haut, p. 538.)

Nouveau procédé opératoire dans le traitement du rétrécissement lacrymal. — M. GALEZOWSKI, ayant depuis longtemps remarqué des insuccès assez fréquents à la suite du procédé classique employé pour le traitement du rétrécissement lacrymal, et ayant constaté que ce fait tenait à la non-absorption des larmes, par suite du manque de contractilité du canalicule lacrymal sur une certaine partie de son étendue, a eu recours au procédé suivant : au lieu d'inciser le canalicule inférieur depuis le point lacrymal jusqu'au voisinage de l'angle interne de l'œil, il laisse ce dernier intact et pratique une incision de 2 à 3 millimètres, partant du point lacrymal inférieur et allant du côté de la conjonctive vers l'angle externe de l'œil. L'ouverture ainsi faite est assez grande pour y introduire des sondes de différents calibres et l'on pratique plus facilement, de cette façon, la dilatation progressive, sans désorganiser la forme circulaire du point lacrymal et sans nuire à sa contractilité. L'absorption des larmes se fait alors beaucoup plus facilement.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux. Sont élus : MM. Lacassagne (de Lyon), par 48 voix sur 56 votants, et Gros (d'Alger), par 49 voix sur 63 votants.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecin et pharmacien de la réserve et de l'armée territoriale (1), par M. le docteur P. BOULOUMIÉ.

Ce manuel n'est autre que l'ensemble des leçons faites par M. Bouloumié pour faciliter à ses confrères la préparation à l'examen, que le décret du 19 décembre 1889 a rendu exigible pour les médecins aides-majors de première classe, aspirant aux grades supérieurs dans la réserve et l'armée territoriale. Afin de le rendre utile à tous, l'auteur y a réuni les éléments essentiels de tout ce qu'il est nécessaire de savoir ou de connaître pour faire un service militaire actif dans un grade ou une fonction quelconque de la hiérarchie.

M. Bouloumié s'en est tenu, à juste raison, à l'exposition des notions nécessaires à tout médecin d'armée, en cherchant à les présenter avec précision et dans un ordre logique qui les rend faciles à lire et à retenir, bien que, pour la plupart, elles sortent du cadre des études professionnelles.

En résumé, ce livre rendra de vrais services aux candidats pour lesquels il a été écrit.

L'Anthropologie criminelle (2), par M. Cesare LOMBROSO.

L' « Anthropologie criminelle » a conquis une place parmi les sciences; son importance, non seulement au point de vue scientifique, mais aussi au point de vue social, ne saurait plus être contestée. Le professeur Lombroso (de Turin), chef de la nouvelle école qui a mis en lumière l'existence du « criminel-né », publie, dans la « Bibliothèque de philosophie contemporaine », un volume où sont relatés les dernières découvertes et les plus récents progrès réalisés dans cet ordre de recherches.

Anomalies extérieures, insensibilité physique et morale, généalogie et antécédents héréditaires des criminels, parenté de la criminalité avec l'épilepsie, influence des climats et des races, examen des régimes pénitentiaires et de leurs effets sur la production des crimes, tels sont les principaux sujets traités par M. Lombroso.

Ce livre sera le complément de son ouvrage l' « Homme criminel », dont la publication a produit une si grande impression et a suscité tant de discussions et d'objections auxquelles l'auteur répond dans le volume intitulé l' « Anthropologie criminelle et ses récents progrès », dont nous signalons l'apparition.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 mai 1890, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active, démissionnaires, dont les noms suivent :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le docteur Bourgeois.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le docteur Girard.

— M. Hallopeau commencera ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 24 mai, à dix heures du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

(1) In-12. Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

(2) 1 vol. in-18 (Bibliothèque de philosophie contemporaine). Prix : 2 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de la tuberculose par l'aération continue.

Par MM. Courtois-Suffit et Boulay,
Internes des hôpitaux.

Bibliographie. — Bennet. *On the trait. of pulm. consumpt.*, 1871, p. 32. — Peter. Du traitement hygiénique des tuberculeux. *Bulletin de thérapeutique*, 1878, T. XCIV, p. 433 et 529. — Lancereaux. Distribution géographique de la phthisie, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1878. — Meissen. Zür Keuntniss d. meusch. Phtisis. *Deutsche med. Zeitung*, Heft. 59, 1885. — Richardière. Une visite à Davos, *Semaine médicale*, 1886, p. 372. — Dettweiler. Die Therapie d. Phtis., *Cong. méd.*, Wiesbaden, 1887. — Pouzet. Une journée à Falkenstein, *Bulletin médical*, 25 juillet 1888 ; — De la fenêtre ouverte pendant la nuit dans le traitement de la phthisie, *Bulletin médical*, 24 octobre 1888. — Nicaise. De l'aération permanente par la fenêtre entr'ouverte, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 12 novembre 1889. — Brehmer. *Mittheilungen aus Dr Brehmer's Heilanstalt f. Lungenkr.*, Wiesbaden, 1889. — Dujardin-Beaumetz. Rapport sur la communication de M. le docteur Nicaise, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 25 février 1890.

« C'est un fait bien acquis, dit M. le professeur Bouchard, que les tuberculeux peuvent guérir sans médicaments. »

Cette pensée est profondément vraie, et pas un jour ne s'écoule sans qu'elle ne trouve sa réalisation. Rapides ont paru être les progrès de la thérapeutique pure, à partir du moment où l'agent provocateur de la tuberculose a été découvert. Ne semblait-il pas, en effet, que l'époque devenait proche, où le médicament microbicide allait être trouvé et, partant, la phthisie vaincue ? Tour à tour, les substances les plus antiseptiques ont été employées, et c'est à peine si une seule paraît être demeurée : la créosote. Il ne nous vient pas à l'esprit de croire que tout est vain dans les découvertes qui ont été faites de ce côté ; mais, il faut bien le reconnaître, ce n'est pas à un agent extérieur exclusif que l'on doit s'adresser pour combattre la tuberculose, mais bien plutôt à l'organisme lui-même. Dans cette lutte engagée entre le bacille et le malade, c'est ce dernier qui doit acquérir la force suffisante pour rester le maître.

C'est à rendre plus considérable la résistance de l'organisme, plus vivace l'activité vitale, que l'on doit s'essayer, et là est le rôle du traitement hygiénique.

De trop longues pages seraient nécessaires pour exposer la formule complète de ce mode de traitement : c'est une de ses parties seulement que nous voulons étudier ; c'est l'influence de l'air sur la tuberculose.

Il y a bien longtemps, déjà, que son action favorable avait été entrevue, et il est bien curieux de penser que, seulement de nos jours, on cherche à mettre en pratique, d'une façon quelque peu scientifique, une méthode qui, semble-t-il, aurait dû, dès le début, être appliquée.

Déjà, Arétée conseillait aux phthisiques les voyages en mer, et Pline les engageait à se rendre en Égypte, moins à cause du pays lui-même, qu'en raison de la longueur de la traversée. Mais, sans remonter au déluge, et faire un historique aussi inutile que peu intéressant, nous trouvons plus près de nous un auteur, qui déjà était plus audacieux. En 1752, Raulin conseillait de maintenir les tuberculeux dans une chambre dont *les fenêtres devaient rester ouvertes*.

C'est d'abord au soleil que l'on demanda la guérison et c'est vers les pays ensoleillés et chauds que l'on dirigea les phthisiques pour s'y guérir. Cette coutume a fait la prospérité des régions du midi de la France, de l'Algérie, de l'Égypte, et c'est encore dans ces contrées que se portent en grand nombre les tuberculeux, vivant avec le soleil, se déplaçant avec lui, et demandant à sa chaleur la force nécessaire pour les améliorer.

Puis, les idées médicales ont évolué. On s'est demandé si le soleil, et partant la chaleur, étaient si indispensables et si chargés de vertus curatives, et peu à peu l'on a été amené à penser que respirer l'air était suffisant, que l'air froid, même, était préférable. C'est ainsi que les phthisiques ont quitté les climats chauds pour vivre sous des températures plus basses, même froides ; et, dans ces conditions, il a été facile de constater qu'ils en retiraient un grand bénéfice.

Mais, ici comme partout, c'est entre les deux extrêmes que la vérité se tient, et ce n'est plus à l'air, ou trop chaud ou trop froid, qu'il faut s'adresser, ce n'est plus au climat, en un mot, mais à l'air seul, pourvu qu'il soit respiré largement et incessamment. Ce n'est pas seulement le jour que

le malade doit prendre un air qui le fait revivre, mais aussi pendant toute la durée de la nuit, et c'est ce traitement, que l'on a nommé : « Traitement par les fenêtres ouvertes », que nous nous proposons d'étudier.

De récents travaux ont mis cette question en évidence et les résultats qu'ils indiquent sont d'un grand intérêt. Des faits bien remarquables nous ont engagé à faire, de cette question, une analyse rapide. Dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Debove, il nous est donné, depuis quelques mois, d'observer des phthisiques qui vivent dans une chambre dont les fenêtres ont été retirées. Les malades, qui s'y sont succédé, ont subi les froids les plus durs de cet hiver. Nous avons été frappé de la merveilleuse facilité avec laquelle ils ont pu supporter ce traitement. Nous dirons plus loin quelles observations personnelles ils nous ont pu fournir, et combien, à tous les points de vue, il semble qu'on se trouve en face d'un moyen curatif d'une très considérable importance.

I

De tout temps, on a connu les déplorables effets de l'air confiné et son influence sur le développement de la phthisie. Cette cause est écrite partout, et l'on sait avec quel esprit M. Peter a montré la façon dont *mijote* un tuberculeux dans l'air irrespirable d'une pièce surchauffée. Ces exemples sont de tous les jours, et trop nombreux pour que l'on doive les rapporter ici. Il faudrait montrer la fréquence de la phthisie dans les ateliers, où s'entassent pêle-mêle des ouvriers, logements, où se joint à l'influence de l'air vicié, celle, si considérable, de la contagion. Il en est partout ainsi, là où de grandes agglomérations d'hommes vivent enfermés, dans les casernes, dans les lycées, et l'on se demande pourquoi si longtemps on a tardé, de ce fait, à trouver le remède, à rendre l'aération complète et la vie possible.

Une élégante expérience de M. Brown-Séquard a montré les méfaits de l'air confiné, d'une façon très évidente. A l'Académie des sciences, le 28 novembre 1887, cet auteur rapporte des expériences où l'étiologie et le traitement de la tuberculose semblent s'éclairer d'un jour nouveau. Inoculant la tuberculose à des cobayes, il les partage en deux groupes, qu'il fait vivre chacun d'une manière différente. Tandis que les premiers furent mis en plein air, dans les conditions hygiéniques les plus favorables, bien alimentés et bien aérés, les seconds furent placés dans des conditions tout à fait différentes, et installés dans un laboratoire clos. Des premiers, aucun ne mourut ; les derniers succombèrent tous.

A côté de ces faits, qui ont la valeur mathématique d'une expérience bien conduite, nous pouvons placer l'histoire d'une épidémie de tuberculose, que M. Marfan rapporte dans la *Semaine médicale*, et qui, par la netteté de son évolution et la précision des causes qui lui ont donné naissance, a la portée d'une expérience de laboratoire. M. Marfan nous rapporte la série ininterrompue des décès qui se sont succédé dans un bureau, à Paris, où travaillaient 22 employés :

« Depuis le mois de janvier 1878, c'est-à-dire depuis onze ans, 15 employés sont morts, 14 ont succombé à la phthisie, 1 au cancer de l'estomac. Les 13 derniers décès, tous causés par la phthisie, se sont produits en l'espace de quatre ans. »

Et M. Marfan, recherchant la cause de cette épidémie, singulièrement meurtrière, constate que la pièce où travaillent ces hommes n'a que 220 mètres cubes, c'est-à-dire 10 mètres cubes d'air par chaque employé, ce qui est tout à fait insuffisant, si l'on pense qu'en outre, pendant l'hiver, le gaz brûle toute la journée, consommant déjà une grande partie de l'oxygène.

Mais, ce n'est pas tout, et comme pour rendre encore cette étuve plus propice à la culture des bacilles de la tuberculose, on a pu constater que, dans cette même pièce, la ventilation n'existait pas ou très peu. Le bureau était, en effet, situé au premier ; les fenêtres, donnant sur deux cours extrêmement étroites, pouvaient à peine s'ouvrir, et l'air n'y pénétrait, pour ainsi dire, jamais.

Tout était réuni dans ce bureau pour que la phthisie pût germer abondamment; elle n'y a pas manqué, et, tour à tour, les employés ont succombé. Ces faits ne peuvent-ils pas être comparés à une expérience absolument concluante ?

Il est possible de penser quel nombre incalculable de microbes avaient pullulé en cet endroit, si l'on se souvient que Miquel comptait plus de 5000 microbes par mètre cube dans une chambre à coucher de la rue Monge, et plus de 14000 dans les salles de la Pitié.

Et, si ces quelques mots suffisent à montrer combien, à simple vue, est nuisible l'air confiné, des expériences ont été faites, qui ont prouvé que, dans de semblables conditions, les hommes eux-mêmes aident encore à vicier leur air respirable.

M. Quinquaud a montré, en effet, que la production d'acide carbonique dans un air confiné dépasse la quantité ordinaire, et que l'oxygène subit une diminution. A côté de ces gaz normaux, il se fait une accumulation de produits volatiles dus à la respiration, au chauffage, à l'éclairage ; et, parmi ceux-ci, il faut citer : l'ammoniaque, l'hydrogène sulfuré, les hydrogènes carbonés et des bases volatiles.

Bien plus, M. Brown-Séquard a démontré que la surface du poumon exhale un certain nombre de substances nuisibles. Ainsi l'eau qui a séjourné quelque temps dans les poumons d'un animal produit, lorsqu'on l'injecte à un autre animal, des effets bien nettement toxiques. De même, les solutions de chlorure d'or, de permanganate de potasse et de nitrate d'argent, précipitent, quand on y fait barboter de l'air ayant traversé le poumon. Il en est de même d'une solution d'acide sulfurique, qui devient noire par son contact avec l'air de la respiration. En outre, les produits de condensation de cet air ne tardent pas à devenir le siège d'une fermentation putride.

Joignons à tous ces faits, qui démontrent l'absolue nocivité de l'air confiné, la contagion, et l'on comprend sans peine que des épidémies terribles puissent survenir ; la description qu'en a faite M. Marfan est bien caractéristique et d'un enseignement singulièrement complet.

Il est donc évident que l'aération s'impose, et si le bon sens ne suffisait pas à l'affirmer, l'expérimentation la rendrait indiscutable. M. Duclaux a montré que la lumière solaire est un des agents les plus actifs de la destruction des germes. Là où un rayon solaire a passé un certain temps, on trouve des cadavres de germes et, microbiologiquement parlant, l'air se trouve purifié.

L'action de la lumière sur les microbes ne s'exerce qu'en présence de l'oxygène de l'air. La lumière est inerte quand elle agit sur les microbes dans le vide. M. Duclaux a eu l'occasion d'examiner des préparations d'organismes

microscopiques conservées depuis plus de vingt ans. Il a trouvé que ceux qui étaient restés à l'abri de l'air étaient encore vivants et prêts à germer après ce long assoupissement.

Si cette influence de l'air n'a pas été vérifiée directement pour l'agent de la tuberculose, elle a été confirmée pour d'autres organismes infectieux. M. Pasteur a montré que le microbe du choléra des poules perd sa virulence et sa vitalité quand on le laisse exposé à l'air, tandis qu'il donne des cultures virulentes, même après plusieurs années, s'il a été conservé rigoureusement à l'abri de l'oxygène.

M. Roux a constaté que la grande résistance à la chaleur des germes du charbon est vaincue, si l'on opère en présence de l'air; cette action modificatrice est due surtout à l'oxygène.

Point n'est besoin d'insister davantage sur ces quelques résultats de l'expérience, pour prouver, d'une façon très manifeste, que la tuberculose doit germer avec plus de vigueur dans un air confiné, et le corollaire, aération permanente, en ressort d'une façon très marquée.

Mais, si ce que nous venons de dire explique pourquoi l'on a songé à faire vivre les tuberculeux en des climats propices à leur guérison, pourquoi en est-on venu à penser que la chaleur n'était pas toujours favorable, et qu'au contraire, des températures basses convenaient mieux à leur rétablissement ? Il suffit, pour répondre à cette question, de jeter un coup d'œil très rapide sur la répartition des différents points du globe, au point de vue de la tuberculose.

Tous les observateurs signalent les ravages de la phthisie sous le climat de l'Inde. « Cette affection, dit Allan Webb, y marche avec une effroyable rapidité. Tout Européen qui arrive au Bengale avec le germe de la phthisie, y meurt beaucoup plus vite qu'en Europe. » Quant aux indigènes, voici comment M. Collas s'exprime à leur égard : « J'ai classé, à dessein, la phthisie après le choléra, comme maladie endémique. C'est à Pondichéry, pour les Indiens, une affection terrible. En Indo-Chine, la phthisie est commune chez les Européens comme chez les Annamites, et marche plus vite qu'en Europe. A Taïti, elle entre pour plus d'un quart dans le chiffre de la mortalité. Aux Antilles, la phthisie prend rapidement les allures d'une maladie aiguë, quand le sujet n'est pas promptement renvoyé en Europe. A la Nouvelle-Calédonie, dont le climat est réputé salubre et où la température est déjà moins élevée que dans la zone torride, la phthisie enlève, à elle seule, la moitié de la population. Au Pérou, mais au Brésil surtout, la phthisie fait d'immenses ravages (Rochard). »

Par contre, en Islande, la maladie est rare, elle l'est également en Suède et en Laponie. Dans la Russie septentrionale, elle est moins fréquente qu'en Angleterre et en France. Au Canada et à la Nouvelle-Écosse, on a pu dire qu'elle était inconnue.

Aussi comprend-on la véracité de cette affirmation : « que le froid n'a aucune influence sur la genèse de la tuberculose ».

II

C'est en cherchant à tirer des conclusions utiles de faits semblables à ceux que nous venons de rapporter, que, tout d'abord, on a pensé à l'influence de l'air des altitudes, pour le traitement de la phthisie.

Dès 1848, Newton déclarait que la phthisie était rare à Mexico, et, de plus, un médecin français, ayant longtemps exercé au Mexique, a constaté que sur le haut plateau de l'Anahuac, il existe une remarquable immunité et que la phthisie acquise dans les terres basses s'améliore sur les hauteurs.

Lombard (de Genève) a remarqué aussi, se fondant sur de grosses statistiques, que les grandes altitudes sont presque à l'abri de la tuberculose, tandis que les régions moins élevées en comptent une plus forte proportion.

Bientôt, on ne se contente plus de préconiser les hautes altitudes pendant l'été; un grand nombre de médecins recommandent le séjour des climats de montagne comme station d'hiver ; et, peu à peu, s'établissent, dans les hautes vallées des Alpes, de véritables sanatoria où les malades séjournent non seulement l'été, mais aussi l'hiver, et cette cure, qui aurait paru folle, il y a cinquante ans, se pratique actuellement dans les vallées de Davos et de l'Engadine.

De nombreux médecins ont, tour à tour, vanté les bienfaits de ces stations sanitaires, et, parmi ceux qui, au début, ont le plus insisté sur les avantages qu'on en pouvait tirer, il faut citer : en Suisse, Spengler et Ungern ; en Angleterre, Clifford Albutt, Hassall, Williams Theodore ; en France, MM. Hirtz et Jaccoud.

Un des premiers établissements fondés pour le traitement de la tuberculose, est celui de Davos. Nous devons à M. le docteur Richardière une description parfaite du séjour des malades en cette station.

Davos est situé à 1 500 mètres. Le climat est froid, sans être très rigoureux. En hiver, dans les journées les plus froides, le thermomètre descend rarement, à l'ombre, au-dessous de 5 degrés ; les températures extrêmes ne s'observent que dans les mois de janvier et de mars, les plus froids de l'année.

La règle thérapeutique est de ne laisser sortir les malades que dans le milieu de la journée et de leur interdire tous les endroits qui ne sont pas exposés aux rayons du soleil. La température estivale n'est jamais élevée. Elle est, en moyenne, de 9 degrés en juin, de 12 degrés en juillet.

Les précieux avantages que présente Davos, au point de vue de la régularité du climat et de la pureté de l'air chargé de senteurs balsamiques, empruntées aux sapins et aux mélèzes qui couvrent les montagnes, ont été reconnus, pour ainsi dire, de tout temps, et ont fait recommander le pays comme séjour d'été utile aux personnes faibles de la poitrine.

Le docteur Ungern a expérimenté sur lui-même le climat de Davos. Il était phthisique, des hémoptysies répétées l'obligèrent à abandonner la pratique médicale. Son état ne s'améliorant pas à Göbersdorff, il alla à Davos, où le docteur Spengler traitait la phthisie. Rapidement les symptômes inquiétants s'amendèrent, et surtout les hémoptysies qui disparurent tout à fait.

A Davos, la manière de vivre des tuberculeux varie. L'emploi du temps est réglementé pour chaque malade. On ne doit sortir en plein air que les jours où le soleil brille dans tout son éclat et réchauffe la vallée dans toute son étendue.

« Les uns se promènent dans la vallée en plein soleil, les plus résistants montent lentement les pentes inclinées des forêts de sapins, s'arrêtant à intervalles réglés, s'asseyant, repartant, et cela jusqu'à ce qu'ils sentent leurs forces diminuer. Tous doivent respirer largement, profondément, tous doivent faire de grands efforts d'inspiration,

s'astreindre à une sorte de gymnastique pulmonaire. »

Si les tuberculeux sont plus avancés, ils sont transportés sur des terrasses et exposés à l'air et au soleil, chaudement enveloppés de couvertures.

La vraie saison commence à Davos au mois d'octobre et finit en mai ou en juin. La neige commence à tomber au mois de novembre et, à partir de ce moment, elle couvre pendant six mois toute la vallée, formant un tapis de deux mètres d'épaisseur. Au mois de mai, elle commence à fondre. Les malades s'en vont à cette époque.

III

On a fait des statistiques sur des malades traités dans de semblables conditions :

Clifford Albutt et Ruedi donnent, sur 55 malades atteints de phthisie pulmonaire à toutes les périodes, 37 améliorations. Dans quelques cas, la guérison fut complète.

D'autres faits sont à rapprocher de ceux-ci : Hermann Weber dit que, sur 75 malades ayant passé cinq mois et plus dans des stations élevées, 18 furent guéris, 28 sensiblement améliorés. Chez 14, le résultat fut douteux.

Puis, d'autres établissements ont été créés, et à côté de Davos, dont nous venons de donner un croquis rapide, il faut dire quelques mots d'un refuge semblable, l'établissement du docteur Brehmer, situé à Gœrbersdorff. Ici déjà, l'altitude n'entre plus que pour une faible part dans le traitement, car cette station sanitaire n'est située qu'à 561 mètres de hauteur, dans la Silésie autrichienne. Les phthisiques y sont seuls admis. Le traitement repose sur l'usage de l'air libre, du mouvement et d'une bonne alimentation. Les malades se promènent par tous les temps dans le parc de l'établissement en choisissant, au moins au début, un terrain plat, et règlent eux-mêmes leur exercice, de façon à ne jamais arriver à la fatigue. Des bancs sont disposés à profusion sur les promenades, de manière que tout malade puisse se reposer au moment précis où il le désire, avant qu'aucune lassitude se soit fait sentir.

Brehmer s'est bien gardé d'établir des galeries ou des promenades couvertes et fermées pour les mauvais temps, comme il en existe dans les établissements thermaux. Ces grands halls sont la négation du traitement par l'air pur et froid. Il a fait construire les chemins de son sanatorium de façon qu'après la plus forte pluie, ils soient presque aussitôt secs. On peut s'y promener pendant et après la pluie. Quelques pavillons couverts, mais non fermés, peuvent servir de refuge aux malades pendant les averses. Les tuberculeux vivent ainsi du matin au soir à l'air libre.

Les chambres à coucher sont spacieuses; elles ont de 4 à 5 mètres. Dans les salles à manger, la réfrigération est faite par un réfrigérateur à eau; celle-ci passe à travers des appareils spéciaux destinés à refroidir l'air, si bien que, sans production de courant d'air, la température des salles, même quand 180 personnes sont réunies, ne dépasse pas 15°R., alors qu'au dehors elle en atteint 24; l'air y est renouvelé cinq fois par heure.

Sur 554 phthisiques traités par le docteur Brehmer en 1888, 49 furent complètement guéris, soit 8,8 p. 100.

71 furent presque complètement guéris, soit 13 p. 100; c'est à dire qu'ils ne présentaient plus dans leurs crachats ni bacilles ni fibres élastiques.

28 restèrent stationnaires; 34 moururent.

Les autres subirent une légère amélioration, qui se traduisit par une augmentation de poids, de 11 livres en moyenne. Mais, fait remarquable, les phthisiques qui avaient consenti à passer l'hiver de 1887-1888 dans l'établissement furent véritablement privilégiés au point de vue de l'augmentation du poids. Sur 150 malades qui réalisèrent ces conditions, 17 moururent, 6 restèrent stationnaires mais les 127 autres augmentèrent en moyenne de 19 livres et demie chacun.

IV

Ces quelques notes nous montrent combien est grande l'influence curative de ces climats, et c'est dans l'action de l'altitude qu'on a voulu chercher l'explication de ces faits si remarquables. On a pensé que ces climats agissaient directement, et on a invoqué pour le comprendre, d'abord l'augmentation de l'ozone, la diminution de la pression, l'abaissement de la température, mais surtout l'immunité dont jouissent, à l'égard de la phthisie, les habitants des régions élevées. Or, ceci n'est pas absolument exact, car il est facile d'affirmer que l'immunité n'est jamais absolue. Il n'y a immunité qu'au désert (Bouchard). Et, d'ailleurs, comment comprendre que l'immunité d'une localité ait une influence favorable sur un homme qui y arrive déjà malade ?

C'est ainsi que, peu à peu, la question a été envisagée sous un nouvel aspect, et aujourd'hui l'influence de l'altitude, comme moyen curatif, est contestée ou amoindrie, et l'on arrive à établir que le véritable traitement de la phthisie consiste *dans la cure d'air, que cet air soit un air de montagnes, de plaines ou de mer, pourvu qu'on le respire d'une façon permanente.*

Et c'est sur cette idée qu'un autre établissement a été fondé, où les tuberculeux, jour et nuit, sont exposés à l'air. C'est lui l'unique traitement, c'est le seul médicament.

Nous voulons parler de Falkenstein, où siège le sanatorium du docteur Dettweiler.

Nous devons les renseignements sur la méthode qui y est suivie au docteur Pouzet (de Cannes) qui, en plusieurs articles, a décrit la façon de vivre des tuberculeux en cette maison.

On ne va pas à Falkenstein pour le climat, mais pour la cure. Du moment qu'il est établi que l'air n'a pas d'attribut spécifique, qu'il n'agit qu'en tant qu'air renouvelé, qu'il est le grand agent thérapeutique, que ce soit l'air des grandes ou des faibles altitudes, l'air des plaines ou l'air marin, il faut que la disposition de l'endroit de cure et celles de l'installation, soient telles que le malade puisse vivre constamment à l'air.

Ce sont ces conditions-là qu'a cherché à remplir de tout point le docteur Dettweiler.

Il a fondé son établissement sur le versant méridional du Taunus, et l'a machiné, agencé d'une façon étrange. Au milieu, ce sont de grands halls, munis d'une quantité prodigieuse de chaises longues, où les malades peuvent s'étendre. Mais cette terrasse étant insuffisante, on a construit des annexes. Ici, c'est une grotte à deux ou trois places, là une guérite où quelques personnes peuvent se tenir, et ces boîtes sont truquées pour tourner à volonté et mettre les malades à l'abri du vent.

Le régime auquel sont soumis les malades est extrêmement sévère. Le docteur Dettweiler a dressé ses pensionnaires comme des soldats, et les fait marcher comme au

régiment. A huit heures, le matin, tout le monde doit être descendu, sous peine d'amende! Puis, chacun va s'étendre sur sa chaise longue, qu'il quitte de temps à autre pour faire une promenade de dix à quinze minutes, promenade renouvelée cinq à six fois dans la matinée. « Il est recommandé aux malades de marcher lentement, sur une pente douce, les épaules écartées, et de faire, tous les quarts d'heure environ, une huitaine d'inspirations successives par le nez, larges et profondes, avec temps d'arrêt au maximum de développement de la cage thoracique; c'est pour déplisser le poumon et donner de l'amplitude au champ respiratoire. »

Puis, un déjeuner est servi, copieux, dont le lait fait une grande partie.

Après le repas, le malade retourne à sa chaise longue, la journée se passe comme la matinée, en un repos complet qu'interrompt seulement, à heures fixes, une promenade réglementaire.

Le docteur Dettweiler, qui exerce sur ses malades une domination absolue, a pu les dresser à ne pas tousser, ou, au plus, à tousser trois fois par jour. Et, il est bien entendu, que toujours l'expectoration doit suivre et les crachats être rendus dans un crachoir. Jamais le malade ne doit tousser inutilement.

A heures fixes, trois fois dans le jour, chaque malade prend sa température buccale, sur la langue, et l'inscrit sur un carnet.

Vers dix heures du soir, le malade gagne sa chambre, restée ouverte toute la journée, et dont la fenêtre demeure encore entr'ouverte pendant toute la durée de la nuit. Un léger store clôt seul la croisée.

Il n'est fait, à Falkenstein, aucun traitement pharmaceutique. De cet embrigadement de phthisiques, le docteur Dettweiler a tiré les meilleurs résultats. Ses malades guérissent dans les proportions de 37 p. 100, y compris les formes les plus graves.

Peut-être sera-t-il difficile d'amener nos compatriotes à se soumettre à une discipline semblable, mais sans aller jusque-là, peut-être un jour viendra-t-il, où ils se décideront à demander à l'aération la force qui leur manque.

Cette méthode de traitement, pour la phthisie, a été préconisée en France, il y a peu de temps, par M. le professeur Bouchard (1). Il dit ceci :

« Les fenêtres doivent être laissées ouvertes, même la nuit, même l'hiver. Naturellement, certaines précautions sont indispensables. Si le traitement est commencé pendant l'été, l'accoutumance sera plus facile à obtenir: en tout cas, on commencera par laisser les persiennes closes, la fenêtre sera seulement entr'ouverte, plus ou moins, selon le degré de la température extérieure; on pourra même, dans les premiers temps, tenir les rideaux fermés. C'est le moyen de dissiper les craintes plutôt que de conjurer les accidents. Pendant l'hiver, on obtient plus facilement la soumission des malades en faisant ouvrir les fenêtres d'une chambre contiguë, dont les portes de communication avec la chambre du malade seront largement ouvertes.

Ce qu'il faut obtenir, c'est l'aération réelle et constante. Je ne crains pas un froid modéré, pour les phthisiques; je ne veux pourtant pas que la température de la chambre s'abaisse au-dessous de + 8 degrés; on y arrivera en maintenant pendant l'hiver du feu dans la chambre ou dans la chambre voisine.

Le malade échappera au refroidissement en se tenant suffisamment couvert. Il peut être vêtu dans son lit, la tête couverte, au moins pendant l'hiver. »

Cette méthode, que M. le professeur Bouchard préconise avec toute son autorité, a été employée par M. le docteur Nicaise sur lui-même. Le 12 novembre 1889, il donnait à l'Académie de médecine le résultat des expériences qu'il fit de décembre 1888 à avril 1889, sur le littoral de la Méditerranée. Il montre, dans son mémoire, qu'aux époques les plus froides de l'année, c'est-à-dire aux mois de décembre, janvier, février et mars, on peut, sans aucun danger, laisser entr'ouverte, pendant la nuit, la fenêtre des chambres des malades. Ce mode de traitement est applicable sous d'autres climats et en toute saison, à la condition que la température de la chambre ne descende jamais au-dessous de + 8 degrés; il n'est utile de faire de feu dans la chambre que si le thermomètre n'atteint pas ce chiffre. Le but que l'on poursuit n'est pas, en effet, de faire respirer de l'air froid, mais seulement de renouveler l'air de la pièce pendant le sommeil. Ce renouvellement se fait à la fois par la fenêtre, par la cheminée, par les fissures des portes. En ouvrant plus ou moins la fenêtre, en garnissant celle-ci de persiennes à lames mobiles que l'on peut incliner plus ou moins, on gradue presque à volonté la rapidité du renouvellement de l'air. La communication de M. Nicaise a fait l'objet d'un rapport de notre maître, M. le docteur Dujardin-Beaumetz, auquel nous aurons quelques emprunts à faire.

V

On voit, par cet exposé, comment l'idée de l'aération continue a été mise en pratique à l'étranger et en France, où elle a trouvé de nombreux défenseurs.

Grâce à l'observation de quelques malades qui sont actuellement dans le service de M. le professeur Debove, nous sommes à même d'apprécier la valeur de la méthode. Ces malades sont des tuberculeux avérés, indiscutables, arrivés à divers degrés de la phthisie. Ils vivent depuis plus d'un an dans une petite chambre carrée, munie, sur l'une de ses faces, de deux fenêtres dont les croisées ont été enlevées; l'air entre ainsi d'une façon permanente dans la chambre, nuit et jour; la nuit seulement, des stores verts sont baissés pour empêcher le refroidissement de la chambre par rayonnement, et pour s'opposer à l'entrée du vent. Il n'existe dans ce local ni poêle, ni cheminée, ni calorifère. Une couverture de laine et un édredon sont les seuls suppléments de literie qui aient été accordés pendant l'hiver. L'aération permanente et une alimentation intensive, ont fait et font encore tous les frais du traitement. Sauf un julep diacode, destiné à calmer la toux, aucun médicament ne leur a été administré; ils n'ont pris ni créosote, ni huile de foie de morue, ni phosphate de chaux, en un mot, aucun des produits pharmaceutiques mis habituellement en usage dans la tuberculose.

Ce que nous tenons avant tout à mettre en évidence, c'est l'innocuité du traitement; à aucun moment les malades ne se sont plaints du froid. Même quand la température extérieure était très basse, en particulier pendant les jours de froid rigoureux qui ont marqué le commencement du mois de mars, ils ont admirablement supporté le traitement. A l'exemple de M. Nicaise, nous avons pris simultanément la

(1) Bouchard. *Thérapeutique des maladies infectieuses.*

température extérieure et celle de la chambre. Les résultats que nous avons obtenus sont sensiblement les mêmes que les siens. En établissant deux courbes : l'une correspondant aux températures minima de la chambre, l'autre aux températures minima de l'air extérieur, M. Nicaise a constaté les points suivants. Tandis que la température minima a oscillé à l'extérieur entre — 2 degrés et + 14°5, la température minima de la chambre a varié entre + 10 degrés et + 15 degrés. Les modifications entre ces deux températures minima ne suivent pas des courbes parallèles ; ainsi les différences entre les températures minima de la chambre et celles de l'air extérieur sont beaucoup moins fortes quand la température de l'air extérieur est élevée que lorsqu'elle est basse ; quand la température extérieure était de + 15°5 pendant la nuit, celle de la chambre a été de 13°5 ; la différence n'a donc été que de deux degrés seulement, tandis qu'au contraire, lorsque la température a été de — 2 degrés au dehors, celle de la chambre s'est maintenue à + 10 degrés ; soit une différence de 12 degrés. Ainsi, à Carabacel, où les expériences de M. Nicaise ont été faites, on peut, en laissant la fenêtre entr'ouverte, maintenir la température d'une chambre à un chiffre de + 10 degrés, et cela quoique l'air extérieur puisse s'abaisser à — 2 degrés.

Nos courbes, obtenues à Paris, dans une chambre dont les fenêtres étaient grandes ouvertes, peuvent être rapprochées des précédentes. Tandis que la température du dehors éprouvait des variations assez grandes, soit dans la même journée, soit d'un jour à l'autre, celle de la chambre subit des oscillations bien moins considérables. Les premiers jours de mars, il est vrai, tandis que la température extérieure s'abaissait jusqu'à — 7 degrés, celle de la chambre descendait à + 5 degrés ; mais c'est le degré le plus bas que nous ayons observé. Pendant le reste du mois, la température minima a oscillé entre + 9 degrés et + 15 degrés au dedans, alors que la température extérieure variait de — 2 degrés à + 21 degrés.

Le traitement est donc parfaitement applicable sous notre latitude ; la facilité avec laquelle il a été supporté par nos malades en fait foi. L'hiver s'est passé sans qu'ils contractent ni bronchite, ni laryngite, ni pleurésie ; à aucun moment ils n'ont eu de fièvre. Leur appétit s'est manifestement relevé. Aux 4 degrés d'aliments réglementaires qui leur sont accordés matin et soir, et qu'ils trouvent insuffisants, M. le professeur Debove ajoute une ration quotidienne de 150 grammes de poudre de viande et de 100 grammes de beurre. Sous l'influence de ce régime, ils ont cessé de maigrir ; leur poids a même subi un léger accroissement. Les sueurs ont disparu et l'expectoration a diminué de moitié. Les lésions pulmonaires ne font plus de progrès ; chez deux d'entre eux elles sont en voie d'amélioration. Chez tous l'état général est excellent.

On voit que nous ne prononçons que le mot d'amélioration. Soit que l'épreuve à laquelle nos malades ont été soumis ait encore trop peu duré, soit que leurs lésions soient trop avancées, il n'est pas question pour l'instant de guérison. Et, cependant, il s'est opéré, dans l'état de ces tuberculeux, un changement si favorable que nous ne désespérons pas d'obtenir bientôt, chez eux, un résultat plus complet. Sans rappeler les statistiques de Brehmer et de Dettweiler, qu'il nous suffise, pour montrer la curabilité de la phthisie par la vie à l'air libre, de résumer trois observations que M. Brown-Séquard produisait à la tribune de l'Académie de médecine, en novembre 1887 : 1° un malade de Stokes, chez lequel on avait constaté l'existence de vastes cavernes dans le lobe supérieur des deux poumons, fut condamné, pour ainsi dire, à vivre et à coucher pendant deux années consécutives à l'air libre. Au bout de ces deux années, les cavernes étaient cicatrisées et il était complètement guéri ; 2° la seconde observation est de Black ; un phthisique porteur d'une grande caverne pulmonaire fut soumis à l'obligation de vivre au grand air ; il guérit, et beaucoup plus tard, seulement, il fut emporté par une affection sans rapport avec la tuberculose ; 3° dans une observation personnelle de M. Brown-Séquard, on fit vivre à l'air libre un jeune homme qui présentait des cavernes pulmonaires et dont l'état général était déplorable. Il ne passait que quelques heures de la nuit à la maison. La guérison fut complète. Il mourut vingt-sept ou vingt-huit ans plus tard d'une maladie autre que la phthisie.

VI

Si l'on cherche à expliquer le mode d'action de l'aération continue chez les phthisiques, on se trouve dans un grand embarras. Selon Tucker Wise (du Maloja-Engadine), l'air froid exerce une action sédative sur la muqueuse bronchique et diminue la toux : on doit convenir que c'est là un résultat de peu d'importance. Il nous semble plus rationnel de penser que l'aération agit surtout en stimulant l'appétit. C'est le phénomène le plus saillant que nous ayons constaté chez nos malades et notre remarque n'est pas isolée. Les médecins des stations d'altitude ont observé qu'au bout de peu de temps, l'air des montagnes exerce une action favorable sur l'appétit. La température de l'air possède, à ce point de vue, une influence capitale : il est de notion vulgaire que l'appétit, même chez les gens bien portants, diminue pendant les chaleurs de l'été, augmente l'hiver. Si l'on compare le régime des habitants du Nord à celui des méridionaux, on est étonné de la quantité d'aliments et de boissons que peuvent ingérer les premiers, étant donné la sobriété des seconds. La respiration d'un air frais et pur est un excellent apéritif. Si tel est le mode d'action de la cure d'air chez les tuberculeux, on saisit sans peine les bons effets du traitement. Les expériences de M. le professeur Debove ont montré l'influence heureuse de la suralimentation chez les phthisiques : or, l'augmentation de l'appétit chez nos malades a précisément permis de les suralimenter sans aucun effort et, pour ainsi dire, à leur insu. Un des principaux résultats de l'aération continue est donc de faciliter la suralimentation.

Quant aux moyens à mettre en œuvre pour aérer les chambres des phthisiques d'une façon permanente, ils sont nombreux et multiples ; mais tous n'ont pas la même valeur. A Davos on a installé, dans les châssis supérieurs des croisées, des vasistas s'ouvrant en dedans et en haut de façon à diriger l'air frais vers le plafond. En Amérique et en Angleterre, où toutes les fenêtres sont à guillotine, les châssis s'ouvrent indépendamment, le supérieur en s'abaissant, l'inférieur s'élevant. On peut ainsi graduer la quantité d'air qu'on veut faire entrer. Des moulinets enchâssés dans les vitres, des fenêtres à ventaux, des vitres perforées ont été utilisés. Un ou plusieurs carreaux peuvent être remplacés par des lamelles de verre imbriquées pouvant s'écarter à volonté, au moyen d'une crémaillère, et plus ou moins inclinées l'une sur l'autre, comme les pièces d'une jalousie. A l'hôpital Cochin, M. le docteur Dujardin-Beau-

metz a eu l'idée d'établir un système de fenêtres basculantes. Enfin, MM. Brown-Séquard et d'Arsonval ont proposé un appareil composé d'une hotte conique placée à une certaine distance de la tête du malade couché. Cette hotte est portée par un tube deux fois recourbé, dont l'extrémité inférieure communique avec une cheminée d'appel où brûle un bec de gaz. Les gaz expirés par le malade sont entraînés dans la hotte et rejetés hors de la chambre.

La plupart de ces méthodes sont ou trop compliquées ou insuffisantes. Un procédé beaucoup plus simple et qui assure mieux, croyons-nous, le renouvellement de l'air, est celui qui consiste à laisser la fenêtre de la chambre, non pas entr'ouverte, mais complètement ouverte. Pour être plus sûr de la bonne exécution des ordres donnés, on peut aller plus loin et faire enlever les fenêtres, comme cela se pratique dans le service de M. le professeur Debove. Des jalousies ou un store seront tenus baissés pendant la nuit. Dans la saison froide un édredon et une couverture de laine supplémentaire seront donnés au malade. Si la température de la chambre descend au-dessous de + 8 degrés, on lui permettra de revêtir un gilet de laine. D'après les résultats obtenus à l'hôpital Andral, il est inutile de faire de feu dans la chambre. Tous les tuberculeux, indistinctement, peuvent-ils être soumis au traitement? La tuberculose aiguë et généralisée, la tuberculose péritonéale et intestinale seraient des contre-indications. Nous n'avons pas d'expérience personnelle à cet égard. La fièvre, en tout cas, n'est pas une contre-indication, pourvu qu'on ait le soin d'accoutumer peu à peu le phthisique à l'action de l'air. A Falkenstein, des tuberculeux fébricitants, qu'on avait progressivement habitués à supporter le traitement, y ont été soumis sans inconvénient par un froid de — 12 degrés.

Il ne faut pas se dissimuler que ces idées nouvelles pour bien des gens, on pourrait dire révolutionnaires, auront beaucoup de mal à passer dans la pratique. Si le monde médical est prêt à les accepter, le public sera plus récalcitrant et de longs jours s'écouleront avant qu'elles s'acclimatent dans l'entourage des malades. Qu'on se représente la façon dont vit un tuberculeux à Paris, en l'an de grâce 1890, qu'on se le figure dans une chambre close de toutes parts, dont les portes et les fenêtres sont garnies d'épais bourrelets, de manière à boucher méticuleusement la plus petite fente, par où la moindre parcelle d'air respirable aurait le moins de chance d'entrer. Du feu y est entretenu sans discontinuer du matin au soir et du soir au matin; heureux encore quand on utilise à cet effet la cheminée; car le très hygiénique choubersky est ordinairement l'instrument qu'on préfère pour maintenir, à la température voulue, l'étuve où la famille cultive son malade. S'il fait froid, on redouble de précautions à l'intérieur; mais toute sortie est interdite; un refroidissement amènerait si vite une fluxion de poitrine! S'il fait beau, on endosse au patient un bon pardessus, on garnit ses pieds de chaussures fourrées et l'on a soin de disposer autour de son cou un cache-nez qu'on fait passer juste au-devant de sa bouche et même de ses narines: car, l'entrée de l'air dans les bronches est tout ce qu'il y a de pire pour lui. Le soir, les rideaux de la fenêtre sont tirés, puis soigneusement affrontés et même entrecroisés, et de peur qu'un mince filet d'air, pénétrant par quelque fissure microscopique, ne vienne effleurer le visage du malade, les rideaux du lit sont à leur tour ramenés en avant. Et si, après quelques heures de sommeil, la respiration s'embarrasse, si un accès de dyspnée survient, on se reproche amèrement d'avoir mal calfeutré la pièce; le malade aura eu froid. Ce n'est pas à un tel malade ni à son entourage, qu'il faudra se risquer à parler d'aération par la fenêtre ouverte. Qui ne connaît les méfaits des fenêtres mal fermées chez les gens bien portants? Que sera-ce chez un poitrinaire? Les névralgies, les fluxions de poitrine, les ophthalmies, les conjonctivites, voire les conjonctivites purulentes des enfants, n'ont pas d'autre origine.

Coucher près d'une fenêtre, même fermée, surtout s'il fait clair de lune, c'est l'imprudence la plus folle que puisse commettre un humain soucieux de sa santé.

Sans se faire illusion sur les difficultés qu'on éprouvera à faire accepter ce traitement par les malades, on peut toutefois espérer qu'on parviendra à faire comprendre au public ses avantages hygiéniques. Pour contribuer à déraciner les vieux préjugés, ne pourrait-on mettre immédiatement la méthode en pratique dans les hôpitaux? On sait combien l'hospitalisation des tuberculeux est une question difficile à résoudre. Construire des hôpitaux de tuberculeux est chose qui nous paraît impossible. Combien il serait plus aisé de réserver aux tuberculeux, dans chaque hôpital, une ou plusieurs salles, dont on enlèverait les fenêtres de façon à constituer autant de sanatoria, où les phthisiques auraient chance de s'améliorer, tout en ne nuisant pas aux autres malades.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mai 1890. — Présidence de M. Terrier.

RAPPORTS

Tumeur volumineuse de la région fessière constituée par une hernie de l'ovaire. — M. ROUTIER fait un rapport sur une observation envoyée par M. Chenieux (de Limoges).

Il s'agit d'une femme de quarante ans, jouissant d'une bonne santé et présentant une volumineuse tumeur au niveau de la fesse droite. Le diagnostic de M. Chenieux était lipome ou hernie.

L'opération qui fut pratiquée par le médecin de Limoges démontra que la tumeur était formée par une hernie de l'ovaire. La guérison fut obtenue.

La hernie ischiatique de l'ovaire est extrêmement rare.

Cancer du rectum; opération de Kraske. — M. ROUTIER lit un rapport sur un travail envoyé par M. Poisson (de Nantes).

Malade de soixante-dix ans, atteint d'un cancer siégeant à 4 centimètres de l'anus. L'opération fut pratiquée suivant la méthode qu'a préconisée M. Routier dans sa dernière communication. Il fut extrêmement difficile de séparer le rectum des vésicules séminales. Les sutures ne furent pas faciles à poser, parce que le cancer siégeait très bas. On suture le bout supérieur du rectum à la peau. La mort survint le deuxième jour.

M. Routier n'aime pas cette suture du rectum à la peau. Mais il faut reconnaître que l'opération n'est pas toujours facile. Dans un cas, le rectum avait contracté des adhérences au bassin. On dut faire un anus sacré. La mort ne put être évitée.

DISCUSSION

M. VERNEUIL. L'extirpation du rectum est contre-indiquée chez les vieillards. Il est préférable de leur faire l'anus iliaque qui est une opération bénigne. M. Verneuil voit encore des malades qu'il a opérés depuis deux ans. L'anus iliaque ne constitue pas une réelle infirmité.

Il faut enlever l'extrémité inférieure du rectum quand la por-

tion intra-péritonéale du rectum n'est pas envahie. L'opération donne, dans ces conditions, d'excellents résultats.

Mais quand on tente l'extirpation du rectum, alors que le péritoine est envahi, les suites opératoires sont mauvaises, la mortalité est considérable, la récidive est fréquente et rapide.

M. Verneuil a eu l'occasion de faire deux fois l'extirpation du rectum par la voie sacrée.

Pourquoi a-t-on donné à cette opération le nom de Kraske?

Il y a trente ans, M. Verneuil a proposé de réséquer le coccyx et la partie inférieure du sacrum pour faire l'ablation de l'extrémité inférieure du rectum.

M. QUÉNU a été obligé de suturer le bout supérieur du rectum à la peau. Il a établi ainsi un anus sacré, après l'opération de Kraske. Le malade est mort de shock. L'opération avait duré une heure environ. M. Quénu ne craint pas d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal. Le mésorectum constitue un obstacle à l'abaissement du rectum. Il est facile de faire glisser par en bas la muqueuse rectale, mais il n'en est pas de même des autres parois du rectum.

M. SCHWARTZ a pratiqué l'opération de Kraske. Il s'agissait d'un cancer annulaire du rectum situé à 4 centimètres au-dessus de l'anus. La tumeur était mobilisable, ainsi que M. Schwartz avait pu le constater sous le chloroforme.

Une incision convexe en forme d'U fut pratiquée. On enleva le coccyx et la partie inférieure du sacrum. Il fut facile de libérer le rectum sur les côtés et en arrière. La section du rectum fut pratiquée au-dessus du cancer, après que l'on eut posé sur le rectum une grosse pince, pour oblitérer le calibre intestinal. On fit de même au-dessous de la tumeur.

Le bout inférieur n'avait que 3 centimètres et demi. On sutura les deux bouts et on fit la section du sphincter anal.

Trois semaines avant l'opération, on avait préparé le malade. Il avait été soumis à l'usage des purgatifs répétés et du naphtol. Le régime lacté avait été prescrit. Mais le quatrième jour, il se produisit une débâcle formidable. Des matières fécales s'étaient accumulées au-dessus de la tumeur, malgré l'usage des purgatifs. Les sutures furent rompues. La mort survint. Il est bon d'ajouter que ce malade était très affaibli avant d'être opéré.

M. Schwartz, ayant à intervenir chez un autre malade, préféra pratiquer un anus iliaque. Le rectum était envahi par une masse carcinomateuse énorme qui remontait très haut. L'opération de Kraske était impossible.

M. GÉRARD MARCHANT a fait deux fois l'opération de Kraske dans ces dernières semaines.

La première fois, il éprouva de la difficulté pour séparer l'intestin des vésicules séminales. Les choses se passèrent très bien pendant trois jours. Mais à cette époque, on remarqua par la brèche cutanée une fistule stercorale, comme cela est souvent observé dans les opérations de ce genre.

M. Gérard Marchant a constaté que, chez son opéré, l'anus était contracturé. Peut-être la fistule stercorale eût-elle été évitée, si on avait fait la dilatation anale, au cours de l'opération.

Dans sa deuxième opération, M. Gérard Marchant fendit l'anus à la partie postérieure, comme l'a fait M. Schwartz. Le résultat fut bon.

La voie sacrée est excellente. On aborde ainsi facilement le rectum que l'on peut extirper sur une certaine hauteur.

M. TERRIER a fait l'opération de Kraske chez un vieillard profondément anémié. L'opération fut faite après que ce malade eut été soumis au régime lacté et à l'usage prolongé du naphtol.

On a pu mettre dans le bout supérieur de l'intestin sectionné une certaine quantité de gaze iodoformée. Les sutures furent faites facilement. M. Terrier a employé des fils de soie. Il se produisit une petite fistule stercorale qui mit un certain temps à disparaître. Bref, la guérison fut obtenue. L'intestin était parfaitement suturé.

L'opération de Kraske est excellente. Chez le malade de M. Terrier, il y eut de l'incontinence des matières fécales pendant quelque temps; mais le sphincter ne tarda pas à reprendre ses fonctions et les matières fécales furent retenues.

M. ROUTIER. L'anus iliaque est une infirmité épouvantable. Il est vrai que l'opération de Kraske est plus grave que l'opération de l'anus artificiel. Mais l'extirpation du rectum par la voie sacrée, avec conservation du sphincter, donne d'excellents résultats fonctionnels.

Dans l'extirpation du rectum, préconisée depuis longtemps par M. Verneuil, on enlève, il est vrai, le coccyx, mais on supprime le sphincter anal. Dans l'opération de Kraske, on respecte le sphincter. C'est là ce qui constitue le précieux avantage de l'intervention qui porte le nom de Kraske.

Le mésorectum met un certain obstacle à l'abaissement du rectum.

L'opération de Kraske est plus difficile chez l'homme, comme tous les chirurgiens ont pu le constater.

On a parlé de la section du bout inférieur du rectum. Mais ce détail opératoire modifie absolument l'opération qui porte le nom de Kraske et dont le principal avantage est justement la conservation du sphincter anal. Il vaut mieux employer les fils de soie pour faire les sutures. La soie résiste mieux que le catgut qui se résorbe trop tôt.

LECTURE

Statistique. — M. KIRMISSON lit la statistique des opérations pratiquées par M. Bois (d'Aurillac).

PRÉSENTATION DE MALADES, DE PIÈCES ET D'INSTRUMENTS

Résection de la hanche. — M. RICARD présente un malade auquel il a pratiqué une résection de la hanche pour une luxation traumatique irréductible. Excellent résultat. Ce cas semble être unique dans la science. Le travail de M. Ricard a été renvoyé à une Commission dont M. Nélaton est le rapporteur. (L'observation sera publiée.)

Névrome plexiforme à la partie externe de l'orbite chez une jeune fille. — M. DELENS. La malade qui présente cette tumeur, du volume d'un œuf, a subi, à l'âge de sept ans, une opération incomplète. M. Delens compte enlever cette tumeur curieuse.

Bandage pour fractures. Trépan. — M. DUMOG (chirurgien militaire de Hollande) présente différents instruments et appareils :

1° Un bandage pour fractures. Ce bandage souple peut être facilement appliqué. Il peut rendre service sur les champs de bataille;

2° Un trépan.

Ostéo-sarcome du fémur. — M. ROUTIER présente un ostéo-sarcome du fémur. Il a enlevé cette tumeur chez un jeune homme de dix-sept ans.

L'évolution de l'ostéo-sarcome a été extrêmement lente. La tumeur existait déjà, lorsque le malade n'avait que deux ans. M. Cornil, qui a examiné la pièce, a porté le diagnostic de sarcome à myéloplaxes.

Kyste. — M. ROUTIER présente un kyste de la partie externe de la trompe. Ce kyste avait subi une torsion sur son court pédicule.

Tumeur de l'épiploon. — M. TERRIER présente une tumeur du grand épiploon.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les déshérités.

Par M. le docteur Badour, médecin principal de première classe.

I

Dans l'ordre sentimental est-il rien de plus touchant que l'affection inspirée par les déshérités? Et quelle preuve plus frappante de notre supériorité sur la bête, si tant est qu'à ce point de vue il puisse s'établir quelque comparaison?

Dans les champs, dans les bois, dans les eaux et dans la ville même si l'animal y vit en pleine liberté, cherchez quelque exemple d'infortune physique, cherchez encore et cherchez toujours, vous qui chassez, qui pêchez, ou vous, simples amateurs qui flairez les curiosités. Y a-t-il des mammifères à trois et à deux pieds, des poissons sans nageoires et des oiseaux sans ailes? Y a-t-il des infirmes par naissance, par maladie acquise, des souffreteux qui, de la vie, n'ont connu que l'ingrate misère, la misère innommée? Car quel nom donner au malheur d'être né et de vivre dans une perpétuelle douleur pour soi et pour les autres?

Quand chez la bête la nature se trompe, elle a bientôt fait de redresser son erreur. Elle tue ou, si vous aimez mieux, elle laisse mourir : c'est la sélection au premier chef.

Et voilà pourquoi vous ne voyez à travers bois et champs, dans les lacs, sur les toits, que des bêtes superbes, au poil lisse, à la plume polie, aux écailles luisantes.

L'histoire raconte que les Spartiates, au temps de Lycurgue que l'oracle de Delphes avait déclaré l'ami des dieux et le plus sage des hommes, décrétèrent l'impossibilité des malformations et firent une loi qui les excluait violemment de la société. Qui, aujourd'hui, même sous le ciel de Vénus, oserait proposer de les jeter dans un gouffre ou ailleurs?

Il paraît qu'il existe des peuplades chez lesquelles le difforme, s'il a le droit de naître, n'a pas le droit de vivre. C'est possible de la part de brutes qui n'apprécient que la force physique. Et encore est-ce vrai? Nos Arabes, gens réfractaires à la civilisation, ne tolèrent-ils pas les infirmes dont la mort ne veut pas?

Toujours est-il que nous, les humains, nous voyons d'un autre œil tous les deshérités. Nous les caressons, nous les choyons en proportion de leur misère. La preuve en est partout, chacun en ferait foi. Et nous allons si loin dans cet apitoiement, que, conscients, ils sont des tyranneaux, et bêtes, moins que bêtes, des idoles chéries : cela soit dit surtout pour l'évangélique moitié de nous-mêmes.

Dieu sait pourtant si, parmi eux, d'aucuns, poursuivant une carrière relativement longue, sont difficiles, affreux et parfois répugnants! Au cours de mes fonctions médicales, j'en ai connu des types réussis dont, si vous le permettez, je vais vous détailler quelques échantillons. Ils avaient tous atteint la vingtième année, un siècle, une éternité!

II

Il y a quelques années, sur les belles promenades de Bône, allait et venait sous la conduite d'une dame d'un certain âge une élégante petite voiture d'enfant. Dans cette voiture il y avait un être et de cet être la dame était la mère.

Quand près de lui la mort se fit sentir, je fus appelé (*primus inter pares*), ce qui m'arrivait quelquefois en pareille circonstance, et je pus pendant quelques jours suivre les dernières manifestations organiques de cette chair piteuse.

Prenez-en une idée.

Tous les membres réduits à l'état de squelette qu'entourait une peau sèche et ridée, étaient tout contournés et ballottaient, impuissants, au gré des mouvements provoqués. Leurs articles y traçaient d'étranges nodosités. Comme des pattes d'araignée ils semblaient accrochés au torse, et ce torse consistait principalement en un ventre, ou mieux une outre pleine, où la bestialité mettait des provisions.

Sur les côtes on pouvait poser des numéros. Le cou était tortueux, effilé et la tête tombante : une tête oblongue avec un menton anguleux, des lèvres baveuses, un nez court, écrasé, des pommettes saillantes et de gros yeux hagards, sortant des orbites et se convulsant pour ne regarder rien.

Un grognement s'échappait d'une bouche édentée et toujours entr'ouverte... et c'était monstrueux!

Et c'était nettoyé, promené, dorlotté!

Un abcès ossifluent avait apparu dans la région cervico-dorsale, au-dessous de la nuque, entre les deux épaules (*scapulæ alatae*), et avait pris peu à peu un énorme développement. Lorsque je le vis gros comme les deux poings, luisant, bleuâtre, il était près d'éclater et, moi présent, il éclata terrifiant l'entourage. L'être ne bougea pas; pas un tressaillement ne fit vibrer son corps.

Et les mots doux et tendres, jusqu'à la fin qui, cette fois, fut prompte, allaient à cette adresse comme le soleil à l'ombre et les fleurs aux tombeaux!

III

A Saint-Nazaire, port moderne égaré au bout de cette terre de Bretagne où il semble que les vieilles idées soient inébranlables comme ses pierres levées, j'assistais, en 1876, le conseil de revision et, pour une fois nouvelle, il m'était donné de pouvoir au passage saisir par à peu près tout ce qu'il y a de possible et même d'impossible en vices corporels.

Cinq conscrits s'alignaient, nus, en face du conseil.

Tout à coup dans un groupe, l'attention fut attirée par l'un d'eux qui était resté vêtu et était, *sicut femina*, affublé de jupons.

Il était de taille ordinaire et bâti à l'avenant. Sa figure qu'empourpraient de pudibondes rougeurs, n'avait au point de vue des formes rien que de très ordinaire. Il s'exprimait passablement et... il pissait sans cesse.

Cette dégoûtante infirmité motiva son congédiement immédiat; mais je le retrouvai ensuite et l'examinai à l'aise.

L'exstrophie vésicale (que l'on a devinée) était simple, s'il est permis d'employer ce vocable. C'était une saillie rougeâtre et tomenteuse qui, plus large que haute, avait grossièrement l'air du segment coloré d'une pomme d'api qu'on aurait appliqué au-dessus des pubis écartés. En haut l'ombilic lui était adjacent, en bas c'étaient des organes rudimentaires, et tout autour des surfaces excoriées dans une atmosphère repoussante.

A cette époque, déjà bien éloignée, si on la compare au temps actuel où la méthode antiseptique, rigoureusement et minutieusement appliquée, autorise en opération les plus grandes hardiesses, cette monstruosité se prêtait plus ou moins à quelques tentatives chirurgicales.

Dans l'espèce il était au moins indiqué d'atténuer le mal par l'adaptation d'un appareil protecteur, et j'essayai de le faire comprendre aux parents, à la mère surtout qui, couvant littéralement son fils, ne le quittait plus d'une semelle.

« Ah bien oui! s'écria-t-elle, on le tuerait peut-être bien. Si vous saviez comme il est sage (parbleu!), comme il est doux, comme il est bon berger! Et, d'ailleurs, cela ne nous gêne point : n'est-il pas vrai, mon gars? »

Et les choses restèrent en l'état.

IV

Parmi les conscrits de chaque année, il en est quelques-uns que leur situation physique empêche de se présenter devant le conseil. Ils sont cloués au lit par une maladie aiguë ou, ce qui est le plus commun, ils excipent d'une infirmité pour être visités à domicile.

Dans cette dernière catégorie sont les déviés, les névropathes, les arriérés, etc. A Paris, où la province envoie une partie des

siens, il y en a dans les asiles spéciaux, comme à Gentilly ou chez les Frères de Vaugirard; il y en a dans les hospices.

Aux environs du Mont-Valérien, j'en ai rencontré un qui était gardé depuis son bas âge par une femme dont il constituait les moyens d'existence et qui le soignait en conséquence, c'est-à-dire à merveille. Je le cite parce que, comme le précédent, il était habillé en fille et en avait les apparences : à quoi je n'avais pas manqué de me tromper moi-même.

Il s'exonérait à la façon des bêtes, n'importe où, sans la moindre conscience. Il était louche, béquillard, épileptique et méchant, ne connaissant que sa mère adoptive qu'il suivait comme un chien et mordait quelquefois.

Elle ne s'en plaignait pas : c'était une caresse.

Celui-là, j'eus l'occasion de m'en assurer, était, contrairement aux autres, le fruit d'une liaison tellement disproportionnée que je n'en revenais pas : un songe du printemps évoqué dans l'hiver.

Les plus intéressants, au point de vue moral, sont sans contredit ceux que la famille garde et gâte d'autant plus qu'ils sont plus misérables. Ils appartiennent pour la plupart au populaire, ainsi que je l'ai constaté plusieurs années de suite en des missions qui avaient pour but de compléter les opérations de la revision et qui ne procuraient pas seulement l'avantage d'une étude médicale.

A ce propos, et avec l'agrément du lecteur, j'ouvre une parenthèse.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

189. M. Régnier. Essai critique sur l'intoxication chronique par la morphine et ses différentes formes. — 190. Mlle Brandhendler. Contribution à l'étude de la spléno-pneumonie chez l'enfant. — 191. M. Marx. Colpocèle postérieure. Son traitement. — 192. M. Couturier. Contribution à l'étude de la thérapeutique intra-utérine antiseptique. — De la dilatation et du pansement antiseptique de la cavité utérine dans le traitement des métrites chroniques. — 193. M. Willemin. La cirrhose curable. — 194. M. Bonnier. Le sens auriculaire de l'espace. — 195. M. Pujol. Rapport du pied-bot congénital avec l'hydrocéphalie et l'hydrorachis. — 196. Mlle Herzenstein. Ictère catarrhal prolongé. — 197. M. Billout. De la bronchite dans la fièvre typhoïde. — 198. M. Lorin. Du traitement de l'orchi-épididymite d'origine uréthrale par les courants continus. — 199. M. Roulet. De l'érysipèle dans les maladies du foie. — 200. M. Boucher. Des signes qui permettent de soupçonner la tuberculose chez les enfants. — 201. M. Coudère. Des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. — 202. M. Marque. Parallèle des différents modes de traitement des fibromes utérins.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 mai 1890, M. Bergonié, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physique à la Faculté mixte de médecine de Bordeaux.

— A la date du 14 mai courant, le ministre de la Guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve en 1890 aura lieu dans les conditions suivantes :

266 médecins seront convoqués à l'époque des manœuvres d'automne, savoir :

230 médecins aides-majors de première ou de deuxième classe; 36 médecins-majors de deuxième classe.

Ces médecins seront désignés, quelque soit leur domicile, par MM. les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés.

Les demandes de dispenses d'appel seront adressées à ces mêmes officiers généraux, qui n'y feront droit qu'en cas de force majeure, ou dans l'intérêt des populations. Les médecins qui obtiendront des dispenses seront prévenus, en même temps, qu'ils devront accomplir leur stage l'année suivante.

— Les obsèques de M. Siredey ont eu lieu hier matin, à dix heures, à l'église de Neuilly-sur-Seine.

— *Faculté de médecine de Paris*. — Un concours, pour les emplois vacants de chef de clinique médicale, de chefs de clinique des maladies des enfants et de chef de clinique obstétricale, s'ouvrira le lundi 23 juin 1890, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu : 1° pour le clinicat médical, à la nomination d'un chef de clinique titulaire ; 2° pour le clinicat des maladies des enfants, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; 3° pour le clinicat obstétrical, à la nomination d'un chef de clinique titulaire.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 15 juin 1890. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures, guichet n° 2.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : 1° pour le clinicat médical et le clinicat des maladies des enfants, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours; 2° pour le clinicat obstétrical, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-huit ans au jour d'ouverture du concours. — Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— *Faculté de médecine de Nancy*. — M. Louviot (Marie-Victor-Louis-Eugène) est nommé aide de physiologie, en remplacement de M. Duron, démissionnaire.

M. Colin (Paul-Émile) est nommé préparateur de thérapeutique (emploi nouveau).

M. Trèche (Maurice-Alexandre) est nommé préparateur de médecine légale (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Lyon*. — M. Jardon (Louis-Lucien), licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de physiologie, en remplacement de M. Givois, démissionnaire.

— M. Saint-Remy soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 27 mai 1890, à dix heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, la thèse suivante : « Contribution à l'étude du cerveau chez les arthropodes trachéates. »

— M. le docteur Ledru, directeur de l'École de médecine de Clermont, médecin adjoint du lycée de Clermont, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Grandclément, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Grandclément, médecin du lycée de Clermont, est nommé médecin adjoint dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Ledru, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Fleury, chirurgien du lycée de Clermont, est nommé chirurgien consultant audit lycée.

— M. Stanislas Meunier fera une excursion géologique publique le dimanche 25 mai, à Breteuil, à Bémont et dans les gîtes phosphatés à Hardivilliers.

Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous : gare du Nord, où l'on prendra, à six heures précises, du matin, le train pour Breteuil.

— *Hygiène de l'enfance*. — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » . — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On se rappelle la discussion déjà ancienne qui a eu lieu à l'Académie, sur les accidents de la chloroformisation. Dans cette discussion, M. Verneuil avait déclaré qu'il était impossible de transporter au lit du malade les expériences du laboratoire.

Tel n'est pas l'avis de M. Laborde qui, pour combattre cette opinion de M. Verneuil, a fait devant l'Académie une expérience sur le lapin, qui a parfaitement réussi, ce qui n'a pas empêché que M. Verneuil n'ait maintenu son affirmation. Dans une prochaine séance, M. Laborde fera connaître le résultat d'autres expériences qu'il a entreprises sur certaines associations narcotiques pour faciliter la chloroformisation.

L'Académie a entendu ensuite une intéressante lecture de M. Fabre (de Commentry), sur la pathologie des houillères, et un rapport de M. Le Roy de Méricourt, sur un mémoire de M. Commenge, relatif à la syphilis et à la prostitution, mémoire que nous avons publié dans notre numéro du 9 janvier 1890. Nous signalerons aussi la présentation, par M. Tarnier, d'un enfant de huit jours atteint d'un volumineux kyste séreux congénital du cou et l'ouverture d'un pli cacheté de MM. Bertin et Picq (de Nantes), relatif à des expériences sur le vaccin de chèvre.

A quatre heures et demie, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bouchard sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Damaschino. La liste de présentation est ainsi fixée : en première ligne, M. Cadet de Gassicourt ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Dieulafoy et Duguet ; en troisième ligne, M. Kelsch.

Mardi dernier, M. le professeur Duplay inaugurait, par une leçon brillante, son avènement à la clinique chirurgicale de la Charité. Après avoir consacré quelques paroles élogieuses à la mémoire de son prédécesseur, le regretté Trélat, il s'est attaché à montrer la nécessité pour le chirurgien de savoir associer, aux pratiques rigoureuses de l'antisepsie, les utiles traditions de la clinique. Partisan convaincu des doctrines listériennes, il a fait revivre ces temps néfastes où les meilleurs chirurgiens perdaient presque tous leurs amputés, et leur a opposé l'ère aseptique d'aujourd'hui, qui procure, d'une façon constante et assurée, les bénéfices de la réunion par première intention.

De la chirurgie d'autrefois, il a fait voir qu'on doit garder la précision dans l'étude clinique du malade, grâce à laquelle on entreprendra une opération sans rien laisser à l'imprévu. Partant de ce principe, que le but du chirurgien ne doit pas être seulement le succès opératoire, mais le succès thérapeutique, c'est-à-dire la guérison du malade, ou son soulagement, il a insisté sur la nécessité de s'attacher à porter, avec exactitude, le diagnostic et le pronostic de la maladie. Dans un exposé méthodique, il a convaincu son auditoire qu'il fallait faire appel à des ressources multiples, non seulement à des sens exercés par l'expérience, mais aussi aux diverses branches des sciences médicales, depuis les plus fondamentales, comme l'anatomie, jusqu'aux plus récentes, comme la bactériologie.

C'est muni de toutes ces données que le chirurgien devra aborder une intervention thérapeutique, en se rappelant qu'il ne doit rien entreprendre qu'il n'accepterait pour les siens ou pour lui-même. Ces préceptes sont tout à fait à l'éloge du maître, et chacun aura profit à les voir mettre en pratique par celui qui joint à ces qualités de parole et d'esprit le talent d'un opérateur consommé.

HOPITAL NECKER. — M. GUYON.

Hématurie dans les néoplasmes de la vessie ; suture totale de la vessie après la taille hypogastrique.

Je vais opérer aujourd'hui un homme, âgé de trente ans, qui a des hématuries depuis onze ans environ. Le pissement de sang se produit, chez ce malade, dans des conditions qui méritent d'arrêter un instant notre attention. L'hématurie ne se produit qu'à la fin de la miction, au moment où s'écoulent les dernières gouttes d'urine. Comme cet homme est jeune, la vessie se contracte vigoureusement pour se vider complètement. C'est alors qu'a lieu cette hématurie.

Ce que je viens de vous dire, sur le mode de production de cette hémorrhagie vésicale, suffit pour vous faire deviner

que l'écoulement de sang est peu abondant. Les hématuries terminales sont discrètes, peu marquées, en règle générale.

L'examen endoscopique, que j'ai pratiqué, m'a permis de reconnaître, au voisinage du col vésical, une petite tumeur pas plus volumineuse que l'extrémité du petit doigt et présentant un pédicule mince.

Ce malade est jeune, comme je vous l'ai déjà dit; sa vessie est en bon état; elle ne présente, dans sa cavité, aucun micro-organisme. Toutes ces conditions réunies me font penser que le cas est favorable et que l'opération sera curative.

Mais quelle voie allons-nous suivre pour enlever cette tumeur? Elle est relativement petite; elle a un pédicule et elle se présente assez bien aux instruments que l'on introduit dans la vessie par le canal de l'urèthre. Vais-je tenter l'ablation de ce néoplasme par les voies naturelles? Non.

Vous n'ignorez pas qu'on a pu réussir à enlever des tumeurs aussi volumineuses que celle-ci, en pénétrant par l'urèthre. Mais, je me hâte de vous avertir que ces néoplasmes vésicaux étaient développés chez des femmes. Or, vous savez que l'urèthre de la femme est facilement dilatable et que l'on peut introduire facilement, dans la vessie, des instruments relativement volumineux.

Chez l'homme, les manœuvres ne sont pas aussi faciles. J'ai essayé, dans un cas, de pratiquer l'extirpation d'une tumeur vésicale, en pénétrant par les voies naturelles. Mais l'opération a été pénible et, en fin de compte, je n'ai pas obtenu le résultat que je cherchais. Le malade mourut peu de temps après, non pas des suites de l'opération, mais il fut enlevé par les progrès de l'affection vésicale. Néanmoins, cette tentative infructueuse m'a laissé une mauvaise impression et je n'ai nullement le désir de recommencer.

Une des difficultés de l'ablation des tumeurs par les voies naturelles, est l'incertitude où le chirurgien se trouve relativement au siège précis de la tumeur. L'endoscope permet de constater *de visu* l'existence de la tumeur, mais l'examen endoscopique, le plus précis, ne peut guère renseigner exactement sur le siège du néoplasme.

Les hématuries, qui existent depuis si longtemps chez le malade que je dois opérer devant vous, n'ont pas altéré sa santé. Cette condition entraîne un pronostic favorable. Mais peut-on, en clinique, établir une relation entre le volume de la tumeur et l'abondance des pissements de sang? Je puis vous affirmer qu'il n'y a aucun rapport entre ces deux termes.

Il y a à peine quelques jours, j'ai enlevé, de la vessie d'un médecin, une toute petite tumeur. Il s'agissait bien probablement d'un néoplasme bénin. Cette tumeur, malgré l'exiguïté de son volume, donnait naissance à des hématuries abondantes depuis le mois d'octobre dernier. Chaque jour, notre confrère avait une hématurie de 5 à 600 grammes. Dès le début des accidents, l'hématurie a été continue. Le malade, qui voyageait à l'étranger, avait espéré que ses hémorrhagies s'arrêteraient, du moins momentanément, comme cela arrive si souvent dans les cas de ce genre. Mais il n'en a rien été. Il n'y a pas eu d'entr'acte. J'ai dû faire d'urgence l'opération nécessitée par la continuité de ces hémorrhagies.

Le degré de l'hématurie ne peut donner aucun renseignement ni sur le volume, ni sur l'âge, ni sur la nature du néoplasme vésical : voilà la vérité.

Dans un autre cas, j'ai dû ouvrir la vessie, sans avoir même le temps de pratiquer l'examen endoscopique. L'abondance des hématuries m'a forcé la main.

Or, ce néoplasme, qui déterminait des hémorrhagies considérables, n'était pas ulcéré. Il ne faut donc pas comparer, à ce point de vue, les néoplasmes vésicaux aux tumeurs du sein, par exemple. Les cancers de la mamelle donnent lieu à des hémorrhagies quand ils s'ulcèrent. Il y a corrélation entre ces deux termes : ulcération et hémorrhagie.

Ceux qui ont esquissé les symptômes des tumeurs vésicales ont procédé par analogie, quand ils ont déclaré que l'hématurie était la conséquence de l'ulcération du néoplasme vésical. Ces auteurs ont été les victimes d'une vue de l'esprit, mais ils n'ont pas connu la vérité clinique.

Les néoplasmes vésicaux, non ulcérés, produisent des hématuries extrêmement abondantes. Bien plus, j'ajouterai que les néoplasmes les plus vieux sont ceux qui saignent le moins. Voulez-vous un exemple de la réalité de ce fait? Il suffit d'examiner l'homme qui est couché au n° 9. Sa tumeur date de longtemps. Ce malade présente des symptômes sur lesquels il est inutile d'insister, mais il n'a que rarement des hématuries.

Je veux ajouter quelques mots sur la façon dont je pratique l'ablation des tumeurs de la vessie. Après l'ouverture de celle-ci, je commence par saisir le néoplasme. J'ai soin de placer ma pince au delà du point d'implantation de la tumeur. Je ne crains donc pas de saisir une partie de la paroi vésicale. Cette précaution est nécessaire, si l'on veut avoir quelques chances de dépasser les limites du mal.

Il est évident qu'on pourrait faire une ablation large et complète avec le bistouri. Mais la dissection d'une tumeur vésicale n'est pas toujours aisée. Les difficultés sont extrêmes quand le néoplasme siège près du col. Il faudrait, dans certains cas, enlever une portion du pubis pour pouvoir aborder franchement les néoplasmes situés aux environs du col vésical. Une telle entreprise n'est pas possible, surtout quand il ne s'agit que d'enlever une petite tumeur.

Il n'est, du reste, pas utile d'avoir recours à de tels délabrements pour enlever ces néoplasmes. Il suffit d'avoir un outillage convenable à sa disposition pour venir à bout de toutes les difficultés. Les fabricants d'instruments ont construit des pinces spéciales qui simplifient l'opération. J'ai l'habitude, pour ma part, de mettre une pince en avant, et une autre en arrière de la tumeur.

Je vous ai dit que le malade, qui va être opéré dans un instant, a une vessie saine. L'asepsie vésicale existe. Vais-je profiter de cette circonstance pour suturer complètement la vessie, après avoir enlevé la tumeur? Il est certain que la chose peut être tentée dans ce cas. Mais j'avoue que je ne vois pas de grands avantages à cette manière de faire. Les opérés guérissent-ils plus vite quand on leur a suturé totalement la vessie? Je crois que ceux qui ont été drainés guérissent aussi rapidement.

Tout d'abord, il faut déclarer qu'il est rare que les malades, atteints de néoplasme de la vessie, n'aient aucun micro-organisme dans l'urine. L'asepsie vésicale, chez ces individus, est une rareté. Or, ceux qui préconisent la suture totale de la vessie, sont d'avis de ne la pratiquer qu'aux malades dont la vessie est aseptique. Il s'ensuit que la suture totale est rarement indiquée.

Je ne suis pas opposé cependant à la suture immédiate et totale de la plaie vésicale. Chez mon malade, si je constate que la vessie est saine, si les conditions me paraissent favorables, je n'hésiterai pas à fermer complètement la vessie.

J'avoue que je préfère les sutures qui ferment en partie seulement la vessie. Je mets deux drains que j'enlève ordinairement vers le dixième jour.

L'histoire de la suture totale de la vessie, après la taille hypogastrique, n'est pas encore bien connue. Il n'est pas facile de mettre en lumière différents points très utiles à préciser, pour pouvoir porter un jugement motivé sur le débat. Quelle est la mortalité dans ces cas? On n'a publié aucun travail complet sur cette question. La mort peut survenir après l'ablation des néoplasmes vésicaux, soit qu'on suture complètement la vessie, soit qu'on fasse du drainage par la plaie. Les opérés peuvent mourir par la seule raison que la maladie continue son évolution. Mais la suture totale de la vessie n'entraîne-t-elle pas une mortalité opératoire plus grande que celle qui existe, quand on se contente de fermer partiellement la vessie? C'est ce qui n'est pas démontré d'une façon absolue.

Depuis que je pratique la taille hypogastrique et que je fais du drainage par la plaie vésicale, je n'ai perdu qu'un opéré par infiltration d'urine. C'était le deuxième malade auquel je faisais la taille hypogastrique. Depuis cette époque, je n'ai jamais vu l'infiltration d'urine survenir à la suite de cette opération. La mortalité post-opératoire est nulle. J'opère avec une sécurité très grande.

Il reste à savoir si les mêmes résultats sont obtenus, toutes choses égales d'ailleurs, quand on pratique la suture totale de la vessie.

Je me résume en disant qu'il faut savoir définitivement, et d'une façon précise, dans quelles proportions et dans quels cas la suture totale de la vessie réussit. Le drainage par la plaie vésicale me donne une sécurité absolue. Mais, a-t-on dit, la cicatrice qui se produit, quand le chirurgien a complètement suturé la vessie, est plus solide. Ce que je puis vous affirmer, d'après mon expérience, c'est que le drainage vésical n'empêche pas la production d'une cicatrice à toute épreuve.

PATHOLOGIE DES HOUILLÈRES

Par M. le docteur Fabre (de Commentry).

L'importance prise, par l'exploitation de la houille, dans la société moderne, rend intéressante l'étude de ce qui, dans la pathologie des ouvriers des houillères, peut être considéré comme spécial à leur profession et produit par elle.

Le nom d'anémie des mineurs, adopté par tout le monde, depuis les recherches de Hallé relatives à l'épidémie d'Anzin, ne me semble nullement légitime, et sans vouloir entrer dans des détails rétrospectifs, je désire exposer les résultats de dix-huit ans de pratique au milieu d'une population de mineurs.

La pathologie des mineurs, — c'est du moins ce que j'ai constaté dans ma longue pratique, — offre une grande complexité.

Ce qu'il faut d'abord considérer, c'est que le mineur vit dans un milieu essentiellement variable : air, humidité, abondance des poussières, tout varie à chaque instant autour de lui; enfin, notons que, dans les galeries, il y a souvent des matières organiques en putréfaction.

En somme, il n'y a aucune exagération à avancer que les ouvriers d'une même mine se trouvent, au même moment, dans des milieux beaucoup plus dissemblables, bien différents les uns des autres, que les habitants d'une même grande ville. De toutes les influences qu'on a invoquées, la plus connue est la privation de la lumière solaire; or, je crois que cette privation n'a pas ou n'a que peu d'importance.

Pour nous, qui ne considérons pas la pathologie des mineurs comme aussi simple qu'on l'a cru, nous diviserons les accidents dont ils sont atteints en deux grandes catégories : les maladies purement accidentelles et les maladies réellement professionnelles.

La première catégorie comprend les accidents, les traumatismes.

La seconde catégorie renferme les maladies qui se développent sous l'influence des conditions qui sont spéciales aux mineurs; elles naissent principalement sous l'influence de cinq facteurs :

1° Le manque d'oxygène; 2° l'humidité; 3° les émanations délétères ou méphytiques; 4° la chaleur trop élevée dans certaines galeries; 5° l'abondance des poussières.

Nous n'entrerons pas dans le détail des diverses affections qui naissent sous l'influence de ces divers facteurs, nous ferons seulement observer que le nombre des globules sanguins n'est presque jamais diminué, mais que parfois, souvent même, ceux-ci sont altérés dans leurs fonctions.

Les maladies qui surviennent chez les mineurs n'ont, en somme, rien de bien spécial; elles peuvent être plus fréquentes chez eux, grâce aux conditions hygiéniques dans lesquelles ils vivent.

Je crois donc que ce sont surtout les conditions sanitaires des mines qui sont en cause.

De ce rapide coup d'œil sur les conditions sanitaires des mines, nous pouvons conclure en disant : que les conditions sanitaires dans lesquelles se trouvent les ouvriers mineurs, et spécialement les houilleurs, sont aujourd'hui bien différentes de ce qu'elles étaient autrefois. Depuis qu'une ventilation soignée, énergique, sérieusement surveillée, est installée presque partout, depuis que les galeries sont plus vastes et que ce sont des chevaux qui opèrent à peu près partout le traînage souterrain des bennes de charbon (traînage effectué jadis par des hommes, mais surtout par des enfants et trop souvent par des femmes); depuis que l'entrée même des galeries est interdite presque dans tous les pays aux femmes et aux enfants en bas âge; depuis, enfin, que la descente au fond des mines et la montée au jour ne se font plus par les échelles fixes, l'hygiène des houillères s'est considérablement améliorée.

Elle est aujourd'hui presque excellente, mais elle n'est arrivée à ce degré relatif de perfection que peu à peu et à mesure que s'opéraient l'une après l'autre les réformes dont je viens de parler.

Aussi, ne peut-on plus dire qu'il existe une maladie ou des maladies des mineurs, ce n'est que lorsqu'un ouvrier reste longtemps exposé à l'action continue, incessante, de telle ou telle influence particulière, qu'il présente certains phénomènes morbides que nous venons de mentionner, phénomènes accidentels, exceptionnels et fort dissemblables.

C'est pourquoi, quelles que soient les objections d'ordre technique que puissent opposer les exploitants (objection dont nous comprenons assurément la valeur), il importe que les directeurs des mines finissent par se résigner à établir un roulement des ouvriers dans les chantiers malsains, roulement plus ou moins rapide suivant les conditions sanitaires du chantier.

LES EAUX MINÉRALES FERRUGINEUSES

Par M. le docteur Em. Bourgeot.

La question des eaux ferrugineuses est plus complexe qu'il ne semble au premier abord; à coup sûr, les eaux ferrugineuses ne manquent pas : non seulement les eaux exploitées industriellement pour les bains médicaux et pour la table, mais les simples sources qui jaillissent en nombre d'endroits et abandonnent, sur les pierres du ruisseau qu'elles alimentent, l'oxyde de fer dont elles sont abondamment chargées. Mais la plupart de ces eaux sont complètement inutilisables dans presque tous les cas où le médecin doit prescrire un traitement martial par les eaux ferrugineuses, cas nombreux d'ailleurs, où la chloro-anémie qui réclame le traitement, s'accompagne de troubles dyspeptiques venant contre-indiquer, de la manière la plus absolue, l'emploi des préparations ferrugineuses empruntées à la pharmacie.

Beaucoup de ces eaux ne sont, en effet, ferrugineuses que d'une façon accessoire, et ne renferment que des traces insignifiantes de fer à côté de l'arsenic, du lithium et autres métaux ou métalloïdes auxquels elles empruntent leur action spéciale. D'autres, chez lesquelles le fer se trouve en quantité réellement importante, le renferment sous une forme tout à fait impropre à l'assimilation, surtout pour les organismes débilités : il suffit, en effet, de laisser ces eaux quelque temps au repos, ou même d'examiner l'encroûtement du lit des sources pour constater que la presque totalité de l'oxyde de fer se dépose rapidement du liquide et que rien ne distingue plus ce mélange des préparations pharmaceutiques.

L'oxyde de fer, en effet, n'est pas par lui-même soluble dans l'eau, et s'il le devient dans certains cas, c'est grâce à la présence de l'acide carbonique que cette eau peut renfermer. On peut donc admettre comme un principe absolu en hydrologie, qu'une eau ferrugineuse sera d'autant plus riche en métal absorbable, le seul qui soit en cause ici, que sa richesse en acide carbonique sera plus grande. L'eau ferrugineuse idéale sera, par conséquent, une eau aussi gazeuse que possible; elle ne devra laisser sur les parois des vases qui la renferment, aucun dépôt d'oxyde de fer, ce sera là le réactif de la dissolution complète du métal et, du même coup, le réactif de sa digestibilité parfaite et de son assimilation pour l'organisme. Une telle eau pourra dès lors donner, dans le traitement de l'anémie et des symptômes multiples qui en relèvent, des résultats qu'on demanderait vainement à la thérapeutique médicamenteuse : l'acide carbonique en excès, qu'elle renferme, non seulement assurera chimiquement la dissolution parfaite de l'oxyde de fer, mais encore, par son action propre sur la contractibilité stomacale, favorisera la digestion du liquide et viendra apporter un élément non moins utile à la reconstitution de l'organisme par la régularisation des forces digestives et le relèvement de l'estomac.

Une telle eau n'est pas facile à trouver. Nous savons, en effet, qu'il ne suffit pas, pour qu'une eau ferrugineuse présente des qualités utiles, qu'elle renferme beaucoup de fer : le fer *assimilable* doit seul entrer en ligne de compte. Or, la quantité d'acide carbonique qui se trouve adjointe dans certaines eaux ferrugineuses, est évidemment insuffisante pour assurer la dissolution de tout l'oxyde de fer qu'elles renferment. De plus, ces eaux renferment souvent une quantité de sels calcaires qui nuisent d'une façon très appréciable à leur digestibilité, chez les estomacs auxquels elles s'adressent; enfin, l'insuffisance de leur quantité d'acide carbonique amène rapidement la précipitation de l'oxyde de fer sur les parois des vases.

Ces inconvénients ne se trouvent pas dans la *Source de Pardina*, encore insuffisamment connue, la découverte en étant assez récente. En effet, la proportion de fer qu'elle renferme est de 122 milligrammes par litre, mais comme la quantité d'acide carbonique qui y est adjointe est très élevée (2gr247 par litre), il en résulte que tout le fer est tenu en dissolution dans l'eau, d'une manière durable. L'Eau de Pardina nous paraît donc être l'eau ferrugineuse par excellence, dans laquelle une proportion, largement suffisante de gaz, assure à la fois la dissolution du métal et sa digestibilité : ajoutons que la proportion de sels calcaires étant sensiblement moindre dans l'Eau de Pardina, celle-ci ne laisse dans les vases, ni dépôt, ni précipité d'aucune sorte. Sa limpidité est parfaite. Fortement gazeuse, elle pétille abondamment et possède un goût acidulé des plus appétissants.

Nous ne citerons que pour mémoire les autres éléments constituants de l'Eau de Pardina, éléments dont plusieurs sont loin d'être inutiles, tel que le carbonate de magnésie, par exemple, auquel elle emprunte une action très légèrement laxative, venant contrebalancer, avec avantage, la tendance à la constipation, toujours à craindre dans la médication martiale.

Un coup d'œil jeté sur l'analyse de l'Eau de Pardina en dira plus, d'ailleurs, que tout commentaire.

La proportion des matières fixes renfermées dans l'Eau de Pardina est la suivante :

Acide carbonique libre	2gr 247
— — des bicarbonates	0 174
Chlorure de potassium	0 002.5
— de sodium	0 012
Sulfate de soude	0 004
Chlorate de lithium	19/10e de milligr.
Carbonate de chaux	0gr 168
Sulfate de chaux	0 010
Carbonate de magnésie	0 013.5
Sulfate — —	0 002.5
Carbonate de protoxyde de fer	**0 122**
Silice	0 008
Alumine	0 001.5
Matières organiques	0 003
Manganèse	Traces
Total	2 768

Je n'ajouterai qu'un mot, c'est que, dans la pratique, l'Eau de Pardina a justifié toutes les espérances que la théorie pouvait faire naître. Facilement supportée, prise avec plaisir même par les estomacs les plus délicats, mêlée aisément au vin, dont elle n'altère, ni la limpidité, ni la couleur, ni le goût, elle constitue la meilleure eau de table des anémiques, des chlorotiques et des convalescents. Son usage peut être longtemps prolongé sans inconvénient d'aucune sorte, comme sans dégoût.

A ces qualités précieuses pour sa facile ingestion, elle jouit d'une action thérapeutique des plus puissantes; pour tout dire, elle présente au plus haut point et dans les conditions les plus favorables possibles, les qualités médicatrices si précieuses dans le traitement de l'anémie, de la diathèse arthritique sous toutes ses formes, de l'herpétisme, de l'impaludisme, ainsi que dans la convalescence des fièvres infectieuses débilitantes, et des grands traumatismes. C'est bien là, comme le disait le docteur Fauvel, une eau ferrugineuse de premier ordre, et nous engageons sincèrement les praticiens désireux de voir le traitement martial donner entre leurs mains des résultats rapides, sûrs et faciles, à en faire l'essai dans leur clientèle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mai 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Un mémoire de M. H. Bidon (de Marseille), relatif à l'action exercée par la grippe, 1889-90, sur le système nerveux;

2° Un pli cacheté de M. A. Luton (de Reims), sur la tuberculose en général, et son traitement par les sels de cuivre;

3° Un mémoire de M. Jeannel (de Toulouse), intitulé : « Influenza et traumatisme »;

4° Une note de M. Gréhant sur le dosage comparatif de l'acide carbonique contenu dans les muscles et dans le sang.

COMMUNICATIONS

Du vaccin de chèvre. — MM. BERTIN et PICQ demandent l'ouverture d'un pli cacheté, déposé le 14 janvier 1890, et dont voici les conclusions :

1° La tuberculose peut ou ne peut pas être transportée par le vaccin de la génisse à l'homme;

2° La chèvre, animal réfractaire à la tuberculose, inoculée par injection sous-cutanée, doit être substituée à la génisse, laquelle peut parfois être tuberculeuse malgré son état apparent de bonne santé;

3° La chèvre, animal réfractaire, doit nous servir de sujet, pouvant, d'après nos expériences en cours, rendre certains animaux susceptibles de contracter facilement la tuberculose par voie d'injection, réfractaires à cette tuberculose développée chez eux expérimentalement;

4° Des génisses rendues tuberculeuses nous serviront de sujets vaccinifères, pour expérimenter la possibilité de la transmission de la tuberculose, soit par la lymphe vaccinale, soit par le sang.

Des accidents de la chloroformisation. — M. LABORDE a entendu dire autrefois à M. Verneuil, qu'il fallait se garder de transporter au lit des malades les expériences de laboratoire. A l'appui de cette opinion, il invoquait ce fait « que beaucoup de sujets chloroformisés meurent de syncope, c'est à dire d'un accident qu'on essaierait en vain de reproduire expérimentalement chez les animaux par les inhalations anesthésiques ». M. Laborde ne peut souscrire à cette opinion, car il est très facile de produire la syncope chloroformique chez certains animaux, notamment chez le lapin. Pour cela, il suffit d'approcher des narines de l'animal, pendant quelques secondes, un bouchon ou un linge imprégné de quelques gouttes de chloroforme. Immédiatement le cœur s'arrête pendant plusieurs secondes, par suite de l'action irritante des vapeurs de chloroforme sur les extrémités nasales du trijumeau. La preuve, c'est que, si ce nerf a été coupé, le phénomène ne se produit plus.

M. Laborde répète cette expérience devant l'Académie; il montre, au moyen d'un dispositif spécial, qu'avec le chloroforme le cœur s'arrête presque immédiatement, qu'avec l'éther le phénomène est moins net, et qu'avec le chlorure de méthylène le cœur n'est pas influencé du tout. Il se borne aujourd'hui à signaler la possibilité de ces syncopes par action réflexe, et se propose de tirer bientôt de ce fait les conséquences qu'il comporte; mais, dès maintenant, il croit avoir le droit de dire que les chirurgiens auraient tout avantage, pour éviter les dangers de la chloroformisation, à tenir un peu plus compte des travaux des physiologistes sur cette question.

M. VERNEUIL maintient encore aujourd'hui que les expériences de laboratoire ne peuvent ni expliquer ni permettre d'éviter les accidents que nous observons chez l'homme de temps à autre, à la suite de l'emploi du chloroforme.

Chez l'homme, en effet, on se trouve en présence de lésions ou d'états pathologiques qui n'existent pas chez les animaux et qui constituent de véritables contre-indications à la chloroformisation. La preuve, c'est que les deux seuls malades que, dans sa longue carrière, M. Verneuil a vu succomber au chloroforme, étaient atteints tous deux d'une tuberculisation pulmonaire avancée. Il estime donc qu'on ne saurait appliquer à l'homme malade les résultats d'expériences faites sur l'animal sain.

Du reste, les animaux qui succombent au chloroforme ne meurent pas par le même mécanisme que les malades de nos hôpitaux : ceux-ci asphyxient quelquefois dès qu'on approche la compresse de chloroforme de leur bouche; rien de pareil ne s'observe chez les animaux. Pour éviter les accidents dus au chloroforme, M. Laborde conseille encore aux chirurgiens de tenir plus de compte des travaux des physiologistes; or, M. Verneuil a essayé les différents procédés de chloroformisation que ceux-ci ont proposés et il doit avouer qu'il n'a pas eu lieu de s'en louer. Les injections de morphine, administrées au début de la chloroformisation, ont pour inconvénient de plonger le malade dans un sommeil dont il devient difficile de le tirer. Quant à l'association de l'atropine à la morphine, il n'hésite pas à déclarer que c'est une innovation funeste, terrible et extrêmement dangereuse.

Après ces divers essais, qui tous ont été infructueux, il a dû en revenir à l'emploi exclusif du chloroforme, administré avec lenteur par le vieux procédé de la compresse, il croit que c'est encore là le meilleur moyen d'éviter les accidents, et il attendra, pour adopter les données du laboratoire, qu'elles soient un peu plus précises et un peu plus efficaces.

M. LABORDE ne veut pas répondre aujourd'hui à M. Verneuil, mais il croit devoir lui faire observer qu'on peut très bien provoquer chez les animaux des lésions expérimentales analogues à celles que la maladie produit chez l'homme, et, par conséquent, que les conditions dans lesquelles se pratique la chloroformisation chez les uns et chez les autres n'est pas aussi différente que le croit M. Verneuil. Quoi qu'il en soit, il ne veut pas entamer aujourd'hui cette discussion, il préfère se réserver pour une prochaine séance et apporter alors des documents précis qui prouveront que c'est en s'appuyant sur les données de la physiologie et du laboratoire qu'on pourra éviter les accidents de la chloroformisation.

LECTURES

M. FOURNIER, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Syredey.

Pathologie des houillères. — M. FABRE (de Commentry) fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 559.)

RAPPORT

Syphilis et prostitution. — M. LE ROY DE MÉRICOURT lit un rapport sur le travail de M. le docteur Commenge (de Paris), intitulé : « Recherches sur les maladies vénériennes dans leurs rapports avec la prostitution clandestine et la prostitution réglementée à Paris de 1878 à 1887. » (Voir *Gaz. des hôpit*, 1890, p. 32.)

PRÉSENTATION

Kyste congénital du cou. — M. TARNIER présente un enfant âgé de huit jours, qui est né avec un volumineux kyste du cou.

L'accouchement a été normal, mais après que la tête fut sortie, on constata, sur la partie latérale gauche de la tête, une tumeur, aussi volumineuse que cette tête. Cette tumeur était tendue, transparente, recouverte d'une peau amincie, mais par la suite elle diminua spontanément de volume, et à l'heure actuelle, elle est flasque et molle, et réduite de près de moitié.

Il est rare de voir une tumeur d'un pareil volume, au moment de la naissance d'un enfant; le plus souvent, elle a à ce moment le volume d'un petit œuf, puis peu à peu elle grossit, et c'est au bout de quelques années qu'elle acquiert un volume comparable à celui que nous voyons.

Pour ce qui est du traitement, M. Tarnier a pensé à faire une ponction, mais comme la peau est très mince, il a craint ultérieurement une gangrène plus ou moins étendue de cette dernière. En ce qui concerne l'extirpation, il croit devoir également la rejeter, pour le moment du moins; on sait, en effet, depuis les travaux de M. Lannelongue, que ces tumeurs, quelque superficielles qu'elles paraissent, envoient souvent des prolongements profonds qui rendent l'opération particulièrement dangereuse. Comme la tumeur paraît en état de régression spontanée, il n'y a d'ailleurs aucun inconvénient à attendre quelque temps.

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bouchard sur les titres des candidats à la place déclarée vacante.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'analyse du suc gastrique, sa technique, ses applications cliniques et thérapeutiques [Thèse de Paris, 1890] (1), par M. Gaston Lyon.

Depuis plusieurs années déjà, de nombreux travaux ont été consacrés à l'étude des maladies de l'estomac, et surtout à la physiologie pathologique de la dyspepsie. Ce mouvement, qui est loin d'être arrêté, nous a valu des données importantes sur le fonctionnement de l'estomac sain et de l'estomac malade. Comme il arrive souvent dans le domaine des sciences biologiques, le progrès accompli a été la conséquence de la mise en œuvre de procédés nouveaux de technique. On a eu l'idée d'extraire le contenu de l'estomac au cours même de la digestion, et d'examiner sa composition. L'emploi des réactifs colorants a permis de rechercher l'existence et la prédominance de l'acide chlorhydrique ou des acides organiques. Par les digestions artificielles, on s'est rendu compte de la richesse en pepsine du suc gastrique. L'évacuation stomacale donnait déjà des renseignements sur le séjour plus ou moins prolongé des aliments dans la poche gastrique et, par conséquent, sur l'état de la motricité de ce réservoir.

Toutefois, c'est sur l'acide chlorhydrique et ses variations que s'est surtout concentrée l'attention des auteurs : c'est que, d'une part, les réactifs colorants s'appliquaient surtout à sa recherche, et que, de l'autre, l'augmentation ou la diminution de ses proportions quantitatives ont paru les plus importantes pour qualifier le suc gastrique et juger de sa valeur digestive. De là, la division des dyspepsies en dyspepsies avec augmentation du taux de l'acide chlorhydrique (hyperchlohydries) et en dyspepsies avec diminution ou suppression de cet acide (hypo ou anachlorhydries).

Nous avons consacré nous-même, il y a deux ans, dans la *Gazette des hôpitaux*, une Revue générale à l'étude des phénomènes chimiques de la dyspepsie gastrique. Depuis de nouvelles méthodes ont été employées, et de nombreuses publications ont vu le jour. On trouvera les documents qui concernent cette question, réunis et analysés dans le consciencieux travail de M. G. Lyon. Ce travail n'aurait-il que le mérite de rassembler, de condenser les recherches et les données disséminées dans de nombreux recueils et de nombreux mémoires, qu'il aurait déjà une grande utilité. M. G. Lyon a fait plus et mieux : il a fait, au lit du malade et dans le laboratoire, l'essai et la critique des divers procédés proposés. Il ne s'agit donc pas seulement d'une simple compilation bibliographique. Un certain nombre d'intéressantes observations représentent l'apport personnel de l'auteur à l'étude des dyspepsies et des gastropathies.

Il est certain que les procédés mis en œuvre sont défectueux à bien des points de vue. Le contenu de l'estomac, à la période de digestion, est extrêmement complexe. On ne peut donc, à l'aide de méthodes semblables à celles qui ont été employées, que déterminer un certain nombre de points de repère, précieux dans l'étude et la connaissance de phénomènes aussi compliqués. Il serait de la plus haute importance que ces méthodes d'examen fussent contrôlées par des procédés d'une rigueur scientifique plus grande. C'est, du reste, une tâche à laquelle se sont récemment voués M. le professeur Hayem et son préparateur Winter. M. Hayem consacre son cours de cette année à l'exposition des résultats qu'il a jusqu'ici obtenus.

Quoi qu'il en doive être des résultats de cette revision, il est certain que l'ensemble des travaux entrepris jusqu'à présent aura eu sa grande utilité, et que beaucoup des résultats annoncés seront utilisés. La valeur des méthodes colorimétriques n'est pas absolue, elle est relative, mais cependant réelle. Les faits qu'elle a permis d'observer sont constants. Leur interprétation sera peut-être modifiée, et l'on apprendra à estimer, à une valeur plus exacte, les données ainsi recueillies. Cependant il restera, et c'est là le point le plus important, une grande division dans les maladies stomacales. Dans les unes, on constate, de la façon la plus nette et la plus intense, les réactions attribuables à l'acide chlorhydrique ; dans les autres, au contraire, ces réactions sont faibles ou nulles. Chose capitale, à ces catégories de phénomènes colorimétriques correspondent des catégories de manifestations cliniques. Les deux ordres de faits se rapportent donc à une même cause, à une même façon d'être de la digestion gastrique. L'usage des réactifs colorants ne sera donc jamais susceptible d'être supprimé. On apprendra à mieux interpréter leurs résultats, mais on continuera à s'en servir.

Ils ont, en effet, le grand avantage de ne demander que des manipulations simples, peu de temps, et un matériel restreint.

Nous nous trouvons amené, au lieu de donner l'analyse du travail de M. G. Lyon, à plaider la cause des réactifs colorants. C'est que la thèse de M. Lyon est, à l'heure actuelle, le document le plus important et le plus complet qui les concerne. Si ces réactifs avaient perdu toute valeur, il serait parfaitement inutile de signaler ce travail. A notre sens, il n'en est rien. Quoi qu'il arrive, il aura toujours l'avantage d'exposer clairement les procédés employés et les conclusions auxquelles a conduit leur mise en œuvre, le tout avec une note de critique et d'observations personnelles qui a bien sa valeur.

Il sera toujours intéressant de pouvoir se rendre compte des théories auxquelles avait amené la technique colorimétrique. Il sera même toujours utile de le faire : beaucoup des données acquises par les méthodes nouvelles cadrant le mieux du monde avec l'observation clinique et les résultats des interventions thérapeutiques, dont ces méthodes et ces théories ont été le point de départ.

Nous nous contenterons, pour terminer, de donner le simple énoncé des chapitres de la thèse en question. L'analyse, du reste, pour être instructive, demanderait à être très développée, beaucoup plus développée que ne le comporte une revue bibliographique : les fonctions chimiques de l'estomac à l'état physiologique ; l'analyse du suc gastrique ; séméiologie des troubles chimiques de la digestion stomacale ; les hyperchlorhydries ; l'ulcère rond ; les anachlorhydries ; le cancer ; les dyspepsies par fermentation ; les troubles chimiques dans les périodes avancées des dyspepsies ; la dilatation ; les gastrites ; troubles chimiques de la digestion dans les maladies aiguës et chroniques ; thérapeutique.

Albert Mathieu.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Steinheil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 21 mai 1890, M. le docteur Chaigneau (de Fontenay-le-Comte) a été nommé officier d'Académie.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 mai 1890, un concours s'ouvrira le 1er décembre 1890, à l'École préparatoire de médecine de Tours, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

— M. le docteur Lejars, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission en Suisse et en Allemagne à l'effet d'y étudier l'organisation de l'enseignement chirurgical.

M. le docteur Teissier, médecin des hôpitaux, est chargé d'une mission en Russie à l'effet d'y étudier les causes de l'influenza.

M. le docteur Delvaille est chargé d'une mission en Espagne pour y étudier les questions relatives aux exercices physiques, aux jeux et à l'hygiène scolaires.

M. le docteur J. Jullien est chargé d'une mission en Australie, dans la Tasmanie et la Nouvelle-Zélande, à l'effet d'y poursuivre des recherches de zoologie relatives à la classification et à l'anatomie de l'ordre des bryozoaires.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 62. — SAMEDI 31 MAI 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 31 MAI 1890. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le genu valgum.

Par M. le docteur G. Phocas,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

I

Le genu valgum, genou cagneux, genou en dedans (knickbein, xbein bæckerbein knok, knee in knee, ginocchio valgo) est une affection caractérisée par la déviation en dehors de l'une ou des deux jambes, déviation dont la cause tient à une malformation du squelette articulaire du genou (1). A l'état normal une ligne verticale, tirée de la tête fémorale, passe entre les deux condyles et arrive au milieu de la mortaise tibio-péronière. Dans le genu valgum la même ligne verticale laisse en dedans les deux condyles du fémur. Elle en est distante de quelques centimètres. Nous appellerons cette ligne idéale : ligne de la direction normale de la jambe.

Deux faits ont été mis en évidence par les recherches de ces dernières années, à savoir que le genu valgum est presque toujours rachitique ; que les déformations peuvent exister dans les diaphyses et produire néanmoins un genu valgum véritable.

A la définition classique, je substituerais donc volontiers la suivante : le genu valgum est une difformité caractérisée par la situation des condyles fémoraux en dedans de la ligne de la direction de la jambe, difformité qui, presque toujours, est d'origine rachitique.

On élimine ainsi toute déviation du genou consécutive à la luxation congénitale de la rotule (Maas, Middeldorpf), au traumatisme ou à la paralysie (Seydel, Mickulicz). Le genu valgum inflammatoire qui peut survenir à la suite de certaines affections articulaires (Volkmann, Mass, etc.), ne rentrerait pas non plus dans notre cadre.

II

Le genu valgum est une difformité acquise. M. Servier a publié deux observations où le genu valgum coïncidait avec d'autres déformations du squelette (1), et M. Laborde (2) a voulu établir l'origine héréditaire de l'affection. Aucun de ces faits n'est probant.

Le genu valgum est peut-être plus fréquent en Allemagne qu'en France. Mais, fait important à signaler, il a la même distribution géographique que le rachitisme (3). M. Delore a compté 15 exemptés pour cagnosité sur 14895 jeunes gens inscrits au service militaire.

M. Bouland (4) a noté que la deuxième et la troisième année de la vie fournissaient un contingent qui est un peu plus des deux tiers des cas observés au Bureau central de Paris. A partir de la quatrième année, le chiffre du genu valgum diminue pour se relever dans l'adolescence, entre treize et dix-sept ans. D'après cela, on a distingué, à juste raison, le genu valgum des enfants ou genu valgum *rachitique* de celui des adolescents, qu'on a appelé *statique*.

La cause prédisposante unique du genu valgum des enfants est le rachitisme. Les causes déterminantes à cet âge sont la faiblesse de la constitution qui entraîne la faiblesse musculaire et ligamenteuse. L'influence de la *fatigue* est manifeste dans la production du genu valgum des enfants. Les premiers signes de la difformité apparaissent, en général, avec les premiers essais de la marche. Bouvier n'a pas manqué de signaler la fâcheuse influence de la marche précoce sur la production de cette affection. Des causes occasionnelles moins importantes ont été signalées.

Lücke (5) attribue la fréquence croissante du genu valgum chez les enfants, à l'usage des jarretières élastiques qui rattachent les bas au gilet, en passant à la partie externe du genou et de la cuisse.

Bouvier, Mellet et Dubreuil ont attaché une certaine importance à l'usage du maillot, à la pression des bras de la nourrice ; l'habitude des enfants, lorsqu'ils sont couchés, de porter la jambe en dehors en saisissant le pied avec la main a paru avoir contribué à la production de la cagnosité dans une observation de M. Barbier (6).

Chez l'adolescent aussi, la cause prédisposante unique est le rachitisme (rachitisme tardif de Tripier). Cette proposition fut démontrée dans ces derniers temps par Mickulicz

(1) Duplay. *Pathologie externe.*

(1) Servier. *Gazette des hôpitaux*, 1872.
(2) Laborde. Société de chirurgie, 1877.
(3) Mac Ewen. *Osteotomy* (trad. française de Demons, 1882).
(4) Bouland. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Genu valgum.
(5) Lucke. *Centralbl. f. Chir.*, 1884. n° 10.
(6) Barbier. *Étude sur le genu valgum*, Thèse de Paris, 1874.

et par Mac Ewen. Toutes les autopsies récentes sont venues confirmer cette opinion (Kirmisson, Robin, Bouygues, etc.).

M. Tillaux, cependant, et la plupart des auteurs ont continué, jusqu'à ces derniers temps, à refuser au rachitisme toute participation à la production du genu valgum des adolescents et à le regarder comme étant d'origine *ostéogénique* (1).

La cause occasionnelle est, dans cette variété, la fatigue et la station debout (genu valgum statique). Il est vrai que MM. Tillaux (2) et P. Bouland (3) ont observé, chacun de son côté, un genu valgum chez une jeune fille occupée à travailler assise dans un ouvroir, et sur 50 cas observés par Mickulicz, les 20 malades ne travaillaient pas debout, mais il n'est pas moins démontré que la station debout contribue beaucoup à sa production. Aussi l'observe-t-on plus souvent chez les garçons que chez les filles, chez ceux qui, par leur profession, sont astreints à une longue station verticale (boulangers, briquetiers, menuisiers, tonneliers, serruriers, fileurs, tourneurs, garçons d'hôtel). Jambe de boulanger est synonyme de genu valgum en Allemagne. Et n'a-t-on pas observé que le genu valgum était plus fréquent à droite, chez les boulangers, et à gauche chez les menuisiers, ce qui serait en rapport avec les attitudes spéciales exigées par chacun de ces métiers? Enfin, pour contraster avec le genu valgum des enfants, celui des adolescents, loin de frapper les sujets faibles, choisit de préférence les jeunes gens forts et bien constitués. Nous ajouterons que l'affection paraît plus souvent unilatérale chez l'adulte.

L'*anatomie pathologique* du genu valgum est aujourd'hui connue en partie. Les principales lésions portent sur les os et les cartilages de conjugaison, les lésions accessoires s'observent au niveau des ligaments et des muscles. Il est reconnu, d'autre part, que plusieurs facteurs peuvent contribuer à sa production.

La diaphyse du fémur présente souvent une courbure à convexité interne siégeant dans le tiers inférieur de l'os. Dans une autopsie récente de M. Kirmisson (4), cette courbure angulaire à sommet interne faisait tous les frais de la difformité. La courbure antéro-postérieure du fémur a été souvent signalée, mais elle ne prend qu'une faible part à la production du genou en dedans. Enfin, on a souvent noté une torsion du fémur en vertu de laquelle l'épiphyse inférieure de l'os se porte en avant.

Du côté de l'épiphyse fémorale le condyle interne a subi trois modifications presque constamment signalées; il est élargi dans le sens transversal, aplati d'avant en arrière et abaissé de haut en bas (Mac Ewen, Chiari, Guéniot, Lannelongue). Ces modifications du condyle sont presque toujours secondaires à l'incurvation de la diaphyse selon la plupart des auteurs modernes (Mac Ewen, Mickulicz, Schreiber).

Le cartilage épiphysaire du fémur s'est montré souvent avec des caractères particuliers. D'après Mickulicz, au lieu d'être horizontal et parallèle à la surface articulaire, ce cartilage se montre fortement incliné en bas et en dedans. Les dimensions absolues des condyles resteraient donc les mêmes, mais il y aurait un accroissement de matière osseuse sur le côté interne de la diaphyse, qui, par là, place le condyle interne sur un plan inférieur relativement au condyle externe.

Dans une autopsie, due à M. Bouygues (1), d'un genu valgum chez une jeune fille de dix-sept ans, la ligne d'ossification était parallèle à la surface articulaire externe, mais elle était éloignée de la surface inférieure du condyle interne. Il y avait donc allongement réel de ce dernier. Les lésions étaient celles du rachitisme. Elles étaient limitées à la portion interne de la diaphyse et de l'épiphyse.

Dans une autopsie que nous avons eu récemment l'occasion de pratiquer chez un enfant de dix-huit mois, atteint d'un léger genu valgum double et mort de diphthérie, outre les lésions rachitiques sur les autres os du squelette, nous avons pu manifestement constater la prédominance des lésions rachitiques du côté interne de la région juxta-épiphysaire fémorale. En pratiquant des coupes verticales au niveau de cette extrémité, nous avons trouvé aux deux tiers antérieurs du condyle interne un tissu aréolaire large, contenant de la moelle rouge, tissu ramolli et friable sous le scalpel. Le tiers postérieur du condyle était normal. D'autre part, une ligne assez nette séparait cette portion malade de la diaphyse de la portion juxta-épiphysaire externe qui surmontait le condyle externe. A l'inverse de la précédente, cette dernière était constituée par un tissu osseux plus résistant sous le scalpel et plus pâle à la vue. La ligne d'ossification ne nous a pas paru changée de direction. Une courbure antéro-postérieure existait au niveau de la diaphyse.

Dans un cas de M. Saurel (2), le cartilage épiphysaire a paru double de hauteur.

Plusieurs auteurs ont signalé une inclinaison du côté du plateau du tibia (3). La cavité glénoïde externe était dirigée, dans notre cas, en bas et en dehors. Cette inclinaison, à elle seule, était suffisante pour expliquer le genu valgum. Sur une coupe verticale et transversale du tibia, nous avons pu constater que la ligne d'ossification était elle-même très oblique de haut en bas et de dedans en dehors.

M. Peyre (4) a vu une torsion de la diaphyse tibiale telle que la tubérosité antérieure de l'os était portée en dedans.

Mac Ewen (5) a signalé, au niveau de la face interne du tibia et près de la tubérosité, des *épines* ou stalactites osseuses. De ces épines nous rapprocherons les exostoses signalées dans un cas de M. Duret (6), exostoses dont l'une siégeait à la partie postérieure du tibia.

La rotule, souvent normale, est quelquefois déviée. Volkmann l'a trouvée, dans un cas, reliée au condyle externe par une véritable pseudarthrose.

En général, les lésions siègent du côté de l'extrémité inférieure du fémur, plus rarement au niveau du tibia.

Les lésions accessoires portent au niveau des ligaments qui ont été parfois trouvés amincis. Dans un cas de M. Lannelongue, le ligament croisé antérieur faisait défaut. Les muscles sont rarement atteints et, sauf un léger raccourcissement du biceps, on ne trouve pas des lésions musculaires dans le genu valgum classique.

(1) De Santi. *Du genu valgum des adolescents*, Thèse de Paris, 1876; — *Archives générales de médecine*, 1879. — Duret. Pathogénie et traitement du genu valgum. *Semaine médicale*, 1888, p. 325.
(2) Tillaux. Société de chirurgie, 1876.
(3) Bouland. Loc. cit.
(4) Kirmisson. *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. XIII, p. 517.

(1) Bouygues. Société anatomique, 1884, p. 512.
(2) Saurel. *Essai sur le genu valgum en dedans*, Thèse de Paris, 1872.
(3) Lannelongue. Société de biologie, 1870, etc.
(4) Peyre. *De la déviation du genou en dedans*, Thèse de Paris, 1879.
(5) Mac Ewen. Loc. cit.
(6) Haquin. *Bulletin de la Société anatomique et clinique de Lille*, 1887.

L'anatomie pathologique que nous venons de résumer éclaire la *pathogénie* de l'affection. La théorie ligamenteuse, défendue par J. Guérin, Malgaigne, Billroth et Owen, aussi bien que la théorie musculaire développée par Duchenne et acceptée momentanément par M. Verneuil, n'ont plus qu'un intérêt historique dans la pathogénie du genu valgum. Les conséquences thérapeutiques que les auteurs précités tiraient de cette conception pathogénique (ténotomie, électricité, etc.), sont aussi tombées en désuétude dans la cure de cette affection. Seules, les déformations osseuses sont capables d'expliquer la cagnosité et de diriger l'action thérapeutique. Ces déformations du squelette n'ont pas échappé à la sagacité d'observateurs tels que J. Guérin, Mellet, Malgaigne; mais ces auteurs n'ont pas su en tirer les conséquences thérapeutiques. Il était réservé aux contemporains de rattacher le genu valgum à sa véritable cause anatomique, qui consiste, dans la grande majorité des cas, dans l'abaissement du condyle interne du fémur. Normalement ce condyle descend plus bas que l'externe de 8 à 11 millimètres. Dans le genu valgum la différence entre les deux condyles peut atteindre 2 centimètres. Cet abaissement du condyle peut reconnaître pour causes une incurvation de la diaphyse ou un trouble ostéogénique du côté du cartilage de conjugaison. L'incurvation de la diaphyse est un fait fréquemment observé (Mac Ewen, Delore, etc.). La courbure à convexité interne du fémur fait basculer en bas le condyle interne. Les travaux de M. Ollier expliquent comment l'irritation du cartilage de conjugaison peut produire une exagération de tissu osseux, l'hypertrophie de l'os, et comment la destruction du même cartilage peut engendrer la diminution en hauteur, l'atrophie de l'os. Pour comprendre l'allongement du condyle interne il faut donc admettre de ce chef une suractivité du cartilage conjugal du côté interne ou un arrêt de développement du côté du condyle externe. De Santi a développé dans sa thèse la première opinion. La seconde fut soutenue par M. Ollier. MM. Tripier, Marchant et Terrillon (1) cherchent à concilier les deux hypothèses.

Les recherches de Mac Ewen nous ont appris, d'autre part, que les courbures diaphysaires sont constantes avant l'âge de dix ans; qu'à partir de la quatrième année, les courbures diaphysaires se compliquent de déviations épiphysaires. Ces dernières se montrent uniquement à cet âge.

Les mêmes troubles ostéogéniques expliquent les déformations du tibia lorsque cet os prend une part plus ou moins considérable à la production du genu valgum.

Neudörfer place la cause du genu valgum dans une diminution de l'angle du col du fémur, diminution qui pourrait se rencontrer, selon lui, en dehors du rachitisme et qui, presque toujours, est acquise et rarement congénitale.

La pathogénie du genu valgum n'est connue, en somme, que dans ses grandes lignes, mais déjà on peut considérer comme des faits acquis l'origine osseuse de l'affection et ses rapports intimes avec le rachitisme. De ces deux notions la première est incontestablement celle qui a imprimé une nouvelle et féconde impulsion dans la thérapeutique du genu valgum.

(1) Marchant et Terrillon. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1877.

III

Les *symptômes* sont physiques et fonctionnels. Parmi les premiers, l'angle que fait la jambe avec la cuisse est le plus important à étudier. L'examen doit être pratiqué, le sujet étendu. C'est là un précepte de la plus haute importance.

Normalement, la jambe fait avec la cuisse un angle ouvert en dehors, qui a été évalué à 172 degrés environ. Très peu d'enfants présentent cet angle absolument normal, et M. Saurel (1), sur vingt-cinq enfants pris au hasard, n'en a pas trouvé un seul régulièrement conformé. Est-ce à dire que tous avaient un genu valgum? Nullement. La déformation ne commence à devenir réelle que quand elle est gênante pour la marche et choquante à la vue.

Pour mesurer l'angle que forme la cuisse avec la jambe, plusieurs procédés ont été mis en usage. En clinique, les procédés les plus simples sont les meilleurs. La mesure de la distance qui sépare les deux malléoles internes est, en général, suffisante.

Dans certains cas, on peut aussi employer le procédé de Bouvier et Duval, qui consiste à réunir le grand trochanter à la malléole externe par un ruban et de mesurer ensuite la distance qui sépare ce ruban du genou. On obtient ainsi la *flèche* de la déviation. Je ne crois pas devoir insister davantage et je ne décrirai pas tous les procédés de mensuration qui sont, du reste, très bien indiqués dans les auteurs classiques.

Le sommet de l'angle est formé par le genou. Le point le plus saillant en dedans est le condyle interne du fémur et, plus rarement, le plateau du tibia. Ces parties peuvent être senties à travers la peau. La rotule est parfois déviée en dehors; en général, elle répond à la trochlée, rarement, elle se met en contact avec le condyle externe. Elle est mobile. Le tendon du biceps paraît contracté et saillant. La jambe est rejetée en dehors. Le tibia est enroulé de façon à montrer parfois, en dehors, sa tubérosité antérieure. Sur la face interne de l'os, on observe à travers la peau les inégalités ou *épines tibiales* signalées par Mac Ewen. Le pied est normalement articulé avec la jambe. Souvent, il présente des attitudes vicieuses sur lesquelles les auteurs ne sont pas d'accord. En général, il est en valgus. Cela se comprend, puisque les malades sont forcés d'appuyer sur le bord interne du pied. Mais on a observé le *varus* et, chez un de nos petits malades, les pieds se portaient naturellement en *varus*.

M. Saurel (2) a constaté un pied-bot varus permanent par déformation de la poulie astragalienne. Ce pied-bot serait dû, selon MM. Marchant et Terrillon, à ce que les malades contractent instinctivement les muscles supinateurs pour marcher sur la plus large surface possible de la plante du pied, sans cela ils finiraient par ne plus reposer que sur le bord interne. Cette attitude de correction ne s'accomplit qu'autant que le système musculaire a conservé sa contractilité intacte et, chez les sujets débiles, on voit le pied-bot valgus, ainsi que le pied plat (3).

M. Duplay (4) concilie toutes les opinions en affirmant

(1) Saurel. Loc. cit.
(2) Saurel. Loc. cit.
(3) Schreiber. *Orthopédie générale et spéciale*, 1888. — Mac Ewen. Loc. cit. — Ellis.
(4) Duplay. Loc. cit.

que l'arrière-pied est en adduction, pendant que l'avant-pied, sollicité par l'action des muscles, se met en abduction.

Du côté de la hanche, il y a des modifications dans la direction du col fémoral, modifications peu appréciables en clinique.

Le bassin est abaissé et on observe parfois, dans le genu valgum unilatéral, une scoliose plus ou moins accusée, scoliose dont la concavité regarde le côté malade.

Le pied-bot et la scoliose sont des attitudes compensatrices du genu valgum. Ces attitudes vicieuses entretiennent à leur tour et aggravent la difformité initiale.

Trois phénomènes ont frappé les observateurs dans le fonctionnement du genou ainsi déformé : 1° l'hyperextension de la jambe sur la cuisse ; 2° les mouvements de latéralité de l'articulation; 3° la disparition de la difformité pendant la flexion du genou.

L'hyperextension de la jambe sur la cuisse a été expliquée par Hüter. Elle est due à la disparition de la facette d'arrêt du condyle externe. Cette facette, signalée à l'état normal par Henle, serait transformée parfois en cavité dans le genu valgum.

Chez plusieurs enfants que j'ai examinés, il m'a semblé que l'hyperextension était due, en grande partie, à la flexibilité du cartilage de conjugaison du tibia. Dans ce mouvement, on voit positivement le tibia fléchir au niveau de son extrémité supérieure.

La laxité des ligaments rend compte des mouvements de latéralité qu'on observe dans la grande majorité des cas de genu valgum, avant toute tentative opératoire.

M. Doyen (1) a voulu voir, dans ces mouvements de latéralité, quand ils sont très accentués, une contre-indication opératoire.

La disparition de la difformité dans la flexion du genou est un phénomène constant, dont l'explication a exercé la sagacité des chirurgiens.

L'absence des ligaments croisés, qui permettrait la rotation de la jambe sur la cuisse, fut invoquée par M. Lannelongue ; la forme des condyles du fémur rend compte, selon Hüter et M. Girard, de cette particularité, que Mickulicz explique par la compensation de la difformité à l'aide d'un mouvement de rotation qui se passerait, en ce moment, au niveau de la hanche.

Deux théories ont réuni la majorité des suffrages : dans l'une, on admet que, le condyle étant formé d'une portion antérieure ellipsoïde et d'une portion postérieure sphéroïdale, seule l'ellipse antérieure serait déformée dans le genu valgum. Pendant la flexion, les surfaces articulaires en contact seraient donc normales et le genu valgum doit disparaître. C'est la théorie à laquelle se sont ralliés la plupart des auteurs, au moins en France.

M. Tillaux (2) a depuis longtemps défendu une autre théorie. Cet auteur assimile le mouvement du tibia sur le fémur immobilisé à celui d'une génératrice engendrant une surface conique. Ces deux conceptions diffèrent totalement l'une de l'autre. Dans la première, on prend en considération la *forme* des surfaces articulaires ; dans la seconde, on en fait abstraction. Or, il est intéressant de remarquer que le phénomène, qu'on cherche à expliquer, est *constant* et que, par conséquent, l'explication doit s'adapter à tous les cas. Cette considération devrait faire rejeter la première

(1) Doyen. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1881, p. 201.
(2) Tillaux. *Traité d'anatomie topographique.*

hypothèse, qui suppose une conformation pathologique constante des surfaces articulaires du fémur. Il existe, nous le savons, des cas où ces surfaces sont normales. Du reste, la conformation des surfaces articulaires n'a rien à voir avec la disparition du genu valgum dans la flexion, et la plus frappante démonstration du fait a été donnée par Albert (1). Cet auteur conseille de tracer, sur une feuille de papier plié, deux lignes brisées représentant la direction du tibia et du fémur dans le genu valgum en extension. En fermant la feuille au niveau du pli, qui représente le genou, les deux lignes se rencontrent. Une variante de cette expérience consiste en ceci : Découpez sur une feuille de papier une bande imitant la direction du tibia et du fémur dans le genu valgum. Cette bande est large de 2 centimètres. Pliez ensuite cette feuille au niveau de l'angle ; la déviation disparaît. Elle disparaît du reste complètement ou incomplètement, selon la direction du pli au niveau de l'angle. Si cette direction est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, les deux parties se superposent exactement dans la flexion. Or, la direction de l'interligne fémorale est précisément oblique dans le sens sus-indiqué, et cette direction, normale dans le genou, est exagérée cependant dans la grande majorité des cas de genu valgum.

Duplay (2) exprime le même fait en comparant ce qui se passe dans le genu valgum à ce qu'on obtient par la flexion d'une articulation trochléenne, dont l'interligne n'est pas perpendiculaire à la diaphyse.

Parmi les symptômes fonctionnels, je dois noter la fatigue dans la station debout, les troubles de la marche et les douleurs qui précèdent quelquefois l'apparition de la difformité. Ces douleurs siègent au niveau de la partie interne du genou et reconnaissent une origine inflammatoire.

Dans la thèse de M. Lecène (3), on cite un fait instructif de M. le professeur Verneuil, où un genu valgum douloureux, chez une jeune et robuste fille, fut guéri à l'aide des sangsues et des vésicatoires appliqués au point douloureux. La malade put marcher et un appareil redresseur corrigea, en grande partie, la déformation du genou.

La démarche des cagneux est caractéristique. Quand l'affection est unilatérale, le bassin est abaissé ; il existe une scoliose dorso-lombaire, et le membre malade, pendant la marche, décrit une courbe à convexité interne.

Dans le genu valgum bilatéral, les sujets marchent avec les genoux fléchis et en rotation externe. Les jambes se placent l'une au-devant de l'autre, et forment un X en se poussant continuellement l'une l'autre. On a comparé cette démarche à celle des palpimèdes, on a dit que le malade « battait le briquet » ; on a encore mieux exprimé la chose, en disant que les cagneux marchaient en fauchant, en sens inverse des coxalgiques.

La marche du genu valgum présente, dit M. de Saint-Germain (4), une particularité qui éclairerait, pour les yeux les plus prévenus, son origine rachitique, si elle n'était pas démontrée par tant d'autres signes. La difformité peut disparaître d'elle-même chez les enfants, quand elle n'est pas très prononcée. En règle générale, elle augmente progressivement et elle ne s'arrête que lorsque la croissance des os

(1) Albert. *Lehrbuch der Chir.*, IV.
(2) Duplay. Loc. cit.
(3) Lecène. *Contribution à l'étude de la pathogénie du genu valgum*, Thèse de Paris, 1878.
(4) De Saint-Germain. *Chirurgie orthopédique*, Paris 1883.

est achevée. Cet arrêt dans la marche de l'affection peut commencer plus tôt, par une véritable terminaison du rachitisme et l'éburnation des os qui en est la suite. Le traitement a, du reste, une grande influence sur la marche de la maladie. Il réussit d'autant mieux, qu'il a été plus tôt commencé et, dans le genu valgum ancien, la thérapeutique devient compliquée et difficile.

IV

Un chapitre intéressant, et rarement étudié à part, est celui qui a trait *aux variétés* du genu valgum. Nous nous sommes déjà expliqué relativement aux variétés inflammatoires, paralytiques ou traumatiques de l'affection. Nous avons cru devoir les écarter de cette étude. Un bel exemple de genu valgum traumatique, qui montre bien les différences qui séparent cette variété du genu valgum ordinaire, a été récemment présenté, par M. Périer, à la Société de chirurgie (1). Un jeune homme de seize ans, à la suite d'un traumatisme (fracture intra-articulaire), eut un genu valgum que M. Périer a redressé douze ans plus tard. Il existait une énorme déviation accompagnée de phénomènes inflammatoires dans la jointure. C'est l'arthrite qui, dans ce cas, a déterminé, à juste raison, la conduite chirurgicale. M. Périer pratiqua, avec succès, l'opération d'Ogston.

Même en restreignant le sujet dans les limites sus-indiquées, on pourrait encore y trouver de nombreuses variétés : selon le degré de l'angle de déviation, selon que le genu valgum est réductible ou irréductible, selon l'époque de la vie à laquelle il apparaît, selon les os qui prennent la plus grande part à la déformation.

Les variétés, selon le degré du genu valgum, n'ont pas une grande importance pratique. Sa réductibilité, en revanche, peut en avoir une au point de vue des indications opératoires. M. Tillaux a conseillé de recourir au redressement manuel du genu valgum des enfants, toutes les fois que, les membres inférieurs étant dans l'extension, on n'arrive pas, avec un peu de force, à faire toucher les deux malléoles internes. Cette exploration, pour être décisive, demande une fixation complète de la cuisse. Maintes fois, il nous est arrivé de nous tromper et de prendre, pour une réductibilité du genou, la rotation qui se passait au niveau de la hanche.

Mais la division la plus pratique, sans contredit, est celle qui distingue le genu valgum des enfants de celui des adultes.

Chez les enfants, la difformité reconnaît toujours pour cause le rachitisme et personne n'en conteste la pathogénie. Ses causes occasionnelles sont nombreuses et nous les avons étudiées. Anatomiquement, le genu valgum est caractérisé par les courbures des diaphyses, les épiphyses ne prenant qu'une faible part à sa production (Mac Ewen), ou quand les épiphyses sont déformées, peut-être celles du tibia le sont-elles davantage. Il est souvent, pour ne pas dire toujours, bilatéral. Il est, en général, peu prononcé ; souvent, il est réductible à la main. Il peut s'arrêter dans sa marche, rétrograder ou disparaître spontanément, quand il est peu accusé. Il offre ainsi une étiologie, une symptomatologie et peut-être aussi une cause anatomique distinctes.

Le genu valgum des adolescents et des adultes a, pendant longtemps, été considéré comme indépendant du rachitisme. Tout en l'y rattachant, les observateurs modernes font certaines restrictions. Il ne s'agit pas là de rachitisme classique, mais d'une sorte de rachitisme latent et localisé. L'anatomie pathologique a souvent montré des altérations du côté des épiphyses et peu d'altérations diaphysaires. Il est souvent unilatéral et reconnaît des causes occasionnelles, aujourd'hui bien connues. Il est, en général, irréductible, bien accusé et sa marche est régulièrement progressive. Il ne s'arrête qu'avec la fin de la croissance et nécessite toujours un traitement actif. Si l'on ajoute que la difformité se développe chez des adolescents bien portants et offrant toutes les apparences de la santé et que les autres signes de rachitisme font en général défaut, on aura fini, je crois, par esquisser à grands traits la physionomie de cette variété de genu valgum.

Il est certain qu'entre les deux variétés précédentes, il faudrait placer une intermédiaire. Le genu valgum infantile peut, par défaut de soins, ou pour une tout autre cause, se prolonger pendant l'adolescence, constituant ainsi une troisième variété à caractères intermédiaires que je proposerais volontiers d'appeler *genu valgum prolongé*.

V

Au point de vue *du traitement*, la classification que nous venons de donner nous paraît avoir une certaine importance, la thérapeutique chez les enfants n'étant pas tout à fait la même que chez l'adulte. Dans un cas comme dans l'autre, les indications thérapeutiques sont, il est vrai, les mêmes : réduire le genu valgum et le maintenir réduit. Les moyens de remplir ces indications diffèrent.

1. Le traitement du *genu valgum infantile* est médical et chirurgical.

Le rachitisme est ici en pleine évolution et il n'est pas étonnant que les modificateurs généraux puissent avoir une action efficace sur l'évolution de la maladie. Le phosphate de chaux, l'huile de foie de morue, etc., seront donc administrés. Une hygiène bien entendue aura aussi une large part dans la réussite.

Le traitement chirurgical comprend à cet âge deux procédés : *a.* traitement orthopédique (machines, bandages, appareils) ; *b.* traitement opératoire (ostéoclasie manuelle, rarement instrumentale, très rarement ostéotomie).

Dans le traitement orthopédique, je rangerai aussi la gymnastique et le massage, récemment préconisés par Ellis (1) comme moyens préventifs du genu valgum pour fortifier les muscles, qui, lorsqu'ils sont doués de toute leur vigueur, s'opposent à ces difformités. Dans un autre ordre d'idées, la flexion du genou a été préconisée par Hüter, MM. Marchant et Terrillon, combinée avec le repos au lit.

a. Le traitement orthopédique, proprement dit, comprend les appareils et les machines. Parmi ces appareils, les uns permettent la marche et la station debout ; d'autres nécessitent le repos au lit. Je ne dirai rien du brodequin d'Ambroise Paré, ni de l'attelle externe de Bonnet, ni des appareils d'Eulembourg ; mais je désire appeler l'attention sur quelques appareils nouveaux, après avoir dit quelques mots de ceux qu'on emploie couramment en France. Voici d'abord l'appareil du Bureau central de Paris, tel qu'il est

(1) Périer. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1889, p. 422.

(1) Ellis. Preventive treat. of genu valgum, *Brit. Med. Journ.*, 30 juin 1888.

décrit dans les cliniques de M. de Saint-Germain (1). « Il est formé de deux montants en fer réunis par une équerre intercalée dans la chaussure; le montant externe remonte jusqu'au bassin, auquel il est fixé par une ceinture, tandis que le montant interne ne s'élève qu'au niveau du genou. Une fronde ou des embrasses, selon que l'application de la force doit porter sur la diaphyse ou les condyles, exercent une traction du côté externe vers le côté interne. » Une condition indispensable du succès est d'immobiliser le genou.

Un principe, souvent utilisé avec des réels succès, est celui de la traction élastique. Dans l'appareil de Verneuil, ces tractions se font au moyen de bandes élastiques attirant le genou, tantôt contre une attelle externe, tantôt contre le membre du côté opposé.

L'appareil de Tuppert (2), très employé en Allemagne, consiste dans une attelle de fer battu, large de 4 centimètres, épaisse de 3 centimètres, amincie à ses extrémités et qui fait ressort. Cette attelle prend point d'appui sur la cuisse et sur la jambe, à l'aide de deux plaques de cuivre concaves; le genou est attiré vers la partie moyenne de l'attelle, à l'aide d'une embrasse. Cet appareil serait excellent pour les adultes, mais, chez les enfants, il se dérange souvent, à cause de la rotation externe et de la flexion du genou.

Le principe de la traction élastique est utilisé dans l'appareil de Landerer (3). On taille deux morceaux de diachylum en forme d'éventail. On applique l'un de ces morceaux à la cuisse, l'autre à la jambe du côté interne. Après les y avoir fixés à l'aide de quelques circulaires, on réunit les sommets des pièces de diachylum par un tube de caoutchouc. Le genou de 160 degrés serait immédiatement corrigé. Les enfants peuvent marcher avec cet appareil. Shreiber, dans son livre (4), donne la photographie d'une petite fille de cinq ans, dont le genu valgum fut guéri en quatre mois, à l'aide de ce bandage.

Sur le même principe sont fondés les appareils de Mickulicz (5). Ils sont formés d'un appareil plâtré qui enveloppe la cuisse et la jambe et laisse libre l'articulation du genou. La portion jambière est unie au cuissard par deux attelles incorporées dans le plâtre, ces attelles sont placées en avant et en arrière du genou. Elles sont articulées. Du côté de la face interne de l'appareil plâtré et incrustés aussi dans le plâtre, sont fixés deux crochets, l'un à la jambe, l'autre au niveau de la cuisse. Une bande de caoutchouc réunit ces crochets et attire la jambe vers la cuisse. Le principal changement que Vogt (6) fit subir à l'appareil de Mickulicz consiste dans une modification de l'articulation des attelles, qui sont articulées de façon à ne permettre qu'un seul mouvement, la flexion en dedans, c'est-à-dire l'adduction. Le silicate ou le cuir pourraient remplacer dans cet appareil le plâtre.

Dans le genu valgum bilatéral léger des enfants, une méthode de traitement extrêmement simple consiste à interposer entre les genoux un coussin plat, fixé à l'aide d'une sangle, pendant que des liens élastiques cherchent à rapprocher les pieds l'un de l'autre, en passant au-dessus de l'articulation du cou de pied. C'est un appareil de nuit. Il est connu sous le nom de *coussin cunéiforme de Heine*.

M. Le Fort a imaginé l'appareil suivant qu'il présenta à la Société de chirurgie (1). Il est constitué de deux attelles. « Au niveau du genou l'attelle jambière externe présente une articulation à marteau, dont l'effet est de repousser la jambe en dedans par l'action d'une vis. Mais pour que le redressement fût possible, il ne fallait pas seulement une articulation latérale sur l'attelle jambière externe, il fallait encore que l'articulation qui se trouve du côté interne du genou pût remonter au fur et à mesure que s'opérerait le redressement, ce qui fut réalisé en formant l'attelle interne de la cuisse de deux parties, glissant librement entre elles. Deux coussins supportés par des plaques de tôle d'acier donnent un point d'appui solide à la face interne du condyle interne sur lequel s'exerce toute la pression. L'enfant porta cet appareil pendant deux ans, sans cesser de marcher, de suivre sa vie ordinaire; au bout de ce temps, la guérison était complète. »

Guidé par l'idée de supprimer l'inégale répartition du poids du corps sur les condyles fémoraux, Neudorfer (2) a proposé de faire porter aux enfants atteints de genu valgum un appareil analogue à celui de Sayre pour la coxalgie. Cet appareil suspend le membre en faisant porter le poids du corps sur l'ischion, et exerce, sur le membre ainsi suspendu, une légère traction en bas et sur le genou une traction en dehors.

Je ne fais que mentionner la machine orthopédique de Heine, qui est peu employée.

En somme, ces appareils à traction élastique ont paru avoir donné les meilleurs résultats.

Un procédé, qui fait transition entre le redressement lent et le redressement brusque, consiste à redresser le genou en plusieurs séances, et à maintenir chaque fois le redressement obtenu à l'aide d'un appareil plâtré.

b. Le traitement opératoire du genu valgum infantile consiste surtout dans le *redressement brusque*. Pratiqué, depuis 1871, par M. Delore, ce moyen de traitement fut vulgarisé en 1873 (3). Le malade anesthésié est placé sur le bord du lit. Le membre repose sur sa face externe, le malléole est soutenue par un coussin; l'angle du genou se présente en haut. Le chirurgien presse sur cet angle de tout son poids, lentement, doucement, jusqu'à ce qu'il entende un ou plusieurs craquements, qui indiquent le redressement. Cette méthode fut adoptée, en Allemagne, par Billroth, et Mickulicz l'a recommandée pour le traitement du genu valgum des enfants. Elle fut modifiée par M. Tillaux (4). Ce chirurgien prend point d'appui sur le condyle externe du fémur et, se servant ensuite de la jambe comme d'un bras de levier, il exerce des pesées successives et de plus en plus fortes, jusqu'à ce qu'il perçoive un craquement caractéristique. M. de Saint-Germain est chaud partisan de ce mode de traitement (5). M. Pousson a pu rassembler trente-six observations détaillées dans sa thèse (6). En Italie, elle fut

(1) De Saint-Germain. Loc. cit.
(2) Tuppert. *Deutsch. med. Zeitung.*, 1885, nº 48.
(3) Lauderer. Elasticher Zugverbaud bei genu valg. inf., *Arch. f. Klin. Chir.*, t. XXXII, p. 2.
(4) Schreiber. Loc. cit.
(5) Mickulicz. *Arch. f. Klin. Chir.*, t. XXIII, p. 561.
(6) Vogt. Diss. d. C. Hoffmann Greifwald, 1882.

(1) Le Fort. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1885.
(2) Neudorfer. *Deutsch. Zeitf. Chir.*, t. XXIV, Heft. 3 et 4.
(3) Delore. Congrès pour l'avancement des sciences, Lyon 1873. — *Gazette des hôpitaux*, 1874, p. 251.
(4) Tillaux. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1876.
(5) De Saint-Germain. *Idem*, 1884, p. 2.
(6) Pousson. Thèse d'agrégation, 1886.

pratiquée vingt-trois fois par Romano Clemente (1), Cecarelli, Mazzuchelli et d'autres. Qu'on ait suivi le procédé de Delore, celui de Tillaux ou même celui que M. Larger (2) a employé une fois, il faut toujours, après le redressement, appliquer un appareil plâtré et le laisser en place un ou deux mois. Souvent on est forcé au bout de ce temps de faire porter un appareil léger ou un appareil de nuit pour prévenir le déplacement.

Dans le genu valgum des enfants, les appareils orthopédiques et l'ostéoclasie manuelle doivent suffire à presque tous les cas. Peut-être sera-t-on quelquefois forcé de recourir à un ostéoclaste, mais presque jamais on n'aura recours à la méthode sanglante. Cette opinion est presque universelle, elle fut exprimée aussi par M. Polaillon, à propos d'un mémoire de M. Dubourg (3).

Quelle est la valeur comparative de ces deux méthodes (ostéoclasie manuelle, redressement par les appareils), dans le genu valgum des enfants?

Le traitement orthopédique est souvent suffisant. Cela est incontestable. Malheureusement, les statistiques manquent pour apprécier la méthode à sa juste valeur. M. P. Bouland (4) a pu constater, sur les registres du service orthopédique de M. de Saint-Germain, qu'après un traitement de trois à six mois, 12 genoux ont été guéris et 144 très améliorés. Telle qu'elle est, cette statistique, quoique incomplète, plaide en faveur du traitement. Mais, on le voit, il faut s'armer de patience, s'attendre à une longue durée de soins, surveiller et changer les appareils. M. Le Fort (5) obtient un bon résultat au bout de deux ans; Krauss (6) montre un enfant de six ans et demi dont le genou fut redressé à l'aide du traitement orthopédique, commencé à l'âge de deux ans et demi. Il est certain que, pour un genu valgum de fraîche date et d'angle peu accentué, les appareils sont excellents; mais quand il s'agit d'une cagnosité prononcée, on ne peut prévoir le temps que nécessitera la cure. Enfin, même avec la meilleure volonté du malade et des parents et la plus grande ingéniosité du médecin, le traitement orthopédique peut échouer. M. Kirmisson communiqua à M. Pousson (7) deux observations d'ostéoclasie manuelle pratiquée à la suite de l'insuccès du traitement orthopédique; les statistiques manquent, pour savoir dans combien des cas les appareils ont échoué.

Un autre inconvénient des appareils est de condamner les enfants au repos. Je sais bien que cet inconvénient est levé avec les appareils perfectionnés qui permettent la marche. Mais ces appareils sont coûteux quand ils viennent de chez le fabricant; ils nécessitent une surveillance continuelle, quand ils sont improvisés par le médecin. Toutes ces conditions font que, dans une certaine position sociale, cette méthode est peu pratiquable. D'autre part, l'ostéoclasie manuelle a donné d'excellents résultats. Les 200 cas de M. Delore, les 30 cas de M. Tillaux sont là pour témoigner de l'innocuité de la méthode. Les expériences de MM. Saurel, Barbier, Barbarin, les autopsies de MM. Delore et Larrivé ont démontré que le redressement brusque a pour effet de produire un décollement épiphysaire chez les jeunes sujets. Nous-même, expérimentant sur le cadavre d'un jeune enfant de dix-huit mois atteint de genu valgum, avons produit, à l'aide du procédé de M. Tillaux, une fracture en tout semblable au décollement qu'on obtient par la macération des os. Nous n'avons pas eu à constater des déchirures ligamenteuses.

On a reproché, en somme, au redressement manuel de provoquer une inflammation articulaire, d'entraver l'accroissement du membre et d'exposer aux récidives. Rarement, on a noté de véritables accidents (1). L'inflammation articulaire est rare. La crainte de voir se produire un trouble dans la croissance du membre n'a pas été justifiée (2). M. le professeur Lannelongue (3) a observé, il est vrai, des productions osseuses du côté de la ligne diaphysaire. Reste à savoir si ces productions n'étaient pas le fait du rachitisme, c'est une supposition qu'on pourrait émettre sous toutes réserves. Quant aux récidives, le genu valgum traité par la méthode lente y est moins exposé, peut-être parce qu'il guérit moins souvent.

Moi-même, j'ai eu, dernièrement, l'occasion de pratiquer quatre ostéoclasies manuelles sur deux enfants atteints de genu valgum double. Le premier, âgé de seize mois, nourri au sein jusqu'à l'âge de six mois, présentait un écartement de 7 centimètres entre les deux malléoles. Après anesthésie, j'ai pratiqué l'ostéoclasie des deux côtés selon la manière de M. Tillaux. Un appareil plâtré avec attelle externe fut placé sur chaque membre. L'opération fut facile et courte. Au bout de vingt jours, en enlevant l'appareil qui était souillé, je constatai la consolidation parfaite; du côté droit, on sent un petit cal et on voit une ecchymose de 2 centimètres au niveau de la face externe du genou. Rien du côté gauche. Pas de mouvements latéraux. Je remets un nouvel appareil et au bout d'une vingtaine de jours (quarante jours après l'opération), le cal du côté droit avait lui-même complètement disparu. La correction est parfaite; les genoux absolument normaux ne sont ni douloureux, ni gonflés, il n'y a pas de mouvements latéraux et les autres mouvements s'accomplissent très bien. Je n'ai pas encore permis la marche et l'enfant continue à porter, la nuit, une attelle externe. Les suites immédiates furent très simples. A peine un jour d'indisposition, une nuit agitée et ce fut tout. Chez un enfant de deux ans, porteur d'un double genu valgum, l'écartement bi-malléolaire mesurait 10 centimètres, l'ostéoclasie fut pratiquée des deux côtés de la même façon. L'opération étant récente, je n'ai rien à dire au point de vue des résultats. Mais les suites immédiates furent encore plus simples que chez le premier malade. Dès le soir de l'opération, l'enfant jouait dans son lit et mangeait de bon appétit.

On le voit, l'ostéoclasie manuelle est une manœuvre simple, exempte de danger et permettant, dans certaines conditions, une correction rapide et parfaite; cependant, comme elle peut quelquefois effrayer les parents, elle ne doit être employée en règle générale que dans les grandes déviations du genou, et peut-être fera-t-on bien d'essayer les appareils au préalable. Quant au choix du procédé, j'avoue que le procédé de M. Delore me paraît difficile à exécuter. Deux fois je l'ai essayé sans succès. Tous ceux qui ont fait ces opérations s'accordent sur la difficulté qu'on

(1) R. Clemente. *Ann. univ. de med.*, 1884.
(2) Larger. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1883.
(3) Polaillon. *Idem*, 1885, p. 923.
(4) Bouland. Loc. cit.
(5) Le Fort. Loc. cit.
(6) Krauss. XVe Congrès de chirurgie allemande, *Centralbl. f. Chir.*, 1886.
(7) Pousson. Thèse d'agrégation, 1886.

(1) Bœckel. Société de chirurgie, 1884.
(2) Vogt. *Langenbeck's Arch. f. Klin. Med.*, t. XXII, p. 343.
(3) Pousson. Loc. cit. — Communication orale.

éprouve quelquefois à casser les os de certains enfants. Ces difficultés sont soulignées dans deux observations de M. Kirmisson, et M. Folet nous dit en avoir rencontré de semblables.

2. Le traitement du genu valgum *chez l'adulte* comprend l'étude : *a.* de l'*ostéoclasie instrumentale* et *b.* de l'*ostéotomie.*

On a bien essayé du traitement orthopédique même à cet âge, et, parfois, on a réussi, mais je crois que ces faits sont rares. Si l'on voulait, cependant, tenter l'aventure, l'appareil nouveau de M. Le Fort ou celui de Tuppert donneraient les meilleurs résultats.

a. L'*ostéoclasie* ne peut être qu'instrumentale. L'ostéoclasie manuelle est, à cet âge, un mauvais procédé (de Santi). Nous ne parlerons même pas des nombreux ostéoclastes proposés (Rizzoli, Bruns, Volkmann, Beely) et nous nous bornerons à mentionner les deux appareils suivants : celui de M. Robin et celui de M. Collin.

Le nouvel appareil de M. Collin est formé d'une planche (support), d'une vis de compression, d'un bras de levier et d'une plaque pour la cuisse. Le fémur est immobilisé entre la plaque de puissance et la plaque du point d'appui. La fracture se produit entre ces deux plaques. L'appareil agit transversalement.

L'appareil de M. Robin (1) se compose d'une partie qui immobilise rigoureusement la cuisse au-dessus du point où l'on veut produire la fracture, et d'un levier agissant sur les condyles fémoraux au moyen d'une sangle qui l'embrasse exactement au-dessous du même point. Ce levier est articulé sur l'appareil fixateur vers la face dorsale du membre; en le soulevant avec une force suffisante (120 kilos environ), on rompt le fémur d'arrière en avant.

On a reproché, à cet appareil, la compression possible des organes du creux poplité. Cette crainte n'est pas fondée, la disposition anatomique du fémur à cette région mettant à l'abri de toute compression le paquet vasculo-nerveux, qui, grâce surtout à l'aplatissement de la cuisse produit par la gouttière, peut se cacher entre les deux condyles. M. Robin pense obtenir toujours une fracture sous-périostée. Après l'ostéoclasie, on redresse immédiatement ou on attend quelques jours avant de donner au membre sa position correcte. M. Robin préfère attendre quelques jours avant de redresser le membre. L'immobilisation se prolonge quarante jours environ. Au bout de ce temps, la consolidation est faite en général. D'après le relevé de M. Pousson (2), plus de la moitié des opérés ont vu la réparation de la fracture au-dessous du terme de quarante jours. Plus du quart ont été consolidés en moins de trente jours. En général, quelques semaines, trois ou quatre, ont suffi pour rendre au membre sa force et son agilité. Mollière prétend avoir vu cette consolidation se faire le huitième jour (3) et M. Robin a présenté au récent Congrès de chirurgie (4) les pièces anatomiques d'un jeune homme ostéoclasié. La mort est survenue le vingt-cinquième jour de l'opération. Aucune modification ne se voyait au niveau de la fracture. Il s'agissait là, d'après cet auteur, d'une réunion osseuse par première intention. Des expériences cadavériques ont été faites avec cet appareil par MM. Robin, Demons, Pousson.

(1) Robin. *Traitement du genu valgum à tous les âges*, 1882.
(2) Pousson. Loc. cit.
(3) Mollière. *Lyon médical*, 1889, p. 481.
(4) Robin. *Revue de chirurgie*, 1889, p. 952.

M. Regnard (1) a expérimenté avec l'appareil Collin. La peau et les tissus sous-jacents restent indemnes, la fracture est oblique; la partie inférieure du trait se trouve constamment du côté où a été appliquée la plaque de puissance; le périoste est indemne.

La thèse de M. Pousson contient 44 observations d'ostéoclasie ayant donné 72 opérations. L'ostéoclaste de M. Collin fut appliqué 19 fois, celui de M. Robin 49 fois; 45 opérations ne furent suivies d'aucune espèce de réaction fébrile; 16 fois il y eut du gonflement et une légère hydarthrose du genou; 9 fois les malades accusèrent des douleurs plus ou moins vives dans l'articulation.

M. Reclus, sur 9 ostéoclasies, compte 9 succès (2).

L'ostéoclasie est donc une bonne opération, au moins d'après les statistiques.

b. L'*ostéotomie*, l'ostéo-arthrotomie d'Ogston (3), pratiquée pour la première fois en 1876, a suscité un moment d'enthousiasme, vite réprimé. Voilà en quoi consiste cette opération : le genou étant fléchi, un long ténotome plat est enfoncé à 5 ou 6 centimètres au-dessus du condyle interne. On le retourne en bas et on divise les tissus jusqu'à l'os. Par l'ouverture ainsi pratiquée, on introduit une petite scie pointue d'Adams et on scie le condyle interne obliquement, d'avant en arrière; on brise ensuite ce qui reste de l'os; on corrige la position et on place le membre dans un appareil inamovible. Les résultats de cette opération n'ont pas été aussi détestables qu'on l'a dit en France. A la clinique de Breslau (4), on a pratiqué, sur 23 malades, 34 opérations de ce genre. Les résultats ont été bons. On connaît, d'après Schreiber (5), 300 opérations d'Ogston suivies de bons résultats, entre autres celles de Nussbaum, Thiersch, Koleczck, etc. M. Périer a présenté un cas. Et, cependant, on a observé l'hémorrhagie et la suppuration (Sonnenburg, Shönborn), la paralysie des péroniens, des ankyloses du genou (Mckulicz, Schede), une mortalité considérable connue et surtout inconnue, au dire de Volkmann. Ce chirurgien qualifie cette opération d'*acrobatie chirurgicale* (XIIIe Congrès chirurgical allemand). Ogston lui-même y a renoncé en faveur de l'opération de Mac Ewen. Il est incontestable que cette dernière est l'opération de choix. L'ostéotomie de Mac Ewen est simple et sûre; elle épargne l'épiphyse, l'articulation et les ligaments, ne réclame aucune ligature de vaisseaux, la plaie guérit par première intention, aussi est-elle universellement préférée.

Le manuel opératoire est trop connu pour que j'insiste. Le malade étant endormi, la bande d'Esmarch est placée et le champ opératoire antiseptisé. Un coussin de sable est glissé sous le genou. Le membre est fixé par deux aides : l'un maintient la jambe et l'autre la cuisse. Au niveau de l'intersection de deux lignes, dont l'une passe à un travers de doigt au-dessus du condyle interne et l'autre à 1 centimètre et demi en avant du grand adducteur, l'opérateur enfonce profondément un bistouri pointu, qui touche l'os et sert à conduire l'ostéotome. Ce dernier tourné perpendiculairement divise peu à peu l'os à petits coups de maillet. Il suffit d'inciser les deux tiers de l'épaisseur de l'os, s'il est mou; il faut arriver, au contraire, jusqu'à la couche com-

(1) Regnard. Thèse de Paris, 1884.
(2) Reclus. Société de chirurgie, 1885.
(3) Ogston. *Langenbeck's Archiv*, t. XXI, p. 537.
(4) Partsch. *Berlin. Klin.*, 1884.
(5) Schreiber. Loc. cit.

pacte superficielle, si l'on a affaire à des os durs. Une éponge est placée sur la plaie et on procède doucement au redressement du membre. La plaie est pansée sans sutures et un appareil plâtré maintient la correction. Le pansement n'est renouvelé qu'en cas d'accident (fièvre, douleur, etc.). Il peut rester quarante jours en place. Mac Ewen se sert de trois ostéotomes, qui se remplacent pendant l'opération : l'ostéotome plus petit étant conduit sur celui de calibre supérieur. A procéder ainsi Mac Ewen obtient une ouverture osseuse plus régulièrement conique, une section plus facile et surtout une appréciation plus nette des progrès accomplis dans l'ostéotomie et de l'épaisseur d'os qui reste à diviser, l'ostéotome plus petit servant en même temps de sonde exploratrice. Chez les enfants un seul ostéotome suffirait.

Le procédé de Mac Ewen fut accepté et pratiqué souvent en France (Bouilly, Trélat, L. Championnière, Delore, Duplay, etc.), aussi bien qu'en Allemagne (Schede, Maas, Trendelenburg, etc.) et en Italie (Margari), Schreiber sur 1384 cas où ce procédé fut mis en usage (820 Mac Ewen), trouve 10 morts. Il donne, donc, une moyenne de succès de 90 p. 100.

Cinq cent quarante-neuf ostéotomies par ce procédé ont donné un seul cas malheureux dans la statistique de Campenon (1). Bauregard (2) trouve une mortalité de 1 p. 100 dans l'ostéotomie pour genu valgum.

On voit que les récentes statistiques donnent une plus grande mortalité qu'on ne pense généralement. Ce qui n'empêche pas Middeldorpf (3) d'appeler l'opération de Mac Ewen « l'opération de l'avenir » et beaucoup de chirurgiens partagent son avis.

Plusieurs modifications ont été apportées à l'opération classique. Poore (4) plie le genou à angle droit. Il reconnaît à cette manière de faire les avantages suivants : l'intersection des lignes, point de repère, se trouve mieux; le membre est mieux fixé et après le redressement la section de l'os se cache sous les muscles et devient sous-cutanée.

Gussenbauer a proposé d'aborder le fémur par la face externe de la cuisse. Deux fois Czerny exécuta cette opération avec succès. Mais on risque de blesser les vaisseaux.

Hahn (5) attaque le fémur des deux côtés; d'abord par sa face interne, puis par sa face externe. Il n'emploie qu'un seul ostéotome qui a environ 1 centimètre de large. L'opération serait cinq ou six fois moins longue que celle de Mac Ewen. On serait moins exposé à léser les vaisseaux. Ce procédé compte sept succès à son actif.

Nussbaum et Billroth furent les premiers à attendre systématiquemet la guérison de la plaie cutanée pour redresser le membre. Leur but était de ménager les parties molles. M. Folet (de Lille) a adopté aussi, comme règle générale de conduite chez l'adulte, l'opération en deux temps. Voici comment un de ses élèves décrit la méthode (6) : ostéotomie partielle des trois quarts du cylindre osseux; guérison de la plaie et redressement huit jours après l'opération. Trois malades furent opérés de la sorte avec succès (guérison le quarantième jour).

M. Motta (1) a proposé l'extension, par les poids, en guise d'appareil, après l'ostéotomie.

(1) Campenon. *Ostéotomie*, Thèse de Paris, 1363.
(2) Bauregard. Rapport de M. Chauvel, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1884, p. 65.
(3) Middeldorpf. *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, XXIV.
(4) Poore. *Osteotomis and osteoclases*, New-York, 1884.
(5) Hahn. *Centralbl. f. Chir.*, n° 48, p. 881.
(6) Tison. *De l'ostéotomie partielle suivie, à quelques jours d'intervalle, de l'ostéoclasie*, Thèse de Lille, 1889.

VI

On peut ranger, avec Middeldorpff (2), de la façon suivante, les différentes opérations proposées et pratiquées dans le genu valgum :

1° *Ostéotomies de la jambe* (ostéotomie du tibia avec plaie ouverte, ostéotomie sous-cutanée du tibia, ostéotomie cunéiforme du tibia et linéaire du péroné);

2° *Ostéotomies portant sur le genou* (opération d'Ogston et modifications de la même opération par Shmitz, Revees, Mac Ewen, Chiène, résections articulaires de Bauer, Annanelale et Howe);

3° *Ostéotomie supra-condylienne* du fémur (Mac Ewen);

4° *Ostéotomies multiples* (du fémur et du tibia sans section oblique du péroné et transversale du tibia).

Parmi ces opérations, nous l'avons dit, celle de Mac Ewen est l'opération de choix. Les résections articulaires n'ont qu'un intérêt historique. Les opérations articulaires, en général, sont à rejeter, au moins dans le genu valgum ordinaire. Cependant, dans certains cas spéciaux, on pourra avoir recours à l'ostéotomie du tibia et du fémur en une seule séance, comme l'a fait Mac Ewen, ou en deux séances à la manière de Barwel. Bonchers (3) rapporte 7 cas d'ostéotomie sous-cutanée du tibia, dont 5 chez des enfants avec succès. Dans certains cas, on a pratiqué l'opération de Schede (ostéotomie cunéiforme du tibia et linéaire du péroné). Cette opération fut exécutée quinze fois par Mass. Les résultats fonctionnels ne furent pas brillants. La plupart des cas ont récidivé, ce qui s'explique par la plus grande fréquence de l'incurvation du fémur que de celle du tibia. Dans d'autres, on a noté la suppuration, la nécrose, la paralysie des péroniers.

Qu'on redresse le genu valgum par l'ostéotomie ou l'ostéoclasie, les résultats définitifs et éloignés ne paraissent pas mauvais. Il y a certainement des récidives; en général, la guérison persiste. Goldthwaith (4) a réuni 28 cas opérés depuis 1881, 27 ont guéri sans rechute. Dans un seul, celle-ci eut lieu. M. L. Dubar (5), sur quatre ostéoclasies avec l'appareil Collin pratiquées sur deux malades, n'eut qu'à constater une légère récidive d'un seul côté au bout de cinq ans.

Et maintenant, si l'on veut se faire une idée de la *valeur comparative* de l'ostéotomie et de l'ostéoclasie dans le genu valgum des adultes, on s'aperçoit bientôt que la chose est extrêmement difficile. En Allemagne, l'ostéotomie réunit presque tous les suffrages. En Italie, les idées sont partagées; en général, on pratique l'ostéotomie, mais l'ostéoclasie a trouvé de fervents défenseurs, parmi lesquels je dois noter d'Ambrosio (6), de Naples, Romani, auteur d'un

(1) Motta. *Archivio di orthopedia*, 1887.
(2) Middeldorpff. Loc. cit., t. XXIV, 1886.
(3) Bonchers. Thèse de Zurich, 1883.
(4) Goldthwaith. *Boston Med. Journ.*, 1889, et *Archives d'orthopédie*, 1890, n° 1.
(5) Dubar. *Bulletin médical du Nord*, 1889, n° 2.
(6) *Ann. clin. de l'Osped.*, Napoli 1889.

travail sur le genu valgum est éclectique. L'ostéotomie et l'ostéoclasie ont pour lui chacune ses indications. En France, l'école de Lyon prône l'ostéoclasie et plusieurs chirurgiens de Paris se rangent à cet avis. M. Bauregard (1) fait l'apologie de l'ostéotomie.

Trélat, voulant comparer l'ostéotomie à l'ostéoclasie, pratiqua, en 1884, en même temps les deux opérations sur deux individus. Un jeune homme ostéoclasié par le procédé de M. Robin fut présenté par Trélat, au bout de soixante jours, à la Société de chirurgie. M. Berger relevait sur cet opéré une saillie considérable des fragments en dehors, un renversement du pied en dedans, une hydarthrose notable. Le même chirurgien dit avoir observé des cas semblables. M. Lucas-Championnière (2) présente un malade de dix-huit ans, dont le genu valgum très accusé (l'écartement des malléoles mesurait 24 centimètres) fut corrigé par l'ostéotomie. Cet homme, opéré il y a quatre mois, marche très bien malgré une rupture du cal gauche survenue huit semaines après l'opération dans une chute. M. Lucas-Championnière compare ce résultat, et d'autres analogues obtenus par l'ostéotomie, au résultat d'une ostéoclasie avec l'appareil Collin, qu'il pratiqua chez un enfant de douze ans. Il y a eu des douleurs atroces ayant duré deux jours, de l'hydarthrose et de l'insuffisance des ligaments. Il croit ces accidents fréquents à la suite de l'ostéoclasie.

M. Duplay (3), à propos d'une ostéoclasie faite chez un jeune homme de dix-sept ans, disait avoir vu des résultats d'ostéoclasie tellement détestables, qu'il y avait presque renoncé pour employer l'ostéotomie. Il paraît donc démontré que l'ostéoclasie expose davantage à la rupture des ligaments, à l'hydarthrose et aux douleurs. Si l'on ajoute à cela la simplicité opératoire de l'ostéotomie, on comprend la préférence qui est donnée à celle-ci par beaucoup de chirurgiens. Il ne faut pas se dissimuler, d'autre part, que l'ostéotomie présente une certaine mortalité. Il faut que cette mortalité diminue et disparaisse; l'antisepsie de plus en plus soignée et l'habileté opératoire peuvent contribuer à ce résultat, la supériorité de l'ostéotomie sera alors universellement proclamée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

203. M. Carasco. Étude sur l'adénopathie trachéo-bronchique de la pneumonie. — 204. M. Janet. Les troubles psychopathiques de la miction. — 205. M. Couturier. Contribution à l'étude de la thérapeutique intra-utérine antiseptique dans le traitement des maladies chroniques de la cavité utérine. — 206. M. Fortuniades. Étude sur le chancre syphilitique des paupières. — 207. M. Dacquet. Contribution à l'étude du diagnostic des anévrysmes de l'aorte abdominale. — 208. M. Renault. Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. Diagnostic et traitement par l'électricité. — 209. M. Chamayon. De la colopexie dans le traitement des prolapsus graves du rectum. — 210. M. Faivre. Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide.

(1) Bauregard. *Archives générales de médecine*, 1884.
(2) Lucas-Championnière. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1884, p. 891.
(3) Duplay. *Idem*, 1885.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 29 mai 1890, M. le médecin principal de deuxième classe Breton a été désigné pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte et de la place de Verdun.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Petit (Martial-Louis), docteur ès sciences, est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Cagnieul.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Libermann, médecin principal de première classe, en retraite, décédé à l'âge de cinquante-cinq ans.

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Cochin, commencera ses leçons de clinique thérapeutique à cet hôpital, le mercredi 4 juin à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Il traitera cette année de la thérapeutique des affections de l'estomac.

Le lundi, conférence de thérapeutique et de bactériologie par MM. les docteurs Bardet et Dubief, chefs de laboratoire.

Le vendredi, conférence clinique par MM. de Grandmaison et Mallet, internes du service.

— M. Stanislas Meunier fera une excursion géologique publique, le dimanche 1er juin, à Gentilly, Bicêtre, Villejuif et Arcueil. — Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous : Porte d'Italie, aux fortifications, à midi précis.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de gynécologie opératoire, par MM. les docteurs Vulliet professeur à la Faculté de médecine de Genève, et Lutaud professeur libre de gynécologie à l'École pratique, 2e édition. 1 vol. in-8° avec 200 figures. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Maloine.

Cours élémentaire d'anatomie générale et notions de technique histologique, par S. Arloing, correspondant de l'institut, directeur de l'École nationale vétérinaire, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; revisé et publié par X. Lesbre professeur à l'École nationale vétérinaire de Lyon. 1 vol. in-8° de 453 p. avec 388 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Origines de la chasse, de la pêche et de l'agriculture (Bibliothèque anthropologique, t. XII), par le professeur Gabriel de Mortillet. T. Ier : Chasse, pêche, domestication. 1 vol. in-8° avec 148 figures intercalées dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Les maladies de l'oreille et leur traitement, par le docteur Arthur Hartmann (de Berlin). Ouvrage traduit sur la quatrième édition (1889) et annoté par le docteur Potiquet. 1 vol. in-8° de 292 pages, avec 45 figures dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

La chirurgie du sinus sphénoïdal, par le docteur Em. Berger. Broch. in-8° de 80 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** »	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Brouardel.

Le criminel (1).

VII

Je vous ai fait, dans la dernière leçon, l'histoire des épileptiques au point de vue médico-légal. Il s'agit maintenant de savoir comment on peut faire passer la conviction dans l'esprit des magistrats, quand on se trouve en présence de l'un de ces malades.

Lorsque l'épilepsie se caractérise par des troubles dont les parents et amis du malade peuvent témoigner, la démonstration est très simple.

Mais j'ouvre une parenthèse pour vous donner un conseil pratique. Lorsque vous rencontrerez dans la clientèle un épileptique, je vous engage à écrire à sa famille une lettre attestant la maladie, qu'on pourra présenter plus tard en justice, si c'est nécessaire. Voici un exemple : un petit garçon de cinq ans se jette un jour sur sa sœur, un couteau à la main, et la blesse grièvement; depuis, il a eu de nombreuses attaques semblables et, chaque fois, il prenait le premier instrument qui se présentait à sa main et se précipitait avec fureur sur la première personne qu'il rencontrait. Vous comprenez que, dans ces circonstances, il eût été très utile au médecin légiste d'avoir un certificat remontant à une date éloignée, et déclarant que l'enfant était épileptique. Mais quand vous proposerez ce certificat, attendez-vous à rencontrer une grande opposition dans les familles, qui ne veulent pas qu'on sache qu'elles renferment un épileptique; c'est là une tare que chacun tient à cacher le plus possible.

Le deuxième cas est bien plus complexe. On a entièrement ignoré jusqu'alors qu'un individu était épileptique : comment devez-vous procéder pour établir le diagnostic? Vous chercherez surtout dans les antécédents personnels de l'inculpé, non dans ses ascendants. On peut, en effet, avoir eu un épileptique dans sa famille et ne pas l'être, de même qu'on peut être épileptique sans être issu de parents épileptiques. Il y a là une cause d'erreur à éviter.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 529.

Je tiens à vous signaler particulièrement deux points qui doivent être recherchés avec soin. Souvent, vous entendez raconter dans une famille que tel enfant a eu une, deux, trois insolations. Ce fait que l'enfant a eu des absences répétées, sous l'influence d'une cause quelconque, est à noter : dans un grand nombre de cas, il s'agit d'une épilepsie larvée. A côté de ce phénomène, il faut ranger l'émission involontaire des urines : sans considérer l'incontinence d'urine comme un signe exprès d'épilepsie, cependant, quand un enfant continue à souiller ses draps à l'âge de cinq ou six ans, c'est bien fréquemment l'indice d'une attaque d'épilepsie qui passe inaperçue; les fibres de la vessie sont, en effet, les premières paralysées dans l'épilepsie.

Lasègue en citait un exemple frappant : c'était un cordonnier qui avait été arrêté pour avoir volé des pruneaux à la devanture d'un épicier, et cet homme disait n'avoir gardé aucun souvenir de l'acte délictueux qu'il avait commis. Sa femme, appelée en témoignage, déclara qu'elle avait trouvé souvent des pruneaux ou des figues dans ses poches, et que, chaque fois, elle remarquait qu'il avait pissé dans son pantalon. L'examen démontra qu'il était épileptique.

Du reste, lorsque vous êtes commis pour examiner des individus de cette espèce, vous pouvez et vous devez demander au juge d'instruction de longs délais pour déposer votre rapport. Lasègue rapportait le cas d'un individu interné à Mazas, dont il avait fait un épileptique; un jour il se mit à dépaver sa cellule avec ses ongles, — et comme les cellules de Mazas sont pavées en briques placées de champ et juxtaposées, je vous laisse à penser quelle besogne il dut faire pour enlever la première. Le sommeil épileptique suivit cette attaque; il n'y avait donc pas de doute. Mais il a fallu trois mois pour que cet accès vînt confirmer le diagnostic de Lasègue.

Y a-t-il quelque chose dans l'acte lui-même qui puisse faire reconnaître qu'il a été commis en état d'épilepsie? Presque toujours, les attaques se ressemblent entre elles, et, chez un même individu, chaque attaque est identique à celles qui l'ont précédée. Je vous ai cité le malade de M. Magnan qui, à chaque accès, allait se promener sur les toits.

Le cas est des plus nets quand le sujet déclare qu'il ne se souvient de rien; mais il y a là une difficulté à prévoir : lorsqu'un épileptique est arrêté pour un crime quelconque et conduit chez le commissaire de police, interrogé aussitôt après l'acte, il répond invariablement : « Je ne sais rien. »

Cet interrogatoire est le bon. Plus tard, quand on aura confronté le coupable avec des témoins, il se fera dans son cerveau un travail de reconstitution, et il ne saura plus lui-même si ce qu'il croit avoir fait est bien dans ses souvenirs ou si c'est un emprunt au récit des autres. Dans tous les cas, il cherche à échafauder une histoire dans le sens qu'il croit favorable à ses intérêts, et il en résulte que nous ne pouvons plus alors invoquer l'amnésie, puisque l'accusé lui-même reconnaît se souvenir de certains détails. Cette seconde mémoire est faite pour gêner beaucoup le médecin légiste.

Dans une affaire d'assassinat, où un entrepreneur avait été trouvé dans un grenier le cœur transpercé d'une fiche, le meurtrier présumé déclara, pendant les deux ou trois premiers jours après son arrestation, qu'il ne se souvenait absolument de rien. Mais voyant qu'on ne le croyait pas, il inventa alors une scène stupide où l'entrepreneur se serait jeté sur lui et où il aurait été en état de légitime défense. Le médecin expert a dû reprendre exclusivement les premiers interrogatoires pour apprécier l'état dans lequel cet individu se trouvait réellement. Il conclut à l'épilepsie et obtint une ordonnance de non-lieu. Or, trois ans après, cet homme se lève pendant la nuit, saute sur sa femme pour l'étrangler, et il a fallu l'intervention énergique d'une femme de chambre pour l'empêcher de commettre un nouveau meurtre.

Il y a une autre difficulté que je dois vous signaler en passant, mais contre laquelle il est impossible de lutter : elle se présente quand un individu, atteint de cette forme d'absence qui lui permet de marcher et de se diriger, va frapper un ennemi contre lequel il gardait une vieille rancune. Dans ce cas, il est impossible au médecin d'établir que le coupable a agi sans discernement, puisqu'il a précisément choisi un ennemi pour sa victime.

Vous pouvez noter aussi, dans l'examen de certains épileptiques, un caractère assez intéressant : lorsqu'ils se souviennent du fait accompli, le plus souvent ils vous en font le récit, avec une indifférence complète, absolument comme s'il s'agissait d'une tierce personne; ils ne manifestent aucun remords.

Notez aussi le calme avec lequel ils exécutent parfois leur crime. Un concierge tirait de l'eau à sa porte; un passant lui casse la tête avec un marteau et continue son chemin de l'air le plus naturel du monde. Observez bien cette façon d'agir : il donne son coup et il passe.

D'autres fois, au contraire, les épileptiques se font remarquer par l'acharnement avec lequel ils frappent leurs victimes; certains frapperaient indéfiniment à la même place, si on ne venait les arrêter. Sur une femme tuée par son mari à coups de bêche, on put compter jusqu'à quarante coups de bêche au même endroit. Il y a quelques mois, j'ai été commis, avec M. Motet, pour examiner un enfant qui avait tué son père : or ce petit bonhomme avait frappé jusqu'à ce que le couteau de poche dont il se servait ait pénétré tout entier dans les chairs. Vous le voyez, l'épileptique agit sans se laisser détourner par aucun obstacle de l'acte qu'il accomplit.

Je passe à l'examen d'un autre groupe que je tiens à rapprocher des épileptiques, et que Lasègue a caractérisé du nom de *délire par accès*. Il s'agit encore d'impulsion, mais avec certaines différences. Un jour, vers midi, rue Cujas, un individu, déjeunant dans une crèmerie, plante son couteau de table dans le cœur de la jeune fille qui le servait et s'en va. Interrogé sur les motifs de son crime, F... répondit : « Je n'avais jamais vu cette fille, mais j'étais obsédé de l'idée que je devais tuer une femme. » Son existence avait été très aventureuse : né à Saint-Lazare d'une prostituée, il avait eu une éducation débauchée, que sa mère elle-même avait parfaite; puis il avait été zouave pontifical, avait déserté, était revenu à Paris, s'était engagé encore dans les zouaves d'Afrique, où il avait fait deux ans de service, et enfin était revenu en France. A partir de son retour, il dit avoir été obsédé de l'idée de tuer sa mère, parce qu'elle était cause de tous ses malheurs; mais, reculant devant l'horreur de ce crime, il avait été poussé à sacrifier une autre femme à la place de sa mère, et il était tombé sur la première venue.

Lasègue n'a pas réussi à trouver, dans la conduite de cet homme, quelque chose qui ressemblât aux actes d'un épileptique. Celui-ci avait obéi à une impulsion très vive; mais, malgré cela, il savait ce qu'il faisait, il n'avait pas eu d'impulsion inconsciente. Néanmoins, Lasègue a réussi à prouver que cet homme était un malade, et on l'a mis à Bicêtre, dans le quartier de la Force, où il est mort il y a peu de temps. C'était un individu extrêmement dangereux; on a donc bien fait de le garder pendant neuf ans en prison, alors même qu'il n'avait aucune manie morbide. Mais on a pu le faire parce que personne ne s'intéressait à lui et qu'il n'avait ni famille, ni protecteur. Soyez convaincus que si F... avait été riche, on n'aurait pas manqué de crier à la séquestration arbitraire, et l'administration aurait été obligée de le remettre en liberté. Grâce à son isolement dans la société, on a pu faire pour lui ce que nous demandons qu'on fasse pour tous ceux de son espèce.

C'est ici le lieu de placer les *épileptoïdes* et les *cérébraux* de Lasègue : il faut entendre, par cette dénomination, tous ceux qui, ayant eu une plaie du crâne ou un ictus quelconque, tel qu'une petite hémorrhagie, sont prédestinés par là aux troubles cérébraux. Les analogies ne manquent pas dans le domaine pathologique. Un homme a une pleurésie : à partir de ce moment, il appartient à la susceptibilité pulmonaire, il est prédestiné aux accidents pulmonaires. Un individu est bossu : il n'a pas la bronchite de tout le monde, il aura toute sa vie des bronchites de bossu, qui finiront à la longue par amener des accidents cardiaques et des accès de suffocation. De même un coup de pied de cheval à la tête, chez un individu de vingt-cinq ans, constitue une tare qui ne sera pas perdue, car, au bout de quelques années, ce blessé pourra avoir des troubles cérébraux. Au point de vue médico-légal, c'est là une catégorie particulièrement intéressante.

Dans la classe des impulsifs viennent se placer encore les *pyromanes*, ces individus qui ont la spécialité d'allumer des incendies. M. Motet a rapporté l'exemple d'un pyromane qui avait allumé vingt-trois incendies, dont quinze un dimanche soir; chaque fois, il avait le petit appoint alcoolique qui donne le degré d'excitation nécessaire pour passer de l'idée à l'acte. Chez ces sujets, les hallucinations de la vue sont fréquentes; ils voient des flammes d'incendie, et c'est ce qui les incite à en allumer.

Je dois vous nommer encore les *exhibitionnistes*, qui ont la spécialité d'étaler leurs organes génitaux aux yeux des femmes d'une façon béate et niaise. L'impulsion est irrésistible, et elle semble toute naturelle à ces individus, qui ne trouvent d'autre excuse que de dire : « Je ne peux pas m'en empêcher. » Depuis que le fait est connu, nous avons

à examiner, tous les ans, une dizaine de ces déséquilibrés à Paris. Rien, dans le reste de leur existence, ne permet de les classer dans tel ou tel groupe vésanique, et c'est pourquoi Lasègue en a fait une catégorie à part. Je tiens à rapprocher des exhibitionnistes génitaux les gens qui s'exhibent eux-mêmes, je veux parler des érotomanes qui s'attachent aux pas d'une femme, faisant pour elle fonction d'ombre, ne la quittant qu'à sa porte, et cela sans jamais faire l'aveu de leur passion.

Pour terminer ce qui a rapport à l'épilepsie, je n'ai plus qu'à vous signaler la manie épileptique, qui se caractérise par la violence du malade : pendant cinq à huit jours, il est très agité, l'œil furieux, en proie à la fièvre, et, s'il a une arme, il frappe aveuglément autour de lui. L'épilepsie se termine assez souvent par un état de démence ; les médecins des asiles considèrent même la démence comme la fin habituelle de l'épilepsie, parce qu'ils ont à soigner des épileptiques ayant des milliers d'attaques par an. Ce n'est pas l'opinion des médecins des villes, qui ont affaire à des formes beaucoup plus frustes.

Enfin, ce qui n'est pas rare, c'est l'imbécillité congénitale chez un épileptique, avec salacité, pyromanie, idées de persécution, etc.

Que peut-on faire d'un épileptique au point de vue de la responsabilité? Lorsqu'un acte a été accompli pendant un accès, le sujet est certainement irresponsable. Si, au contraire, l'acte a été accompli en dehors de l'accès, les interprétations sont différentes. Certains refusent de se prononcer, et M. J. Falret déclare : « Je n'ai pas de phrénomètre à ma disposition. » Il suffit cependant de nous rappeler que les hommes les plus célèbres, tels que César, Mahomet, Napoléon Ier, ont été des épileptiques, pour admettre que l'épilepsie est conciliable avec la plus haute intelligence. Ce serait, en effet, une singulière exagération que de vouloir faire des irresponsables d'hommes aussi bien doués.

La clef de l'interprétation est donc dans la mesure et le nombre des attaques. Celui qui a des milliers d'attaques par an peut, évidemment, être considéré comme étant dans un état de mal permanent et incapable, par conséquent, d'apprécier la valeur de ses actes. Celui, au contraire, qui n'a qu'une attaque tous les six mois, semble devoir être en possession de sa liberté dans l'intervalle de ces accès. Tous les intermédiaires sont possibles entre ces deux extrêmes.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

I

De l'action polaire positive du courant galvanique constant sur les microbes, et, en particulier, sur la bactéridie charbonneuse. — MM. Apostoli et Laguerrière ont entrepris des recherches sur l'action antiseptique et microbicide du courant galvanique constant. Dans une première série d'expériences, les deux auteurs ont placé d'abord les pôles aux deux extrémités d'une même éprouvette contenant des bouillons de culture et à peu de distance l'un de l'autre. MM. Apostoli et Laguerrière ont obtenu des résultats intéressants qu'ils ont consignés dans une note déposée à l'Académie des sciences. Toutes ces expériences ont eu le contrôle de l'ensemencement et de l'inoculation aux animaux.

Voici les principales conclusions de ce premier travail :

1° L'action du courant galvanique constant sur les cultures est en rapport direct avec l'intensité du courant évalué en milliampères ;

2° Pour une même intensité, et toutes choses égales d'ailleurs, il convient de tenir peu de compte de la durée de l'application ; l'intensité du courant restant toujours le facteur principal ;

3° Un courant de 300 milliampères, appliqué pendant cinq minutes, tue constamment la bactéridie charbonneuse. Les ensemencements faits avec la culture ainsi traitée restent stériles, et l'inoculation au cobaye reste sans effet ;

4° Un courant de 200 à 250 milliampères, appliqué pendant cinq minutes, ne détruit pas sûrement et constamment la virulence ; quelques cobayes meurent encore, mais plus tardivement que les témoins inoculés comparativement avec la même culture qui n'a pas été soumise à l'action du courant ;

5° Un courant de 100 milliampères, et au-dessous, même après une application de trente minutes, ne détruit pas la virulence ; il se produit une atténuation qui augmente avec l'intensité du courant et qui s'accuse par ce fait que les cobayes inoculés meurent un à deux jours plus tardivement que les témoins.

Depuis cette époque, MM. Apostoli et Laguerrière ont établi que ces effets sont indépendants de l'influence thermique qui accompagne toute électrolyse, et ils ont étudié l'influence isolée des pôles et de la portion interpolaire du circuit. Ils ont formulé les conclusions complémentaires qui suivent :

1° On peut supprimer expérimentalement les effets calorifiques du courant et obtenir quand même la destruction ou l'atténuation de la vitalité microbienne ;

2° Le pôle positif seul tue ou atténue la vitalité des organismes pathogènes pour lesquels l'action interpolaire et celle du pôle négatif restent indifférents ;

3° L'action antiseptique du pôle positif (dans un milieu de culture distinct, entièrement séparé du pôle négatif) s'exerce à plus faible dose électrique que dans la première expérience (où les deux pôles étant contigus atténuent leur action réciproque). Ainsi le pôle positif ne tue pas à 50 milliampères pendant une durée qui peut varier de 5 à 30 minutes ; mais au delà l'atténuation commence et grandit progressivement pour devenir constante dès les cinq premières minutes entre 100 et 150 milliampères ;

4° La conclusion générale qui se dégage des recherches de MM. Apostoli et Laguerrière, c'est que le courant continu à dose dite médicale (de 50 à 300 milliampères) n'a pas d'action *sui generis* sur les cultures microbiennes dans un milieu homogène, et que son unique action polaire positive doit tenir au dégagement des acides et de l'oxygène.

De la tuberculose testiculaire chez les enfants. — M. L. Jullien a fait paraître, dans les *Archives générales de médecine*, quelques notes sur la tuberculose testiculaire des enfants.

Après avoir noté la fréquence plus grande de la tuberculose du testicule gauche, l'auteur avance qu'on rencontre assez souvent, chez l'enfant, l'orchite tuberculeuse à marche aiguë ou subaiguë. Le cordon participe fréquemment au processus morbide et on rencontre parfois un peu d'épanchement dans la vaginale.

Mais, le point le plus intéressant mis en relief par M. Jullien, réside dans les suites éloignées de la tuberculose infantile.

Le pronostic de cette bacillose locale n'offre aucune gravité au point de vue général. Les enfants résistent très bien à la tuberculose testiculaire. M. Jullien a pu retrouver neuf enfants qu'il avait traités trois ans auparavant. Tous ces enfants sont aujourd'hui en pleine guérison.

Un autre fait se dégage des observations publiées, c'est, dans quelques cas, la résorption de l'infiltrat et du testicule. M. Jullien affirme que le produit tuberculeux peut détruire le testicule et l'épididyme, et se résorber totalement, emportant jusqu'aux dernières traces de l'organe.

La tuberculose testiculaire de l'enfant peut donc créer des monorchides, sans qu'il y ait eu une ulcération ou une plaie, et

sans qu'on puisse trouver une cicatrice scrotale. Chez un des petits malades, on ne rencontre aucun stigmate sur les bourses. Le testicule n'existe plus et c'est à peine si le cordon est appréciable. Dans ces conditions, il est impossible d'établir rétrospectivement le diagnostic de tuberculose testiculaire. On serait fatalement amené à classer cet enfant parmi les cryptorchides. Or, grâce à des anamnestiques précis, on peut assurer qu'il n'en est rien.

Le traitement mérite un instant d'attention. Localement, rien que de très simple : l'expectation et le plus d'antisepsie possible.

Mais M. Jullien insiste sur la valeur de la médication interne. Il a donné à ses malades de l'huile de foie de morue et de la poudre d'iodoforme (5 centigrammes par jour en deux paquets). Il faut continuer le traitement interne avec persévérance pendant plusieurs mois.

« La tuberculose des enfants diffère totalement, en clinique, de celle des adultes, et son évolution, dirigée par la thérapeutique, sauvegarde souvent mieux l'avenir que les plus habiles opérations... Le pire qui puisse arriver (en traitant localement la tuberculose par l'expectation) équivaut précisément au meilleur résultat de l'opération. On risque tout au moins de conserver quelques fragments insuffisants au point de vue physiologique peut-être, mais précieux toujours, ne fût-ce qu'à un point de vue moral. »

II

Le traitement de la gale. — M. le professeur Fournier a exposé les modifications que l'on doit faire subir au traitement classique de la gale.

On sait qu'il est possible de guérir la gale en une heure et demie, en appliquant le traitement connu sous le nom vulgaire de « frotte ».

La frotte se fait en trois stades. Dans la première demi-heure, le malade est frotté sur tout le corps avec du savon noir. Pendant la deuxième demi-heure, le galeux entre dans le bain et continue à se frictionner avec du savon noir. En sortant du bain, il se frotte avec une pommade sulfo-alcaline, qu'il garde jusqu'au lendemain. Grâce à ces différentes frictions, on guérit rapidement des milliers de galeux.

M. Fournier a pensé qu'il était bon d'agir moins brutalement sur des clients à peau délicate. On peut se servir de savon ordinaire ou même de poudre de savon, qui irrite beaucoup moins la peau que le savon noir.

La pommade d'Helmerich, dont on fait usage dans la frotte, a le même inconvénient que le savon noir sur la peau.

On se servira avec avantage de la solution suivante :

Glycérine		200 grammes.
Gomme adragante		1 —
Fleur de soufre		100 —
Sous-carbonate de potasse		35 —
Huile de lavande	ââ	1gr50
— de menthe	ââ	1gr50
— de caryophyllée	ââ	1gr50
— de cinnamome	ââ	1gr50

Il n'est pas nécessaire de laisser la pommade sur la peau du patient jusqu'au lendemain. Après la friction d'une demi-heure avec la solution précédente, il faut prescrire au malade de rentrer dans son bain. Quand il en sort, on couvre toute la peau de poudre d'amidon. Tous les vêtements, les draps, etc., seront débarrassés des acares. Le séjour des vêtements, dans une étuve à 100 degrés, suffit pour tuer les parasites.

A l'étranger, on vante la méthode lente dans le traitement de la gale. C'est un tort. Mais il faut reconnaître que la frotte est mauvaise :

1° Pour les adultes, toutes les fois qu'il y a une grande inflammation de la peau avec eczéma, lymphangites, furoncles;

2° Pour les enfants, surtout pour les enfants à la mamelle. La frotte détermine chez eux des dermites eczémateuses profuses.

Chez l'adulte qui a des éruptions très développées, il faut combattre l'inflammation de la peau, à l'aide de bains émollients, de cataplasmes de fécule, de l'enveloppement au caoutchouc, de pansements au liniment oléo-calcaire. Après quelques jours, on peut recourir à la frotte.

Pour l'enfant, on donnera d'abord des bains et l'on emploiera les mêmes moyens que ci-dessus pour combattre les phénomènes inflammatoires; puis on fera quelques frictions savonneuses, suivies de bains; enfin, après trois ou quatre jours, on fera deux onctions par jour avec la pommade suivante :

Styrax	2 parties.
Huile d'olive	1 —

D'une façon générale, il faudra soigner le galeux après la frotte. On lui donnera des bains prolongés et on lui prescrira l'usage de la poudre d'amidon. Chaque jour on fera des onctions sur tout le corps avec du glycérolé d'amidon.

Tel est le résumé d'une intéressante leçon de M. le professeur Fournier. (*Journal de médecine de Paris.*)

III

L'eucalyptus dans le traitement de la coqueluche. — Le docteur W. Hardwicke préconise, dans les cas de coqueluche, des inhalations faites avec la mixture suivante :

Essence d'eucalyptus	6 grammes.
— de térébenthine	6 —
Esprit de vin rectifié	45 —

Ce mélange a plusieurs avantages : l'essence d'eucalyptus est un antiseptique qui agit sur les micro-organismes spécifiques de la coqueluche. Mélangée à l'essence de térébenthine, l'essence d'eucalyptus a une odeur très agréable.

W. Hardwicke recommande de pratiquer les inhalations le soir avant d'aller au lit, et dans la journée, une demi-heure avant chaque repas.

L'auteur donne en même temps, à des enfants de deux à trois ans, quelques gouttes d'essence de térébenthine mélangées à 10 centigrammes de carbonate de magnésie.

Ce traitement aurait guéri des enfants atteints de coqueluche, dans l'espace de quinze jours. (*The Lancet.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mai 1890. — Présidence de M. Terrier.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'EXTIRPATION DU RECTUM

M. Reclus. Un malade, âgé de quarante-sept ans et se croyant atteint d'hémorrhoïdes, refusa l'opération de l'anus iliaque qui lui fut proposée.

M. Reclus, en examinant cet homme, constata, au-dessus de l'ampoule rectale, une petite tumeur présentant des nodosités dures, saignantes. Il était impossible d'atteindre la limite supérieure du néoplasme qui était elliptique et doué de mobilité.

Après avoir enlevé le coccyx et une petite partie du sacrum, M. Reclus pensa qu'il lui serait possible d'enlever la tumeur sans déterminer une perte de continuité du rectum. L'opération ne présenta aucune difficulté. L'hémorrhagie fut arrêtée par le tamponnement. Lorsque la résection de la partie altérée fut faite, M. Reclus constata que la perte de substance était trop considérable pour réaliser le plan opératoire qu'il avait conçu. Il ne restait du rectum qu'une lanière antérieure trop étroite. La section du sphincter fut pratiquée. On disséqua la lanière. Le bout supérieur assez mobile fut suturé au bout inférieur très court. M. Reclus fit alors une double suture et commença par adosser les deux portions de la muqueuse. On obtint une réunion par

première intention. Il faut signaler la difficulté qu'on éprouva à enlever les crins de Florence.

A l'heure actuelle, le malade possède l'intégrité de son sphincter anal.

Pour faire un choix, dans le cas de cancer rectal, entre l'anus iliaque et l'extirpation totale du rectum, il faut se baser sur certaines indications. On doit s'efforcer d'établir un diagnostic exact.

M. Reclus pense qu'en France on pratique trop facilement l'extirpation du rectum. Cet abus opératoire a été constaté autrefois en Allemagne.

Dans le plus grand nombre des cas, les désastres qui sont survenus proviennent de l'inobservance des indications opératoires.

Quand il s'agit de gros cancers adhérents, la mortalité opératoire est considérable. La fréquence des fistules stercorales est très remarquable dans ces cas. La repullulation du néoplasme est la règle. L'opéré se trouve à peu près dans la même situation qu'avant l'opération. L'état du malade n'est pas meilleur après l'extirpation, qu'il l'aurait été après la création d'un anus iliaque.

L'opération de Kraske, quand elle est faite pour remédier à de gros cancers adhérents et très élevés, donne une mortalité très élevée, puisqu'on peut évaluer celle-ci à 50 p. 100.

Si le cancer rectal est petit, mobile, peu adhérent, facilement accessible, il n'y a pas d'hésitation à avoir. Il faut pratiquer l'extirpation du rectum suivant le procédé de Kraske. Quand on doit traiter un gros cancer adhérent, il est préférable de faire l'anus iliaque.

M. BERGER a eu l'occasion de pratiquer l'extirpation du rectum chez un homme âgé de plus de quarante ans. Le cancer était situé à 3 centimètres au-dessus de l'anus. Le doigt, introduit dans le rectum, parvenait à la limite supérieure du néoplasme. Somme toute, M. Berger jugeait que le malade était atteint d'un cancer annulaire, très mobile et non accompagné d'adénopathie. L'affection semblait être de date relativement récente. Les troubles intestinaux n'avaient débuté que depuis trois ou quatre mois.

M. Berger réséqua le coccyx et une partie du sacrum. Il y eut un écoulement de sang assez considérable pendant l'opération. M. Berger constata l'envahissement des lymphatiques et des ganglions situés derrière le rectum. Les lymphatiques de la région étaient pris. On remarquait derrière le gros intestin une bande de tissu cellulaire induré. La présence de cette induration carcinomateuse créa des difficultés. On fit un tamponnement à la gaze très iodoformée. La dissection du rectum fut faite comme d'habitude. On coupa et sutura le rectum, suivant la méthode ordinaire. Le sphincter externe fut ménagé; drainage.

Quoique le pansement fût fait au salol, le malade mourut d'intoxication iodoformée. M. Berger n'avait fait qu'appliquer un tamponnement iodoformé pendant une heure et demie sur la partie postérieure du rectum. La mort est bien due, dans ce cas, à l'absorption d'une grande quantité d'iodoforme.

M. Berger insiste sur l'impossibilité de reconnaître avant l'opération l'envahissement ou l'intégrité des lymphatiques de la région. Le diagnostic du siège précis, de l'étendue de la tumeur, est difficile.

L'opération de Kraske a l'avantage de permettre de constater exactement l'étendue des lésions.

M. Berger appelle l'attention sur les dangers du tamponnement iodoformé.

Les grandes résections sacrées aggravent singulièrement les résultats opératoires. M. Berger est d'avis qu'il faut avoir recours à l'opération de Kraske quand le cancer est élevé et plus ou moins adhérent. Si le néoplasme est mobile et ne remonte pas très haut, l'opération de Kraske n'est pas indiquée, car il est possible d'enlever la tumeur en faisant des dégâts moins considérables.

M. POZZI fait remarquer que M. Berger se sert de gaze très chargée d'iodoforme. M. Pozzi, au contraire, fait disparaître par le battage une certaine quantité d'iodoforme de la gaze iodoformée que livre la Pharmacie centrale des hôpitaux.

M. Pozzi a fait l'opération de Kraske à un malade qui avait un cancer rectal, à peine accessible au doigt. Lorsque la brèche sacrée fut pratiquée, l'opérateur constata l'existence d'un cancer rectal qui avait contracté des adhérences avec une portion de l'S iliaque. Le néoplasme avait donc envahi les parois rectales et une portion de la paroi de l'S iliaque dévié et fixé au rectum. M. Pozzi fut dans l'obligation de faire une triple section sur le gros intestin et de constituer la portion inférieure de son rectum avec une partie de l'S iliaque. Le malade mourut.

M. Pozzi pense que, dans certains cas, l'opération de Kraske ne doit être tout d'abord qu'une incision exploratrice. Si on constate que le cancer est opérable, on enlève la portion envahie. Dans le cas contraire, on ferme la plaie et on pratique l'anus iliaque.

M. RICHELOT n'est pas du même avis que M. Berger qui pense que l'opération de Kraske doit être faite pour remédier aux tumeurs cancéreuses très élevées. L'opération de Kraske est une voie nouvelle permetant d'atteindre des néoplasmes très élevés. C'est une opération causant de grands délabrements. Quand le cancer siège haut, quand le cas est complexe, il est légitime de tenter l'opération de Kraske, mais il faut savoir que les échecs sont fréquents. Les cancers sont étendus et leur cure difficile, impossible même.

Le propre de l'opération de Kraske est de conserver le sphincter anal et d'éviter l'incontinence des matières fécales.

M. Richelot pense que l'indication de l'opération de Kraske se trouve réalisée, quand on est en présence d'une tumeur limitée, bien accessible et ayant respecté la région sphinctérienne.

M. TERRIER pense qu'il faut faire l'opération de Kraske quand on suppose que le cancer est annulaire, relativement limité, pas très étendu et situé au-dessus de la région sphinctérienne. Ce sont là les indications de cette opération.

Il ne faut pas bâtir des statistiques sur des faits dissemblables. Certains chirurgiens font l'opération de Kraske pour remédier aux accidents dus à un cancer de l'S iliaque; d'autres opérateurs interviennent pour enlever et le rectum et les ganglions envahis; enfin, quelques chirurgiens se contentent de trouver l'indication de cette opération dans les cas de cancer rectal très limité.

Fendre le sphincter anal, au cours d'une opération pendant laquelle on a réséqué le sacrum, ce n'est pas faire l'opération de Kraske.

Le cancer rectal est-il élevé, adhérent et étendu, on fait ce que l'on peut par la voie sacrée et ce que l'on peut ne vaut pas grand'-chose.

M. Terrier fait remarquer qu'on n'a pas assez tenu compte de la section des nerfs que l'on produit, quand on incise la paroi postérieure du rectum. Il y a, dans ces cas, incontinence de matières fécales, même quand on a respecté le sphincter. Si on est obligé d'intervenir chirurgicalement, en cas de pseudo-étranglement déterminé par un cancer rectal, il faut pratiquer l'anus iliaque. Chaque fois que la désinfection de l'intestin n'est pas possible, il est préférable de faire, tout d'abord, l'anus iliaque. Plus tard, on fera une opération de Kraske qui ne sera, dans la pensée de l'opérateur, qu'une incision exploratrice.

M. RECLUS a fait la différence des résultats opératoires, suivant que l'opération de Kraske est faite dans les cas de cancer mobile, situé bas, ou dans des cas de néoplasme très étendu, élevé, mal limité.

L'opération de Kraske s'adresse aux cancers qui sont petits et mobiles. Dans le cas contraire, il ne faut pas pratiquer cette intervention. En Allemagne, où l'on a fait beaucoup d'opérations de ce genre, et ceux qui en ont une grande expérience déclarent qu'on a abusé de l'opération de Kraske.

M. TERRIER pense que si le cancer rectal est très étendu, les risques sont plus considérables. C'est évident; il faut s'efforcer, même au prix de certains périls, de mettre l'anus là où il doit être. M. Terrier préfère exposer le malade à un certain nombre de dangers plutôt que de faire un anus iliaque.

Hystéropexie; cystopexie; colporrhaphie antérieure. — **M. TUFFIER.** Une femme avait un prolapsus utérin complet.

M. Tuffier pratiqua l'hystéropexie. Il se produisit, à la suite de cette intervention, une cystocèle qui n'existait pas auparavant et qui gênait la malade.

M. Tuffier commence par inciser la paroi abdominale au-dessus de la symphyse pubienne, comme s'il voulait faire une taille hypogastrique. La vessie découverte, il va sur ses parties latérales et la soulève en l'accrochant sur les côtés. La vessie est suturée à la paroi abdominale par des fils de catgut placés sur les parois latérales du réservoir urinaire; réunion par première intention sans drainage.

Malgré cette cystopexie, M. Tuffier remarque que la vessie fait encore saillie non loin du col. Il est obligé de pratiquer une élytrorrhaphie antérieure pour remédier à cette cystocèle.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Broca et Walther.

— Par décret, en date du 29 mai 1890, a été nommé dans la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Bassompierre, médecin-major de deuxième classe.

— Par décret, en date du 29 mai 1890, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Marquehosse et Pujol, médecins auxiliaires de deuxième classe, docteurs en médecine.

— Par décret, en date du 30 mai 1890, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Siuroles, Rouby, Rivalier, Lambert, Girod, Panel, Loisnel, Vanhoutte, Vigne, André, Pruvost, Azoulay, Teulon, Fassina et de la Brosse.

— Par décret, en date du 31 mai 1890, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. Giraud, médecin de première classe.

— Par arrêtés ministériels, en date du 31 mai 1890, sont déclarées vacantes à la Faculté de médecine de Paris : la chaire de médecine opératoire; une chaire de clinique chirurgicale.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Abd-el-Kader Ould Bouzian (Bertié) est nommé préparateur d'anatomie et d'histologie (emploi nouveau).

— M. le docteur Chaigneau (de Fontenay-le-Comte) est nommé officier d'Académie.

— Le concours Bouisson est terminé. Le premier prix (6000 francs) a été décerné à M. le docteur Bouillet (de Béziers); le deuxième prix (4000 francs) a été partagé entre MM. les docteurs Blaise et Boinnet (de Montpellier).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du quatrième trimestre de l'année scolaire 1889-1890 sera ouvert le mercredi 25 juin 1890, et clos le jeudi 17 juillet à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Les inscriptions de première année, les mercredi 25, jeudi 26, vendredi 27 et samedi 28 juin 1890. — 2° Les inscriptions de deuxième année de doctorat, les jeudi 3, vendredi 4 et samedi 5 juillet 1890. — 3° Les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 9, jeudi 10, vendredi 11, samedi 12, mardi 15, mercredi 16 et jeudi 17 juillet 1890.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté. Ils sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, et de deuxième, de troisième et de quatrième années d'officiat, soumises au stage, ne seront distribués qu'à partir du mardi 8 juillet 1890.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes ou d'externes pendant le troisième trimestre de l'année scolaire 1889-1890. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont absolument de rigueur: les inscriptions seront refusées aux élèves internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir. Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la neuvième inscription de doctorat et de la cinquième d'officiat; il se continuera sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription. Les inscriptions pour le stage sont reçues, à partir du 15 octobre, à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscription.

Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé : premier trimestre, novembre et décembre, cinquante-six jours; deuxième trimestre, janvier, février et mars, quatre-vingt-six jours; troisième trimestre, avril, mai et juin, quatre-vingt-six jours; quatrième trimestre, juillet à octobre, cinquante-six jours.

Consignations. — 1° Les élèves ajournés, à la session de novembre 1889, au premier examen de doctorat et aux premier, deuxième et troisième examens de fin d'année (officiat), devront consigner les mercredi 11 et jeudi 12 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 23 au 28 juin.

2° Les élèves de première année qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances, devront consigner les mercredi 18 et jeudi 19 juin. (Ils prendront la quatrième inscription du 25 au 28 juin inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 30 juin.) Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils consigneront en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté.

3° En cas d'ajournement au premier examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de première année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 20 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 13 ou le mardi 14 octobre 1890, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

Ostéologie. — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 20 octobre 1890. MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat ou le premier examen de fin d'année d'officiat devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2). A cet effet, le bureau sera ouvert tous les jours de midi à trois heures, pendant la période des examens : (avant les vacances, à partir du 23 juin; et à la session d'automne, du 20 au 31 octobre).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 64. — JEUDI 5 JUIN 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 5 JUIN 1890. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Grancher a fait une communication intéressante sur l'antisepsie médicale et l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses. Il a fait connaître un mode d'isolement simple et pratique qu'il emploie depuis quelque temps avec succès dans son service.

L'Académie a entendu ensuite deux communications sur le même sujet : le traitement de la tuberculose. M. Daremberg a de nouveau appelé l'attention sur les résultats vraiment remarquables obtenus par la méthode de Dettweiler, c'est-à-dire la cure à l'air et au repos des tuberculeux. (Voir *Gazette des hôpitaux* du 24 mai 1890, p. 545). M. Dujardin-Beaumetz a fait justice d'une méthode dont on s'occupe beaucoup depuis quelque temps, surtout dans la presse extra-médicale : nous voulons parler du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'air surchauffé, traitement qui, selon M. Dujardin-Beaumetz, serait non seulement inefficace, mais même dangereux.

Cette dernière communication a été suivie d'une petite discussion qui, probablement, se poursuivra dans une séance ultérieure.

Nous signalerons aussi une curieuse observation de M. Routier sur un cas d'hémiplégie d'origine traumatique guéri par la trépanation.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale : M. Cadet de Gassicourt a été nommé, au premier tour, par 63 suffrages sur 75 votants. Que notre aimable et distingué confrère reçoive ici toutes nos félicitations.

A quatre heures et demie, comité secret pour le classement des candidats à une place de membre correspondant.

Voici la liste de présentation : en première ligne, M. Lanelongue (de Bordeaux); en deuxième ligne, M. Duplouy (de Rochefort); en troisième ligne, M. Demons (de Bordeaux); en quatrième ligne, M. Queirel (de Marseille); en cinquième ligne, M. Dezanneau (d'Angers); en sixième ligne, M. Painard (d'Avignon).

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Grancher.

Essai d'antisepsie médicale.

La prophylaxie des maladies contagieuses est une des questions les plus intéressantes de la médecine contemporaine.

Pour réaliser cette prophylaxie, nous avons deux moyens : l'isolement et l'antisepsie.

En chirurgie et en obstétrique, l'antisepsie semble suffire ; le problème est, en effet, relativement simple, puisqu'il se réduit à la protection d'une plaie. En médecine, où la question est beaucoup plus complexe, l'isolement a été, jusqu'ici, l'arme préférée des médecins et des administrations.

Mais il y a isolement et isolement, et on s'est bien vite aperçu que les pavillons de diphthérie et de rougeole, dans nos hôpitaux d'enfants, ne rendaient pas les services qu'on en attendait. A l'hôpital des Enfants-Malades, par exemple, la contagion de la diphthérie et de la rougeole dans les salles communes n'a pas diminué après la création, en 1882 et en 1886, des services spéciaux de rougeole et de diphthérie. Assurément, le nombre des cas extérieurs a diminué dans nos salles, puisque la plupart des malades sont envoyés directement, par la consultation, à leur pavillon spécial. Mais les erreurs sont encore assez nombreuses pour que les germes de ces deux maladies entretiennent, dans les services communs, le même taux de morbidité et de mortalité, par le fait de la contagion.

La lutte contre les maladies contagieuses par la méthode de l'isolement, n'a donc pas encore trouvé, tant s'en faut, sa formule définitive, et, en attendant que cette formule administrative de l'hygiène et de la prophylaxie soit trouvée et appliquée, j'ai pensé que l'antisepsie médicale pourrait nous rendre des services.

L'antisepsie, selon moi, est le complément obligé, nécessaire de l'isolement. Non seulement celui-ci ne supprimera jamais toutes les contagions, mais, sans antisepsie, il deviendra une nouvelle source de dangers. Par exemple, le pavillon des suspects, où, dans des chambres à un lit, mais attenantes, attendront les échantillons les plus variés des maladies contagieuses, deviendra un foyer de contagion si les services médical et hospitalier ne sont pas antiseptiques, car il ne saurait être pratique de donner un médecin et une infirmière à chaque malade. Si déjà, dans la salle des diphthériques, on voit assez souvent un enfant, entré là par

erreur, y prendre la diphthérie qu'il n'avait pas, parce que les mesures d'antisepsie n'y sont pas rigoureuses, qu'arrivera-t-il dans ce pavillon des suspects, où la rougeole, la coqueluche, la scarlatine, la diphthérie, etc., seront soignées par les mêmes mains ?

Enfin, l'isolement, c'est-à-dire l'accumulation sur un même point de la même maladie, multipliera les infections secondaires ou complications de cette maladie. Dans nos salles de rubéoleux, la broncho-pneumonie, les otites, la diphthérie sévissent en permanence et sont les véritables dangers de la rougeole. J'ai même vu réapparaître, dans ces salles, le noma, que les étudiants d'aujourd'hui ne devraient plus connaître ! Pourquoi ? Parce que l'aménagement de ces salles est défectueux et qu'il y a encombrement ? Soit ! Mais aussi parce que rien n'est disposé ni préparé pour l'antisepsie.

Enfin, il se pourrait que les résultats donnés par l'antisepsie seule, dans les salles communes, nous apprissent quelque chose sur le mode de l'isolement qui convient le mieux à telle ou telle de nos maladies contagieuses, et que telle grosse dépense, considérée aujourd'hui comme urgente, fût désormais reconnue inutile.

Fort de ces convictions, j'écrivis, au mois de juin 1888, à M. le directeur de l'Assistance publique, une lettre-programme, où je proposais, pour mon service, un plan de réformes.

En réalité, je n'ai demandé que trois choses nouvelles et peu coûteuses : des paravents en toile métallique, des paniers en fil de laiton et une infirmière supplémentaire par salle.

Le paravent, de 1 mètre 20 de hauteur, est composé de feuilles mobiles l'une sur l'autre, comme les paravents de nos cheminées. Mis en place, il isole dans la salle commune le lit de l'enfant diphthéritique ou rubéoleux, pendant le temps de son séjour nécessaire au diagnostic. Le paravent a pour objet de supprimer tous les contacts de l'enfant suspect avec les autres enfants de la salle, et de réduire au minimum les contacts avec le personnel hospitalier ou médical. La première feuille du paravent, fixée au mur par un crochet, sert de porte d'entrée pour tous les besoins du service. Une remarque intéressante : l'enfant mis en box ou en quarantaine ne souffre pas de son isolement, car les mailles de la toile métallique sont assez larges pour ne pas gêner sa vue.

Le panier en fil de laiton a pour objet de faciliter la désinfection de tous les objets qui ont servi au repas de l'enfant. Divisé en compartiments *ad hoc*, il contient l'assiette, la timbale, le couvert et la serviette de l'enfant. Au moment du repas, l'infirmière, chargée de ce soin, étend sur le lit une toile en caoutchouc, apporte de l'office le panier tout garni, et, le repas achevé, le rapporte à l'office et le plonge, avec tout son contenu et la toile en caoutchouc, dans une chaudière d'eau bouillante.

L'infirmière supplémentaire a la charge de tous les box. Elle seule doit aborder les enfants mis en quarantaine et leur donner ses soins. Elle doit, après chaque contact avec un enfant suspect, se laver les mains au sublimé et changer de tablier. Elle doit surtout ne toucher à aucun autre enfant.

Voici maintenant, pour la rougeole et la diphthérie, les résultats que nous avons obtenus du 1er janvier au 31 décembre 1889.

En 1885, nous avons eu dans mon service 37 cas de contagion ou cas intérieurs. En 1886, 39 cas; en 1887, 34 cas. En 1889, nous avons eu 25 cas. C'est encore beaucoup trop et l'écart des chiffres précédents est trop faible pour que nous puissions en tenir compte. J'aime mieux dire que nous avons échoué, d'autant que le nombre des cas intérieurs de rougeole, pour tout l'hôpital, a été de 176 ainsi répartis par services : 25 (c'est mon service), 38, 33, 19, 20, 41. Il y a donc des services où, sans mesures spéciales d'antisepsie, le nombre des cas de contagion de rougeole a été plus faible que dans le mien.

Cet échec, en ce qui concerne la rougeole, tient surtout à ce fait presque constant, que la contagion de cette maladie se fait avant qu'elle soit reconnue ou même soupçonnée. De sorte que les mesures de défense : isolement dans les box et désinfection, arrivent trop tard. Déjà deux ou trois enfants sont contaminés, et ceux-ci sèmeront à leur tour la contagion. En outre, quelques fautes ont été commises, que nous avons relevées par une étude attentive des circonstances et des voies de la contagion.

Il résulte de cette étude que la rougeole ne frappe pas, tant s'en faut, dans une salle d'hôpital, tous les enfants susceptibles de la prendre. Au contraire, le plus grand nombre des enfants qui ne sont pas contagionnés.

La raison de ce fait nous échappe si on accepte que l'atmosphère a servi de véhicule aux germes rubéoleux, car le chemin suivi par ces germes est des plus capricieux, des plus incohérents. Quelquefois, il est vrai, le lit le plus voisin du malade est frappé, mais beaucoup plus souvent il est indemne, et ce sont les lits placés à l'autre extrémité de la salle ou sur un point quelconque de la même rangée ou de la rangée opposée, à 10, 15, 20 mètres même du foyer de la contagion, qui sont atteints. De plus, de deux lits voisins adossés à une demi-cloison, un seul est touché et c'est le plus éloigné du rubéoleux.

Le hasard semble donc présider à cette distribution des germes de la rougeole, à moins qu'on accepte l'idée d'un transport matériel par les mains ou les objets. Mais, le plus souvent, notre enquête sur les contacts directs ou indirects, subis par les enfants contagionnés, a été stérile. Deux fois seulement nous avons relevé les causes immédiates de la contagion et ce qui semble en résulter, c'est que la rougeole, comme la diphthérie et tant d'autres maladies, se transmet sûrement par les mains ou les vêtements contaminés d'une tierce personne, et que, si l'atmosphère contient exceptionnellement les germes rubéoleux, ceux-ci ne forment pas autour du malade une atmosphère ambiante dangereuse.

Pour la diphthérie, nous avons été beaucoup plus heureux, sans doute parce que la fausse membrane, seul agent de contagion, est visible de bonne heure, et que la prophylaxie peut intervenir en temps opportun.

D'après la statistique officielle, le nombre des cas intérieurs de diphthérie, j'entends des cas survenus dans les salles communes ou au pavillon des rougeoles, par le fait de la contagion, s'élève, pour tout l'hôpital et pour l'année 1889, à 153; 53 sont venus de la rougeole et les 100 autres des six services de médecine et de chirurgie. Ils sont ainsi répartis par service : 20, 26, 11, 15, 27 et 1. Ce cas unique est le seul qui soit imputable à mon service, et j'ose dire que ce cas est douteux, car, outre qu'à l'époque nous n'avions aucune diphthérie dans la salle, il s'agissait d'une fillette atteinte d'angine scarlatineuse précoce, simulant la diphthérie. Or, nous savons aujourd'hui, beaucoup mieux qu'en 1889, par la certitude de l'examen et de la culture

des germes spécifiques, que ces angines précoces de la scarlatine ne contiennent pas le bacile de Lœffler. Quoi qu'il en soit, cette enfant fut envoyée au pavillon de la diphthérie, dans une petite salle à un lit, et a parfaitement guéri.

De sorte que, si, dans mon service, nous avons eu un cas de contagion, ce que je ne crois pas, nous n'avons pas de mort par le fait de la diphthérie, alors que la mortalité, pour l'ensemble des autres services, est de 116 enfants sur 153 cas de contagion.

Il va de soi qu'avant 1889, mon service partageait le sort commun, puisque, dans les six premiers mois de 1888, j'avais 19 contagions de diphthérie dans mes deux salles, et que, en 1885, 86 et 87, je perdais de 10 à 15 enfants par année. D'autre part, en 1889, mon service a été traité comme ceux de mes collègues et a reçu, à son tour et au hasard, les diphthéries méconnues envoyées dans les salles communes. Ainsi, deux enfants sont entrés salle Bouchut et quatre salle Parrot, avec la diphthérie, et ils ont séjourné dans nos salles de quatre heures à six jours. La graine de diphthérie ne nous a donc pas manqué, mais nous avons empêché son développement par nos mesures de défense.

J'ai déjà insisté sur la simplicité de l'antisepsie médicale, qui se résume, en somme, en cette double formule : 1° réduire au minimum les contacts suspects ; 2° désinfecter tout objet souillé, après le contact.

Pour diminuer les contacts, j'ai employé le paravent métallique et, pour la désinfection, je me suis servi, selon l'objet à désinfecter, de l'étuve à vapeur sous pression, de l'eau bouillante ou de la liqueur de van Swieten acidulée.

Pratiquement, toutes ces mesures de propreté sont faciles et le service hospitalier s'y habitue bien vite, pour peu qu'on y tienne la main. J'ajoute que ni l'enseignement des élèves, ni les malades n'ont à en souffrir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juin 1890. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Plusieurs lettres de demande pour l'exploitation de sources d'eaux minérales ;

2° Une lettre de remerciements de M. Lacassagne, membre correspondant ;

3° Deux mémoires de M. Carlier : le premier sur la protection des enfants du premier âge ; le deuxième sur les secours temporaires et leurs heureux effets ;

4° Une lettre de M. Testut (de Lyon) se portant comme candidat au titre de membre correspondant.

LECTURES

Antisepsie médicale. — M. GRANCHER fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 585.)

Fracture du crâne ; compression par hémorrhagie de la méningée ; trépanation ; aphasie transitoire. Guérison. — M. ROUTIER relate l'observation d'un homme de trente-six ans, qui est tombé dans un cave de la hauteur d'un étage. Un peu étourdi par sa chute, il a cependant pu se relever, remonter l'escalier, et traverser la rue pour rentrer chez lui. Là, il a eu une faiblesse, et est tombé sur son lit. M. le docteur Alibert, appelé de suite, a constaté la perte de connaissance absolue et l'hémiplégie à droite, et a fait appliquer cinq sangsues à la région mastoïdienne gauche.

Le lendemain, le coma était toujours complet, la sensibilité, obtuse sur tout le corps, était très retardée à droite ; du côté gauche seulement, on provoquait des mouvements réflexes.

Le membre inférieur droit était inerte et flasque, le membre supérieur droit contracturé et fléchi dans toutes ses articulations ; selle et mictions involontaires ; peau couverte de sueur. La respiration est calme, non bruyante ; quelques mâchonnements et quelques tremblements du membre supérieur droit.

Il existe une petite plaie au niveau du sourcil droit.

La région fronto-pariétale gauche est le siège d'un gonflement dû, sans doute, à un épanchement sanguin ; il n'y a pas de plaie.

En raison du traumatisme et des accidents qui ne se sont montrés qu'un laps de temps notable après la chute, M. Routier pense qu'il s'agit là d'une compression du cerveau par le fait d'un épanchement de sang, dû à la déchirure de l'artère méningée moyenne, déchirure causée sans doute par une fracture.

Il procède de suite à la trépanation, qu'il fait porter sur la région rolandique gauche.

A peine les parties molles sectionnées et écartées, il voit plusieurs traits de fracture sur le pariétal et le frontal ; un fragment du crâne triangulaire, complètement détaché, est enlevé avec une pince, puis, quatre couronnes de trépan, donnent un large accès sur un gros caillot noirâtre, qui a repoussé et décollé la dure-mère dans toute sa zone décollable. Ce caillot recueilli pesait 75 grammes. Un fragment du crâne de forme quadrangulaire, compris entre les traits de fracture, est encore soulevé à la pince, il porte sur son milieu le sillon de la méningée, et tout le long de ce sillon passe un trait de fracture.

L'artère méningée donne un jet très fort.

Il est impossible de la prendre avec des pinces ; M. Routier n'ose se servir du ténaculum de crainte de perforer la dure-mère, ce qui exposerait à une hémorrhagie intra-duremérienne ; il préfère assurer l'hémostase par le tamponnement à la gaze iodoformée, fait dans l'angle dièdre formé par la dure-mère et le crâne, puis il suture la peau.

Cinq heures après l'intervention, le malade avait recouvré sa connaissance et l'usage de ses membres.

Le lendemain matin, 14 heures après l'opération, l'intelligence était parfaite, mais le malade était très nettement aphasique.

Le surlendemain, M. Routier enlevait le tamponnement ; deux heures après, l'aphasie avait disparu. Il a pu constater qu'une épingle, passant dans le sillon de la méningée, pénètre juste sur le coude de la circonvolution de Broca.

Neuf jours après, le malade se levait et se promenait dans la salle.

Cette observation présente plusieurs points dignes d'être remarqués :

1° La possibilité d'affirmer la compression cérébrale par un épanchement de sang, à cause du temps écoulé entre le moment de l'accident et l'apparition des symptômes de compression.

2° La difficulté de lier la méningée moyenne et la possibilité d'éviter les hémorrhagies par le tamponnement.

3° L'aphasie provoquée par ce tamponnement, qui portait juste au niveau de la circonvolution de Broca.

COMMUNICATIONS

Traitement de la tuberculose par l'air et le repos. — M. DAREMBERG fait observer que depuis très longtemps on a recommandé l'air dans le traitement de la phthisie. Certains ont vanté l'air des pays chauds, d'autres celui des montagnes, d'autres encore celui de la mer. Il croit qu'on peut affirmer que tous les climats de campagne sont bons quand on sait s'en servir, qu'il ne faut pas chercher un air spécifique du tubercule ; que l'air ne doit avoir qu'une qualité : la pureté.

Les règles qui doivent guider l'usage thérapeutique de l'air à la campagne, ont été bien formulées par Dettweiler, au Congrès de Wiesbaden en 1867. La plus importante est celle-ci : « Le meilleur moyen d'habituer le malade à l'air est de l'y exposer étant couché. » Pendant la nuit, il faut que le malade respire un

air pur qui entre par la fenêtre entr'ouverte ou un vasistas, et ressort par la cheminée.

Quand les malades ont été progressivement habitués à ce genre d'existence, ils n'ont aucune envie de rentrer dans leurs appartements. Grâce à cette cure, ils reprennent bientôt assez de force pour entrer en convalescence. On leur permettra alors, dès que leur température ne dépassera plus 38 degrés le soir, de petites promenades d'un quart d'heure, trois ou quatre fois par jour, puis d'une demi-heure. Il faut proscrire les grandes excursions, car elles sont souvent suivies de rechutes.

Pour éviter ces rechutes, il convient d'endurcir le malade convalescent. La cure d'endurcissement s'effectue à l'aide de la gymnastique respiratoire et des soins de la peau. La gymnastique respiratoire doit être faite par des mouvements rythmiques des membres supérieurs, avec ou sans haltères, et ne jamais nécessiter un grand déploiement de force. Son effet est excellent, parce qu'elle fortifie les muscles respiratoires si fréquemment atrophiés chez le phthisique, et parce qu'elle fait pénétrer dans le fond des alvéoles pulmonaires un air pur qui balaye l'acide carbonique et les produits infectieux qui s'y accumulent. Or, il est absolument nécessaire que le phthisique soit débarrassé des produits infectieux, sécrétés ou excrétés par ses bronches et ses alvéoles malades.

Grâce à cette gymnastique respiratoire, le phthisique s'habituera à aérer largement sa poitrine et il évitera ainsi les infections secondaires dues à la stagnation de l'air dans les poumons.

On voit donc qu'il ne suffit pas de mettre le phthisique à l'air, il faut lui apprendre à respirer cet air, à s'en servir à fortes doses. L'air pur est un vrai médicament, mais, comme tous les médicaments, il doit être manié avec prudence. Le malade qui vient de quitter sa chambre doit rester étendu à l'air une heure ou deux, puis il augmentera progressivement la durée de son séjour à l'air. En tout cas, il restera toujours étendu sur une chaise longue, dans un hamac ou sur un sol sec. Jamais il ne restera assis; c'est dans la position assise que la circulation est la plus gênée et que les refroidissements sont les plus fréquents.

L'endurcissement de la peau du corps sera obtenue par les frictions sèches, alcooliques, térébenthinées ou huileuses qui suppriment la tendance aux transpirations et aux congestions. Les lotions fraîches avec une grosse éponge ou un seau d'eau, commencées à 20 degrés et descendues progressivement à 12 degrés, rendent l'organisme inaccessible aux changements de température.

Le travail cérébral doit être évité comme la fatigue physique, car, ainsi que l'a démontré Mosso (de Turin), le travail cérébral prolongé enlève de la force aux muscles.

Relativement à l'alimentation, le phthisique doit manger de la viande avant toutes choses. Le lait est très utile, il doit être associé à l'alcool qui est admirablement supporté par les malades qui vivent à l'air. On trouvera une ressource alimentaire importante dans les gelées animales et végétales. Le vin est mal supporté, en général, et n'est utile qu'à la fin des repas sous forme de porto, de malaga ou de champagne.

Comme médicaments, M. Daremberg ne parle ni de l'huile de foie de morue, ni de l'arsenic, ni de la créosote, il défend seulement les vésicatoires qui sont très utiles contre les poussées congestives. Les antipyrétiques nouveaux (antipyrine, phénacétine, etc.) rendent des services. Mais il ne faut pas oublier que c'est le traitement hygiénique qui est le plus utile.

L'Assistance publique devrait créer des sanatoria pour le traitement des phthisiques. Quelle contrée devrait-elle choisir? Je n'hésite pas à répondre : il n'existe pas de contrées spécialement indiquées pour cette installation; on pourra en établir partout où il y aura un coteau élevé au-dessus des brouillards, près d'un bois pour se garantir du soleil trop ardent, où l'on puisse recevoir une eau pure et abondante, où les vents ne sont pas trop violents.

Voici comment vivent les tuberculeux dans les stations méditerranéennes. Sur les plages il faut éviter le vent, le soleil et le changement brusque de température au moment du coucher du soleil.

M. Daremberg place ses tuberculeux dans des kiosques ou dans des tentes. Au début, il fait rentrer ses malades au moment du coucher du soleil, mais après une ou deux semaines de séjour à l'air, les tuberculeux peuvent rester étendus dehors jusqu'au moment de leur dîner, même en plein hiver. Il faut qu'ils soient aussi couchés que possible; c'est dans cette position qu'il supportent le mieux les températures basses et qu'ils sont le moins sujets aux petites poussées fébriles. Il faut habituer le malade à respirer l'air pur du matin et à ouvrir largement la fenêtre quand ils sont dans leur lit, dès que la température extérieure atteint 8 degrés. Puis on les habitue, petit à petit, à dormir avec la fenêtre ouverte.

Quand les malades sont habitués à cette vie constante du grand air, ils supportent parfaitement les perturbations atmosphériques qui éprouvent si cruellement les tuberculeux vivant à l'abri de l'air.

Le séjour à l'air et au repos est la méthode la plus rationnelle, la plus efficace pour remonter les tuberculeux; elle donne des résultats remarquables chez les phtisiques pris au début.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ regrette que M. Daremberg n'ait pas dit quelques mots du traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'air surchauffé. Weigert avait déclaré avoir obtenu de bons résultats du mode de traitement qu'il a préconisé sous ce nom; mais les expériences faites par d'autres auteurs ont démontré que cette méthode présentait plus d'inconvénients que d'avantages. Mosso et Rondelli ont prouvé tout d'abord que, malgré la température élevée de l'air au moment de l'inspiration, cet air perdait cette surélévation de la température au moment où il pénétrait dans le poumon. Au point de vue clinique, ces mêmes auteurs sont arrivés à la conclusion que la méthode de Weigert était sans avantages. C'est aussi l'opinion de Kokownoff, qui soutient que non seulement la méthode n'a aucune influence antibacillaire, mais qu'elle imprime, au contraire, une marche rapide à la maladie. De son côté, M. le docteur Trudeau n'est pas moins affirmatif, et les expériences que M. Dujardin-Beaumetz a faites dans son service, lui permettent aussi d'arriver à la même conclusion que tous ces auteurs. Il estime donc qu'il faut mettre de côté et repousser de la thérapeutique le traitement, prétendu curatif, de la tuberculose, par les inhalations d'air surchauffé.

M. CONSTANTIN PAUL dit que, dans les stations d'eaux thermales, on a remarqué, depuis longtemps, que toutes les fois que la température des salles réservées aux phthisiques dépassait un certain nombre de degrés, ceux-ci éprouvaient des quintes de toux et des accès de suffocation qui les obligeaient à sortir. Il croit donc, avec M. Dujardin-Beaumetz, que le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'air surchauffé est plus nuisible qu'utile.

M. VERNEUIL trouve que la condamnation prononcée par M. Dujardin-Beaumetz, à l'égard de l'air surchauffé, est peut-être un peu prématurée. Il a traité, en effet, par cette méthode, plusieurs malades qui étaient atteints de lésions tuberculeuses des membres, particulièrement des extrémités, et les résultats qu'il a obtenus jusqu'ici ont été assez satisfaisants. D'autre part, M. Clado a soumis au même mode de traitement des malades atteints de phthisie laryngée, et, dans plusieurs cas, il a constaté la disparition des bacilles dans les crachats. M. Verneuil sait bien qu'entre la tubercolose pulmonaire d'une part, la tuberculose du larynx, des articulations et des membres d'autre part, il y a une grande différence et que les méthodes curatives, qui réussissent dans ce second cas, peuvent échouer dans le premier; néanmoins, les faits qu'il vient de signaler semblent prouver que la condamnation de M. Dujardin-Beaumetz ne doit pas s'étendre à la cure de toutes les tuberculoses.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ ne conteste pas les bons résultats obtenus par M. Verneuil dans le traitement de certaines tuberculoses locales : il y a longtemps que, dans ce cas spécial, l'air chaud avait été préconisé; il suffira de rappeler les travaux de Guyot sur le traitement des plaies et des moignons par l'incuba-

tion. On comprend très bien que la chaleur puisse réussir, quand elle agit directement sur des microbes facilement accessibles, tels que ceux des plaies ou même, à la rigueur, du larynx, mais on ne saurait en conclure qu'il doit en être de même pour ceux du poumon. Il maintient donc qu'en ce qui concerne les tuberculoses de ce dernier organe, la méthode de Weigert doit être absolument abandonnée.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

M. Cadet de Gassicourt est élu par 63 voix sur 75 votants.

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Polaillon sur les candidats au titre de membre correspondant national.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les déshérités (1).

Par M. le docteur Badour, médecin principal de première classe.

V

Avant la disparition du mur d'octroi, ce vilain mur qui, à trente ans en arrière, coupait encore en deux les boulevards extérieurs de Paris, certaines banlieues ne comprenaient absolument, en fait d'habitations, que celles qui s'effilaient le long de la grand'-route. Et dans les intervalles c'étaient des jardins de maraichers, des chantiers divers, de grands espaces vides et même des guinguettes dont les palissades à claire-voie permettaient d'entrevoir les tonnelles rustiques et l'enclos où, pour tuer le temps, venaient jouer aux boules quelques vieux désœuvrés.

Cette disposition, surtout remarquable au Sud, était également mise à profit par ce monde à part qui, du bateleur, s'étend au chiffonnier. C'était la remise des maisons ambulantes aux mauvais jours d'hiver, et c'était là, dans des réduits faits de débris informes, que la hotte venait chaque matin entasser les produits de son travail nocturne.

Mes contemporains n'ont qu'à faire appel à leurs souvenirs pour remettre la Californie et la Petite Pologne, ces grouillants amas de petits besogneux, à la place des larges rues de la Chaussée du Maine et des somptuosités du quartier Malesherbes.

Aujourd'hui, ce peuple a disparu, chassé par l'envahissement du trop-plein de la ville immense qui, de plus en plus, s'élargit et s'éclaire. Des quartiers entiers joignent les unes aux autres les longues voies autrefois isolées. Tout se tient, tout se touche et c'est à peine si l'on voit encore aux endroits difficiles quelque place déserte.

L'artisan, le modeste employé, forcés de se soustraire à la cherté du centre, y trouvent un logis au prix de courses folles. Heureux ceux que l'heure matinale ne presse point tant qu'ils ne puissent user des ressources suburbaines, loin de la buée parisienne, de cette buée faite de tant de cuisines (vous m'entendez, j'espère) que, par le calme de l'air, elle est du haut des buttes impénétrable aux yeux!

Donc près des remparts, cette édition dernière du mur murant Paris, quelques recoins subsistent où l'hygiène la plus élémentaire n'a pas le moindre accès. Ces angles ignorés sont au fond d'une cour entre murs mitoyens, où l'on ne peut entrer que par des portes borgnes. Et, pour fermer la parenthèse, ils sont occupés par des gens qui vivent, qui travaillent, qui sentent et qui pensent.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 553.

VI

Par un jour d'été et de forte chaleur, j'allai voir un conscrit dans un de ces recoins. C'était rue Jeanne, à Plaisance, pour ne le point celer. Une porte basse, un corridor étroit au sol inégal et sale, et l'on était devant une cabane en carreaux de plâtre noircis par le temps et l'usage.

Nous ne sommes pas dégoûtés, nous, les médecins à qui les macérations d'amphithéâtre ont de bonne heure fait des habitudes spéciales et dont, par grâce d'état, les sens sont prêts à tout.

Eh bien! je reculai suffoqué par l'odeur qui s'exhalait d'une première pièce, où était accumulé tout ce que le chiffonnier dispute à l'égout et aux boueux.

Une espèce de lit de camp, un grabat avachi, en était le seul meuble. D'un côté étaient les débris de tissus plus ou moins maculés, de l'autre des papiers de toutes provenances; et puis, épars çà et là, des cônes d'os et de morceaux de pain. Il y avait aussi des bouchons et du verre cassé; et dans l'air, je le répète, une odeur suffocante qui, tout d'abord, m'avait cloué au seuil.

Et j'entrai, y étant, du reste, invité par une femme vieillie qui accourut à mon appel et m'introduisit dans la seconde pièce, séparée de la première par une cloison de planches. Du mobilier ruiné, un fouillis de chaussures éculées et moisies, de vases ébréchés, de vêtements usés, un grand lit remplissant la principale encoignure et devant ce lit l'homme que je cherchais, tel était le complément de ce bouge au plafond enfumé et aux murs encrassés, où je ne suis pas certain de n'avoir pas contracté le germe d'un furoncle anthracoïde qui, à quelques jours de là, me mit à la torture.

Les préliminaires observés, j'empoignai mon sujet.

VII

Il était idiot avec un crâne en pointe et une voûte palatine en ogive étroite et profonde. Il était aveugle et ses yeux rouges suintaient. Son nez était fluent et l'eczéma cerclait ses lèvres épaissies. Des croûtes fissurées recouvraient en partie ses joues et son menton. Sous la mâchoire et le long du cou s'égrenaient des glandes tuméfiées.

En résumé, c'était dans cette tête un hideux assemblage de tout ce que la scrofule et l'idiotie peuvent créer d'invraisemblable. La nature y avait mis toutes ses défaveurs.

Dans une chaise à bras cet être était placé et dans ses mains sans cesse il roulait des bobines en balançant son torse et marmottant des sons inarticulés. Il ne faisait rien autre du matin jusqu'au soir, quand il ne dormait pas et quand ses appétits étaient tous satisfaits. Il faut dire que, sur ce point, la bête avait quelques lueurs et se faisait comprendre par des gestes et des appels que l'amour maternel lui avait à la longue inculqués.

Et c'était relativement propre.

Je m'étais assis sur un escabeau que j'avais préalablement couvert de mon mouchoir et je tenais mon chapeau à la main, ne sachant où le mettre. Car je restais pour voir.

La mère me conta qu'avec son grand fils, l'aîné qui travaillait sérieusement, on gagnait 2 francs par jour au bas mot, souvent 3 francs et quelquefois 5 francs. C'était lui qui chiffonnait, c'était elle qui triait et, quand les tas encombraient, on les portait à d'autres qui opéraient en gros.

Et, de ce trafic, on vivait et l'on était heureux, même avec le petit, que dis-je? et surtout avec lui, objet d'un véritable culte.

Toutefois, je me permis de lui faire observer que le bien-être était loin d'être complet chez elle, et j'insinuai qu'il suffirait d'aviser l'autorité pour que son malheureux enfant fût admis dans un asile et peut-être mieux soigné.

« Jamais, me répondit-elle, en me montrant le lit et embrassant son fils, jamais et nulle part il ne sera mieux soigné qu'ici et par sa mère. »

Je lui serrai la main dans un élan de respectueuse admiration, et je partis rêveur.

Vous avez remarqué, dans les collections minéralogiques, des pierres brutes qui, cassées, présentent dans leur centre de superbes cristaux. Cette image me vint et me fit oublier les impressions pénibles.

VIII

Sur les hauteurs de Belleville, dans un de ces logements d'ouvriers où le monde est si nombreux et la place si étroite, vivait, il n'y a pas longtemps encore, parmi d'autres enfants bien venus, un petit être dont les premiers mois avaient été traversés par le siège.

A cette époque lugubre les enfants en bas âge succombèrent par centaines. Il résista, lui; mais à quel prix!

Un mal de langueur arrêta net son développement et, le conduisant peu à peu à la tuberculose vertébrale, mit vingt ans — quelle détresse! — à parfaire son œuvre.

Le rachis s'allongea néanmoins, mais en se tordant et se brisant, et il en résulta une bosse vulgaire qui s'accentua d'autant plus que tout le reste s'immobilisa.

Un corps minuscule qui ne tenait qu'à un fil, des bras et des jambes grêles, une taille de 1 mètre, 20 kilos de poids constituaient cette frêle créature, dont le crâne était relativement grand et bien conformé et dont le facies était expressif et fûté.

Je vois encore son beau front, ses yeux d'un bleu-clair pétillant, sa bouche pincée et son air intelligent et fin, quand il n'était pas chagrin ou renfrogné.

Un abcès inguinal dont l'irrémédiable affection s'était compliquée de bonne heure, s'était ouvert spontanément et, comme un cautère bienfaisant, ne contribuait pas peu à prolonger cette navrante situation.

Par bonheur une saine philosophie, quand la souffrance était supportable, hantait sa cervelle et il n'était pas rare qu'il s'épanouit à la trouvaille de quelque saillie. Il avait alors du vent dans les voiles et l'esquif allait bon train.

« On m'appelle bombé, me disait-il un jour; mais cela m'est égal, si je me porte bien. » Douce illusion qui soulageait sa disgrâce!

La maisonnée lui avait fait le cœur tendre, étant tout entière à son service, père, mère, frères et sœurs. C'était plaisir de voir exécuter ses ordres. Une grande sœur surtout lui était particulièrement dévouée, et le prénom de Jeanne en effleurant ses lèvres était harmonieux.

Bref, cet enfant qui était devenu un homme emplissait le logis de sa chétive personne. Et ce n'était pas de la pitié qu'il inspirait à autrui, c'était de la sympathie ou mieux un amical intérêt.

D'une énergie sans pareille, il luttait des mois entiers contre le mal physique, littéralement recroquevillé sur lui-même; et il attendait un répit qui lui permît d'aller et de venir, comme vont et viennent ces pauvres malheureux. Alors il soignait des oiseaux, il cultivait des fleurs, il avait même appris quelque peu de musique. Et, resté seul au logis pendant les heures de travail ou d'école, il veillait aussi aux soins faciles du ménage.

En dernier lieu des projets d'avenir, que chacun caressait, lui trottaient par la tête. Le tirage au sort lui apparaissait comme une occasion de grande joie prochaine. Et puis, quoiqu'il eût conscience de son piteux état, il se donnait bravement dix ans à vivre, avec l'évidente arrière-pensée d'être au-dessous de la vérité.

Hélas! les poumons s'étaient pris, de multiples râles les obstruaient, le sang circulait mal, les ongles étaient livides.

Un soir, deux jours avant la fin, j'étais auprès de lui qui restait debout, sa seule manière de respirer encore, et je m'employais à calmer ses angoisses par des paroles encourageantes.

« Ça ne va plus, disait-il; j'étouffe, je suffoque. Qu'ai-je donc fait pour souffrir de la sorte? » Puis, s'irritant d'être né dans un mauvais moment et philosophant quand même : « Ils sont vraiment bons, ceux qui se suicident parce qu'ils sont malheureux. Je les plains, s'ils croient en un monde meilleur où ils n'emporteront ni misère, ni bosse. » Et d'un air narquois il ajoutait : « Allons donc, je suis sûr d'une chose, moi; c'est que la mort, c'est l'éternel repos. J'ai le temps d'en jouir. »

IX

Et, en effet, si misérables qu'ils soient, les deshérités ont le temps de mourir.

Ceux qui n'ont de l'être que la bestialité, nous les rivons nous-mêmes à leur vie inconsciente; et ce ne sont pas les moins pauvres qui sont les mieux tenus, au point de vue cordial. L'argent crée les maisons des enfants arriérés.

Les autres, à qui le sort laissa le sens moral, quel indéniable droit n'ont-ils pas aux sympathies profondes et durables? N'ont-ils pas, comme nous, plus que nous, une vision nette de l'existence avec ses étapes heureuses? Et si, comme il arrive, leur esprit est sollicité par les belles pensées, si leur cœur est ouvert aux sensations exquises, jugez de leur malheur. Où sont jamais pour eux les éclatantes joies et les folles caresses?

Et dire qu'ils espèrent!

Ah! que nous sommes humains en étant leurs esclaves, et quel moyen plus vrai de soutenir leur foi (*spem pertenuem!*) en quelque heureux destin!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 mai 1890, M. Castan, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 2 juin 1890, M. le docteur Boussot (de Cavaillon) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 2 juin 1890, M. le docteur Bouysson, aide-médecin, est nommé médecin de deuxième classe de la marine.

— MM. les docteurs Carle (de Montélimar), Cavaillon (de Carpentras), Chalot (de Montpellier), Gros (d'Apt), Petit (de Longeau), Pezet et Vigouroux (de Montpellier), sont nommés officiers d'Académie.

— Aujourd'hui mercredi, à trois heures, a eu lieu la première séance de lecture de la composition écrite du concours du prosectorat.

Les candidats avaient à traiter : « Pancréas, anatomie et physiologie; — Traitement des kystes hydatiques du foie. »

— Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de MM. Jacob, Guillemain, Aron, Blaise et Lafourcade.

— Une médaille d'argent de première classe a été décernée à M. le docteur Couturier (de Saint-Étienne), et une médaille d'argent de deuxième classe à M. le docteur Montagnon pour leur dévouement lors du coup de grisou du 3 juillet 1889, aux puits Verpilleux et Saint-Louis (Loire).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alba (d'Attignéville); Almaric (de Saint-Amans-Soult); Lantier (de Paris); Laurent (de Vincennes); Lebon (de Romillé); Lebouvier (de Saint-Laurent-des-Autels); Noulet (de Toulouse); Peyreigne (de Toulouse).

— M. Stanislas Meunier, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum, fera une excursion géologique publique, le dimanche 8 juin 1890, à Écouen, Ezanville, Domont et Montmorency.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Un nouveau mode d'anesthésie : De la chloroformisation à doses faibles et continues, par Marcel BAUDOUIN, ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris. — Nouvelles.

REVUE GÉNÉRALE

Un nouveau mode d'anesthésie : De la chloroformisation à doses faibles et continues.

Par Marcel BAUDOUIN, ancien interne en chirurgie des hôpitaux.

Est-il permis de parler encore de l'administration du chloroforme chez l'homme ? Notre seule excuse sera le but de cet article : Vulgariser parmi les jeunes médecins et chirurgiens, aussi bien que parmi les élèves des hôpitaux, un mode d'anesthésie chloroformique, récemment introduit dans la pratique courante à Paris, déjà décrit, mais mal connu, surtout en ce qui concerne les avantages incontestables qu'il présente sur les anciens procédés de chloroformisation.

Nous ne répéterons point ici, comme préambule, qu'il est extrêmement utile de faire connaître à tous ce qui paraît être la meilleure manière d'employer le merveilleux anesthésique qui, donné comme il faut, rend tant de services à la chirurgie ; d'administrer l'agent, sans lequel serait impossible, jusqu'à aujourd'hui du moins, l'exécution des grandes conquêtes chirurgicales modernes ! Quand on aborde pareil sujet, il suffit de rappeler les deux propositions d'un des plus grands chirurgiens français de ce siècle, Sédillot (de Strasbourg) :

« 1° Toutes les fois qu'on a recours au chloroforme, la question de vie ou de mort se trouve posée;

2° Chloroformiser est un art qui exige une attention de tous les instants, beaucoup d'habitude et d'expérience. »

Nous n'ajouterons donc pas qu'il serait certainement préférable de voir, comme à l'étranger, certains de nos confrères se spécialiser comme chloroformiseurs, puisqu'en pareille matière, on ne saurait trop prendre de précautions ! Tout cela a été dit et redit bien des fois, depuis Sédillot, qui a si bien étudié la chloroformisation de 1847 à 1860 ; tout cela est écrit partout. Nous irons droit au fait, quitte à prouver, chemin faisant, que nous avions des raisons valables pour revenir de nouveau sur cette question et prôner le mode d'anesthésie que nous allons décrire.

I

HISTORIQUE

Le nouveau procédé dont il s'agit a été imaginé, dans ses grandes lignes, en 1881, par M. le docteur Léon Labbé, qui le signala pour la première fois à l'Académie de médecine, en 1882, lors de la fameuse discussion soulevée par Gosselin sur la chloroformisation (1). Il l'employait depuis quelques mois déjà et s'en trouvait fort bien. Sa description, un peu trop écourtée, ne frappa personne. On continua, à Paris, à donner le chloroforme d'après les anciennes méthodes, sans se préoccuper davantage de la manière de faire du chirurgien de Beaujon et sans y prêter la moindre attention.

L'année suivante, ou, d'une façon plus précise, à la fin de 1883, M. le docteur Peyraud (de Libourne) faisait communiquer par Paul Bert à la Société de biologie, dans la séance du 1er décembre 1883 (2), une note assez détaillée, où il relatait quelques faits cliniques se rapportant à un mode de chloroformisation qui se rapprochait beaucoup de celui signalé par M. Labbé à l'Académie de médecine.

Quoique ces faits fussent des plus typiques, bien observés et relatés avec détails ; quoique l'auteur eût signalé, dès le début de 1883, dans plusieurs communications à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, reproduites dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (3), les principales particularités de ce nouveau procédé d'anesthésie, les chirurgiens n'ajoutèrent pas le moindre crédit à cette intéressante série de chloroformisations économiques, faciles et sûres. Ils laissèrent encore, sous le boisseau, la lumière venue cette fois de province, de même qu'ils avaient négligé d'expérimenter la manière de faire de M. Labbé et de ses élèves.

Nos maîtres avaient-ils, d'ailleurs, le loisir de s'occuper de tous les procédés d'anesthésie qu'on vantait ? C'était bien plutôt affaire aux internes des hôpitaux, constamment chargés de chloroformiser les malades, sans avoir le titre de docteur ! Et, de fait, ce furent des internes des hôpitaux, assistant d'ordinaire M. Labbé, qui découvrirent à nouveau le procédé, ou plutôt, pour être plus exact, qui s'en occupèrent spécialement et se chargèrent bientôt d'en démontrer cliniquement, à Paris, la réelle supériorité.

Paul Bert avait eu beau faire remarquer, lors de la communication de M. Peyraud à la Société de biologie, que ce procédé lui paraissait être une excellente réalisation pratique des considérations théoriques émises par lui sur l'anesthésie humaine, à la suite de ses nombreux essais sur la chloroformisation des chiens, et la confirmation, aussi exacte que l'exercice quotidien de la chirurgie pouvait le

(1) LABBÉ. Discussion sur la chloroformisation ; in *Bulletin de l'Académie de médecine*, p. 185, séance du 28 février 1882.

(2) PEYRAUD. Nouveau procédé d'anesthésie par le chloroforme ; in *Comptes rendus de la Société de biologie*, séance du 1er décembre 1883.

(3) PEYRAUD. Note sur une nouvelle méthode dite « dosimétrique » pour l'emploi du chloroforme dans l'anesthésie chirurgicale ; in *Journal de médecine de Bordeaux*, 3 juin 1883, n° 44, p. 489. — Voyez aussi, in *Idem*, 13 mai 1883, n° 41, p. 456 ; 20 mai 1883, n° 42, p. 467 ; 1er juillet 1883, n° 48, 543 ; et surtout : Nouvelle méthode d'anesthésie par le chloroforme, in *Idem*, 13 avril 1884, n° 38. p. 440.

permettre, des remarques d'ordre expérimental qu'il avait formulées. On n'avait pas prêté la moindre attention à ces observations pendant quelques années dans le monde chirurgical; et il faut arriver à l'année 1887 pour trouver, dans la littérature, un nouveau travail sur ce mode d'anesthésie.

Depuis quelque temps, en effet, grâce au concours de son maître, M. le docteur Labbé, notre ancien collègue d'internat, M. Paul Boncour, en était arrivé à employer une méthode presque identique (en tous cas basée sur le même principe) à celle de M. le docteur Peyraud. C'est ce procédé qu'il décrivit d'une façon très suffisante, mais un peu diffuse, à la fin de 1887, dans un très substantiel article de la *France médicale* (1), sans citer toutefois le travail du médecin bordelais et sans rapporter d'observations précises.

D'anciens internes de M. Labbé essayèrent alors de transporter, dans leurs services respectifs, la méthode qu'ils avaient employée chaque jour à Beaujon. Quelques-uns d'entre eux eurent la chance de convaincre leurs nouveaux maîtres et certains chirurgiens des hôpitaux, qui remarquèrent de suite la supériorité de cette méthode. C'est ainsi que notre ancien collègue, M. Péraire, put l'utiliser et l'introduire dans le service de notre maître, M. le docteur Terrier, à l'hôpital Bichat, où nous l'avons nous-même apprise.

Très frappé des résultats obtenus par ce mode de chloroformisation, M. Terrier engagea M. Péraire à publier immédiatement les nombreuses observations recueillies dans son service et qu'on trouvera dans un article de la *Revue de chirurgie* (2). A Bichat, on n'a plus désormais recours aux anciens procédés et, au début de chaque année, M. Terrier enseigne, ou fait enseigner par un ancien, à ses nouveaux élèves la façon de pratiquer ainsi l'anesthésie.

Récemment enfin, M. le docteur Schwartz a publié un article important (3) sur ce mode de chloroformisation, qu'il a appris aussi (il le dit) sous la direction de M. Labbé. M. Schwartz ajoute que c'était là une méthode préconisée par Sédillot, à Strasbourg, méthode que suivraient encore ses élèves. Mais, malgré des recherches minutieuses dans les différentes publications de ce maître chirurgien, il nous a été impossible d'en retrouver la trace. Nous ne pensons pas, en effet, qu'on puisse comparer le procédé de M. Labbé, modifié par M. Boncour et d'autres, à celui qu'on trouve décrit dans les ouvrages de Sédillot, puisque ce dernier recommande de verser sur la compresse 4 à 6 grammes de chloroforme (et non deux ou trois gouttes) à chaque fois, et observe toujours une phase d'excitation pendant l'anesthésie, alors qu'elle manque le plus souvent dans notre procédé, etc., etc. (4).

Quoi qu'il en soit, cette méthode est, aujourd'hui encore, à l'index dans beaucoup de services parisiens, où le chirurgien ne veut pas en entendre parler, la prétendant antiphysiologique. D'autres ne l'emploient pas, parce qu'ils la connaissent mal et n'ont pas pu en apprécier les avantages.

Le principal but de cet article est partant la vulgarisation de ce procédé; nous nous bornons, pour justifier notre immixtion dans cette question, à ajouter que, pendant une année, nous l'avons journellement, et quelquefois plusieurs fois par jour, employée à Bichat, sous le contrôle de MM. Terrier, Quénu, Richelot, et que, l'année dernière, à la Pitié, MM. Ricard et Segond ont bien voulu nous laisser chloroformer de cette sorte leurs opérés. C'est même à l'instigation de notre maître, M. le docteur Segond, que nous nous sommes décidé à rédiger les quelques réflexions qui suivront la description du manuel opératoire. En tous cas nous ferons les plus larges emprunts aux mémoires de MM. Boncour, Péraire et Schwartz, pour montrer aux lecteurs tous les avantages de ce procédé si rassurant.

Un mot encore avant de terminer ce court historique. Cette méthode se répand à l'étranger, si elle gagne peu en France; et nous avouons avoir été un peu étonné, en lisant récemment, sur ce sujet, une intéressante note parue dans un journal roumain (1). L'auteur, Popescu, interne de Léonte, chirurgien bien connu, rappelle les travaux français et rapporte plus de 30 observations personnelles. Le procédé récemment décrit par le docteur Miguel Cordero n'est pas tout à fait analogue, comme ce chirurgien le fait remarquer lui-même, au procédé de M. Labbé; mais il y ressemble beaucoup. On lira avec intérêt ce travail (2), qui renferme 40 observations détaillées.

II

MANUEL OPÉRATOIRE

EN QUOI CONSISTE DONC CETTE MÉTHODE DE CHLOROFORMISATION APPELÉE « MÉTHODE DE DOSES FAIBLES ET CONTINUES » ? — Quelques explications brèves sont nécessaires, avant de décrire avec détails la façon de procéder.

Le chloroforme est administré à *très petites doses*, *de la façon la plus continue possible, sans la moindre intermittence*, autant qu'on peut le réaliser du moins.

L'idéal serait de supprimer ces brèves intermittences d'une manière complète, comme nous le verrons plus loin; malheureusement cela n'est pas possible avec l'emploi de la compresse, puisque, pendant le court espace de temps nécessaire à son renversement, le sujet peut respirer un peu d'air, non chargé de vapeurs chloroformiques. Pratiquement cependant, étant donné la rapidité avec laquelle on peut procéder à ce renversement, on peut dire que l'administration de l'anesthésique est réellement continue.

Quelle différence avec le *procédé dit classique*, et surtout avec le *procédé des intermittences de Gosselin!* D'après ceux-ci, en effet, il faut laisser le malade respirer une grande quantité d'air et partant beaucoup de chloroforme; et le sujet ne dort qu'à l'aide d'une forte dépense de l'agent anesthésique!

Dans le nouveau procédé, au contraire, le *moins d'air possible*, le *moins de chloroforme possible* : telle est la règle.

Le malade dort mieux, s'il ne s'endort pas plus rapidement; on obtient une anesthésie plus complète, plus régulière, absolument calme; très rarement, elle est accompagnée d'incidents ou d'accidents.

A. *Préparatifs préliminaires.*

a. Choix des objets nécessaires à l'anesthésie.

1° *Pureté du chloroforme.* — Il est inutile de répéter ici qu'on doit choisir avec soin son chloroforme. Il ne faut l'employer que s'il est *absolument pur*. Le malheur, c'est que cette pureté est aujourd'hui impossible à contrôler d'une façon pratique; et, sur ce point, le chirurgien ne peut que se fier à la personne, pharmacien ou chimiste, qui fournit le produit. Il serait ridicule de le voir, en effet, se livrer à des manipulations chimiques avant chaque intervention. Aussi n'insistons-nous pas, à dessein, sur la manière de s'assurer de cette pureté (3). Dans la salle d'opéra-

(1) P. BONCOUR. Du chloroforme et de son administration; in *France médicale*, 3, 6 et 8 déc. 1888; et tirage à part, Paris, Lecrosnier et Babé.

(2) M. PÉRAIRE. Du mode d'administration du chloroforme à doses faibles et continues; in *Revue de chirurgie*, mai 1889, n° 5, p. 394; et tirage à part, Paris, Alcan.

(3) SCHWARTZ. De l'administration du chloroforme; ses accidents, leur traitement; in *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1889, n°s 26, 27, 29, 30 et 32.

(4) Voir plus loin, § IV.

(1) POPESCU. Procedeul de chloroformisare in dose mici si continui; in *Spitatul*, 31 janvier 1890, n° 2, p. 54, Bucharest.

(2) CORDERO. Cuarenta casos de anesthesia rapida, no sedirante, obtenida con las inhalaciones de chloroformo. Procedimiento tecnico seguido en ellos; in *Gaceta medica de Mexico*, 1er avril 1890, n° 7, p. 121.

(3) Voir, sur ce sujet : *Bulletin de la Société de chirurgie* (communications de MM. Reynier, L.-Championnière, Terrier, etc.) et *Bulletin général de thérapeutique*, 30 juillet 1888, p. 85 (Réactif spécial).

tions, c'est l'*odorat* qui, seul, donne les renseignements les plus précis, quoique la sensation olfactive que procure le bon chloroforme soit fort difficile à définir. Il est évident qu'il doit être très limpide. Une précaution indispensable, c'est de ne pas employer du chloroforme qui est resté un certain temps exposé à l'air, dans un flacon débouché ; dans ces conditions, il nous a toujours paru avoir perdu de ses propriétés anesthésiques et être une cause réelle de vomissements pendant le sommeil. Il faut donc le conserver dans des vases hermétiquement fermés ; on doit aussi le mettre à l'abri de la lumière.

Peu importe pourtant la coloration du flacon qui le renferme ; qu'il soit blanc, bleu, jaune foncé ou vert, il paraît — certains chimistes le prétendent du moins — que cela n'a pas grande importance. Toutefois, ces temps derniers, on semble préférer le verre coloré en jaune très foncé. Avec la méthode que nous défendons, la contenance des flacons doit être notablement diminuée. En effet, comme on ne dépense ainsi que 15 à 20 grammes de chloroforme par heure environ, rarement plus, il suffit d'avoir un récipient de 50 grammes pour parer aux besoins de n'importe quelle opération. L'anesthésie pourra durer deux heures. Pour les cas exceptionnels, où l'intervention ne serait pas terminée après ce temps, ou dans les cas de malades extrêmement rebelles au chloroforme, on aurait la ressource de déboucher un autre flacon ; mais cela sera très rarement indispensable. A l'hôpital, on doit aujourd'hui avoir à sa disposition, pour l'administration du chloroforme, un flacon *coloré* de 40 à 50 grammes, *gradué*, pour mesurer la quantité donnée, et pourvu, en guise de bouchon, du *stilligoutte* ordinaire des parfumeurs. De cette façon, on peut ne verser sur la compresse qu'une ou deux gouttes du liquide à la fois ; ce qui est indispensable dans notre procédé.

Mais le mieux serait certainement d'employer, à l'hôpital comme à la ville, le chloroforme préparé d'une certaine façon, chloroforme dont beaucoup de chloroformiseurs se servent désormais. On trouve, en effet, actuellement dans le commerce à Paris, de petits tubes, en *verre coloré* (jaune foncé), analogues à des tubes à expérience et hermétiquement *fermés à la lampe*, après avoir été remplis de chloroforme *chimiquement pur*. Ces tubes, à fond plat, sont pourvus d'une extrémité très effilée, facile à briser avec une pince à pression ; ce qui permet de verser l'anesthésique sur la compresse, goutte par goutte, comme avec un flacon pourvu d'un stilligoutte, quand on a cassé avec précaution la partie fermée à la lampe. Les tubes sont conservés dans un endroit *frais*, une cave par exemple, et, de la sorte, le chloroforme ne s'altère pas. Quelques-uns contiennent la quantité d'anesthésique nécessaire pour une chloroformisation de durée moyenne (une heure), obtenue à l'aide du procédé des petites doses, c'est-à-dire 25 grammes environ. De cette façon, à chaque anesthésie, on peut employer un tube intact, du chloroforme qui n'a pas été au contact de l'air et qui est absolument pur. Quand on suppose que l'opération doit durer plus d'une heure, il suffit de se munir de deux tubes au lieu d'un.

Il est bien certain qu'il y a chloroforme et chloroforme et que la puissance anesthésique de chacun d'eux est variable. On ne peut le nier, le chloroforme dit d'Edimbourg (Duncan) est préférable à celui fourni par la Pharmacie centrale des hôpitaux, qui est pourtant très bon, de même que celui des spécialistes connus. Le seul inconvénient du Duncan — ce qui n'en est pas un en réalité — c'est sa facilité d'évaporation ; comme le remarque avec raison M. Péraire, il irrite moins les muqueuses buccale et bronchique, ou du moins détermine une salivation beaucoup moins prononcée que la plupart des chloroformes français.

On peut dire, ce nous semble, que cliniquement le meilleur réactif du chloroforme, c'est l'homme ; et les chloroformiseurs ne s'y trompent plus désormais. S'il s'agit, en effet, d'un sujet adulte, *sain* (supposons qu'on opère pour un accident), non alcoolique, sans tare organique, si le chloroforme est *bon*, le malade aura une période d'anesthésie chirurgicale très régulière, exemplaire pour ainsi dire, à condition d'employer, bien entendu, le procédé que nous préconisons. S'il ne l'est pas, *le sujet sera long à s'endormir ;* il aura des nausées, des vomissements bilieux ou muqueux à diverses reprises, respirera plus difficilement et l'on notera une sécrétion salivaire abondante. Qu'il y ait des idiosyncrasies — grand mot qui cache notre ignorance —, nous ne le nions pas ; mais dans la plupart des cas, quand le chloroforme est administré par une personne expérimentée, les choses se passent ainsi. C'est là le résultat de constatations cliniques multiples, c'est-à-dire d'*expériences réelles*. Et là où les réactifs les plus sensibles du chimiste ne découvriront rien, le réactif par excellence du chloroforme, l'*homme*, montrera, d'une façon ou d'une autre, qu'on ne lui fait point absorber le meilleur des anesthésiques connus, le chloroforme pur.

2° *Compresse.* — En fait de chloroformisation, l'appareil le plus simple sera toujours le meilleur. Quoi de moins compliqué qu'un simple mouchoir épais, non déplié, ou mieux deux mouchoirs superposés, ou encore une compresse pliée en huit. Les plis faits à la compresse ont une certaine importance ; il faut qu'elle soit assez épaisse pour ne laisser passer que le moins d'air possible au travers d'elle, tout en restant très maniable. On peut intercaler entre les deux mouchoirs, ou au milieu de la compresse, un morceau de toile imperméable (taffetas gommé, par exemple) ; mais ceci complique inutilement les choses et l'on s'en passe ordinairement. La largeur de la compresse ne peut être ni trop grande, ni trop petite ; elle doit être telle que, appliquée sur la figure, elle puisse obstruer à la fois la bouche et les narines. Elle ne doit pas être trop grande, de façon à laisser à nu les yeux et les joues, dont on a à surveiller les changements de coloration pendant toute la durée de l'anesthésie. Si l'on intercale au milieu de la compresse un taffetas gommé, il faut prendre certaines précautions, et, en particulier, bien faire attention à la quantité de chloroforme versée chaque fois, car, dans ces conditions, l'évaporation est moins considérable, le passage de l'air plus restreint.

3° *Pince à langue.* — Il suffit, par précaution, d'avoir en outre à sa disposition une pince destinée à saisir la langue et à l'attirer en dehors. Le modèle qui nous paraît aujourd'hui le plus recommandable, est celui que nous avons cité ailleurs (1). Il a les dimensions d'une petite pince à forcipressure ordinaire ; l'une des branches est armée d'une double érigne, dont les pointes viennent se dissimuler dans des orifices ou des gouttières latérales, creusés à l'extrémité massive de la branche opposée ; c'est celui qu'on connaît sous le nom de pince à langue de M. Lucas-Championnière, modifiée par M. Berger. Le *plus petit modèle* est, de beaucoup, le plus commode ; il importe surtout que les griffes de l'érigne ne puissent pas dépasser les orifices destinés à les cacher.

En réalité, l'emploi de cette pince ne doit pas être fréquent ; et, dans la plupart des cas, on ne l'utilisera pas, si c'est possible. Il n'y a guère que chez les obèses, les alcooliques ou les vieillards édentés, à langue flasque, au plancher buccal sans musculature vigoureuse, où son emploi soit la plupart du temps indispensable. Une manœuvre spéciale (élévation de la mâchoire inférieure), bien connue aujourd'hui, mais que certains chirurgiens trouvent encore absurde et antiphysiologique (*sic*), permet, dans la plupart des cas, de n'y pas recourir ; ce qu'on s'efforcera de faire toutes

(1) M. Baudouin. *Guide médical à l'Exposition universelle de Paris*, 1er fascicule : « Instruments de chirurgie », p. 17. Paris, 1889.

les fois que la chose sera possible. Cela, pour éviter après l'opération des souffrances inutiles au malade et la possibilité d'une infection ultérieure — grâce à la plaie linguale — causée par les microbes normaux de la cavité buccale [Terrier] (1). Ajoutons, toutefois, qu'avec la nouvelle pince à langue, il n'y a plus à craindre les grandes perforations, les éraillures, les déchirures, les gangrènes consécutives de la pointe de l'organe, qu'on observait parfois jadis, quand on employait des pinces à pression ordinaires, ou d'autres instruments de torture (pinces de Museux, etc.). Aussi, dès que l'anesthésie deviendra irrégulière, ne faudra-t-il pas hésiter, pour plus de sûreté, à fixer la langue et à la tirer au dehors.

4° *Vaseline.* — Certains chloroformiseurs ont la bonne habitude aussi, avant de commencer l'anesthésie par ce procédé, d'enduire le nez et le menton du patient avec un peu de vaseline (2). De cette façon, ils évitent l'action caustique de l'anesthésique sur ces régions délicates. Pour les femmes surtout, il est prudent de ne pas leur brûler le bout du nez ou les lèvres, en appliquant sur le visage, avec une certaine pression, comme on le fait dans ce procédé, la compresse imbibée de quelques gouttes de chloroforme. La vaseline empêche les parties les plus fines de la peau de devenir d'un rouge assez vif et d'être plus tard le siège d'une cuisson notable, puis d'une légère desquamation.

On vous saura toujours gré en ville d'avoir évité à votre malade ce léger ennui. Une telle précaution est surtout utile dans les opérations de longue durée, et quand l'on emploie, dans toute sa rigueur, le procédé des petites doses, parce qu'on applique assez fortement, pendant toute la durée de l'anesthésie, la compresse sur le visage, afin de laisser passer le moins d'air possible. Dès lors, pourquoi ne pas en faire autant à l'hôpital ?

5° Le chloroformiseur aura, en outre, à côté de lui, quelques *petites éponges* stérilisées (3), montées sur des pinces à forcipressure, grâce auxquelles il pourra enlever les mucosités pharyngo-buccales, qui sont si abondantes chez certains anesthésiés, et qui peuvent gêner considérablement l'inspiration.

Ajoutons qu'avec le nouveau procédé, la salivation est beaucoup moins abondante, souvent nulle ; partant — à moins de cas spéciaux (obèses, alcooliques, emphysémateux, etc.) — ces éponges servent assez rarement, du moins quand il s'agit d'une personne qui manie bien le chloroforme.

6° Il va sans dire que, pour plus de précautions, on aura à sa disposition, si faire se peut, du moins à l'hôpital, une *machine électrique et surtout des ballons d'oxygène.*

Il faut avoir assisté à de longues interventions abdominales, faites sous le chloroforme administré avec l'ancien procédé, pour se rendre compte de la grande utilité de telles réserves d'oxygène, dans ces cas où très souvent l'opéré, auquel on donne sans s'en douter trop d'anesthésique, est menacé d'apnée toxique ! Au contraire, avec la méthode des petites doses, réglées pour ainsi dire mathématiquement, les accidents d'ordre asphyxique sont très rares, à moins d'une négligence de la part du chloroformiseur ; partant, les ballons d'oxygène sont moins souvent employés, même dans les interventions les plus graves chez des femmes très anémiées (par exemple lors de vieilles salpingo-ovarites avec phénomènes nerveux hystériformes anciens, très accusés et s'accompagnant d'une anémie extrême). Malgré cela, c'est une très bonne précaution d'avoir à sa disposition une notable réserve de ce gaz.

(1) M. Terrier insiste, avec raison, sur la nécessité de *stériliser la pince à langue*, comme les autres instruments, car elle peut être le vecteur de germes pathogènes et la cause d'une infection au niveau de la solution de continuité qu'elle produit dans la langue. C'est là un point important que nous ne pouvons qu'indiquer ici et qui explique peut-être certains accidents post-opératoires (broncho-pneumonies septiques, etc.).

(2) On peut employer la glycérine.

(3) On les stérilisera à l'aide du procédé de M. Terrier. Nous ne pouvons insister ici sur l'importance de l'antisepsie buccale en général; mais on comprend facilement pourquoi toutes ces précautions doivent être prises.

b. Précautions à prendre.

Bien entendu, on fera, avant de commencer l'anesthésie, l'examen complet du malade (cœur, poumons, artères, etc.). Toutefois, comme nous le montrerons plus loin, cet examen n'a pas, et certains chirurgiens l'enseignent depuis longtemps (Terrier), toute l'importance qu'on lui accordait autrefois et que beaucoup lui accordent encore, en dehors de la question de diagnostic pur, indispensable à posséder à fond, cela va sans dire. En effet, l'expérience a prouvé qu'on pouvait endormir sans danger, surtout à l'aide du procédé des petites doses, la plupart des malades atteints de lésions du cœur ou des artères, qui sont encore dans un état de santé tel (lésion compensée) que l'on se croit autorisé à les opérer. Combien n'a-t-on pas endormi d'individus atteints d'anévrysme et d'insuffisance aortique, etc. ? Nous reviendrons bientôt sur ce point, de même que sur l'importance des lésions pulmonaires comme contre-indications de l'anesthésie ; mais, ce qu'il importe d'ajouter ici, c'est qu'il faut s'assurer à tout prix de l'existence ou non d'un *appareil dentaire* dans la cavité buccale. Il suffit de rappeler les précautions à prendre dans le cas où le malade porte des dents artificielles, car il n'y a là rien de spécial au procédé dont nous nous occupons.

Ajoutons que, si l'on doit faire chez une malade (ceci s'applique surtout aux femmes) une opération sérieuse, il est préférable, après avoir obtenu antérieurement son consentement formel, de *l'endormir à l'improviste* et de ne pas la prévenir du jour et de l'heure de l'intervention (Terrier). Cela nous paraît plus humain ; au point de vue de l'emploi du procédé des petites doses, cela a d'ailleurs une certaine importance. Nous montrerons, en effet, bientôt que les femmes prévenues à l'avance s'endorment moins rapidement que les autres ; elles sont plus émues, car depuis plusieurs jours, elles songent au danger qu'elles vont courir.

B. *Administration du chloroforme.*

a. Dispositions à prendre au préalable.

1° *Position du chloroformiseur.* — Le malade étant couché comme d'habitude sur la table d'opérations, l'aide chargé de la chloroformisation se placera de préférence, pour cette méthode, si la chose est possible, derrière la tête du lit, plutôt qu'à droite ou à gauche. De cette façon, en effet, il appliquera plus hermétiquement, à l'aide des deux mains superposées, la compresse imprégnée de quelques gouttes de chloroforme sur la figure du patient, ce qui diminuera notablement le passage de l'air. Dès lors, il faudra, pour maintenir l'anesthésie une fois obtenue, une quantité très minime de chloroforme, puisque moins il passe d'air à travers la compresse, moins il faut employer d'anesthésique.

En outre, ainsi placé, le chloroformiseur pourra surveiller avec la plus grande facilité les changements de coloration de la face de l'opéré, et surtout les mouvements de la respiration. Pour ces deux ordres de constatation, les seules indispensables, mais *absolument capitales*, il ne doit *s'en rapporter absolument qu'à lui* (Boncour); on ne saurait trop y insister. On pourra confier le pouls à une autre personne; cela vaudra mieux certainement, mais sachons qu'on peut s'en passer. Enfin, quand l'opération aura lieu sur l'abdomen ou sur les membres inférieurs, l'aide chargé du chloroforme n'y verra rien et, partant, n'aura pas son attention détournée du malade lui-même, dont il tient la vie entre ses mains. On a eu bien raison de le dire et l'on ne saurait trop le répéter. Le bon chloroformiseur est celui qui s'intéresse à ce qu'il fait, et non à ce qu'on fait autour de lui, qui se désintéresse complètement de l'opération. Les Anglais

et les Américains, gens pratiques, l'ont compris il y a longtemps, ont créé le spécialiste et inventé le chloroformiseur! Les Français, qui croient savoir tout bien faire, ne sont pas près d'en arriver là. C'est regrettable.

2° *Local où l'on fait l'anesthésie.* — Nous sommes de ceux qui pensent qu'il vaut mieux commencer à anesthésier le patient, couché sur un lit dans une chambre spéciale, plutôt que dans la salle d'opérations; toutes les fois qu'on le pourra, on n'endormira donc pas sur le lit de la salle d'opérations. D'autre part, le malade devra être seul dans la chambre destinée à l'anesthésie, et le chloroformiseur y pénétrera seul, ou avec un aide seulement. C'est la seule façon de ne pas effrayer les malades, surtout les femmes, et d'obtenir un début d'anesthésie calme et sans incidents. Notre maître, M. Terrier, tient beaucoup à cette précaution, surtout quand il s'agit d'opérations graves, où les phénomènes qu'on désigne sous le nom de choc peuvent ultérieurement jouer un rôle. D'ailleurs, puisqu'on a l'habitude de procéder ainsi à la ville, pourquoi n'en ferait-on pas autant à l'hôpital? C'est là une pure question d'humanité, surtout quand il s'agit de femmes. L'anesthésie obtenue, on fait transporter la personne dans la salle d'opérations. De cette façon, la malade ne peut être épouvantée à la vue d'instruments de torture et d'étudiants tout harnachés pour la bataille. Nous n'avons jamais compris pourquoi à l'hôpital certains tiennent à rester inhumains, quand ils peuvent faire mieux.

3° *Silence pendant la chloroformisation* : a. *Dans la salle d'anesthésie, ne pas causer avec le malade.* — On répète dans tous les livres classiques : « Pendant les premières minutes de l'anesthésie, il faut adresser des paroles bienveillantes au malade, l'exhorter par des phrases bien senties à la confiance, l'engager à respirer sans efforts, etc. » Nous sommes d'un avis absolument opposé, de même que MM. Labbé et Terrier. Après avoir exposé en quelques mots, bienveillants d'ailleurs, à la personne qu'il s'agit d'endormir ce qu'elle va ressentir pendant les premières minutes de l'anesthésie; après l'avoir informée de ce que l'on attend d'elle et l'avoir complètement rassurée, si, du moins, cela est absolument nécessaire; après cela seulement, on commencera à lui faire respirer le chloroforme. Mais, à partir de ce moment, on ne lui adressera plus la parole, quoi qu'elle dise et quoi qu'elle fasse. Nous recommandons même aux personnes présentes (il doit y en avoir le moins possible dans la chambre d'anesthésie, à l'hôpital comme à la ville, nous y insistons à dessein) de faire le moins de bruit possible et de ne pas parler.

On comprend, en effet, que de cette façon le chloroformiseur, plus maître de lui, surveille avec plus de soin son malade, à ce moment surtout où une syncope peut se produire sans qu'on s'en doute et sans cause apparente.

Cette manière de faire, l'expérience l'a démontré, en particulier pour le procédé dont nous nous occupons, est de beaucoup préférable pendant la première phase de l'anesthésie. On a remarqué, en effet, qu'avec les petites doses de chloroforme, les patients mettent beaucoup plus de temps à s'endormir, quand on leur parle ou quand on attire leur attention sur ce qui se passe autour d'eux. Cela est surtout très net et très manifeste chez les hypochondriaques, et, en particulier, chez les hommes *instruits*, de *profession libérale*, qui croient tout connaître, qui veulent tout comprendre, qui exigent qu'on leur donne les plus vastes explications; en un mot, chez tous ceux qui ont l'habitude de penser, de s'observer, chez tous ceux qui n'ont qu'une confiance modérée dans la valeur anesthésique du chloroforme et sont persuadés qu'étant « plus forts que le commun des mortels », on ne pourra pas les endormir. Si on a le malheur de discourir avec de tels malades, au lieu de garder le mutisme le plus absolu, il est parfois très difficile de les anesthésier. Il faut faire acte d'autorité et les contraindre, en ne leur répondant pas, à se taire.

Qu'on explique, comme l'on voudra, cette particularité, déjà signalée d'ailleurs (M. Perrin), et bien digne d'attirer l'attention des psycho-physiologistes, elle n'en est pas moins réelle. Nous avons parfaite souvenance de deux chloroformisations faites à la ville chez deux hommes, opérés par M. Segond, non alcooliques (1), pourvus d'une telle conformation cérébrale; et il nous a fallu 20 grammes de chloroforme et quarante minutes d'anesthésie (bien entendu, en ne forçant pas *à dessein* les petites doses habituellement employées) pour les endormir complètement; alors qu'il ne faut généralement, par ce procédé, qu'un quart d'heure ou vingt minutes au plus, et 8 à 10 grammes d'anesthésique pour arriver à une résolution complète.

b. *Dans la salle d'opérations.* — De même, à une période plus avancée, quand l'anesthésie est profonde, bien complète, *le silence doit aussi bien régner autour du chloroformiseur* qu'autour du chirurgien (2). Une conversation, même à voix basse, peut distraire le chloroformiseur et l'empêcher de surveiller, avec toute l'attention désirable, la respiration de celui dont la vie est entre ses mains. Il suffit d'avoir assisté à un certain nombre de chloroformisations faites par des jeunes dans les hôpitaux ou dans les cliniques, pour comprendre toute l'importance de cette remarque et de la nécessité, pour tout chirurgien consciencieux, amoureux du succès opératoire, de défendre à ceux qui l'entourent de parler à haute voix ou de se livrer à toutes sortes d'exercices qui n'ont rien de chirurgical.

C'est pourquoi les chirurgiens, qui font de graves opérations sur l'abdomen, nécessitant une anesthésie profonde et prolongée, ont pris l'habitude de réclamer des assistants le silence le plus absolu, pendant toute la durée de l'anesthésie et de l'opération (Terrier). Précaution indispensable, qu'on ne saurait trop recommander, au grand désespoir de l'étudiant français, né causeur, et qui permet au chloroformiseur de ne jamais perdre de vue son malade, à l'opérateur de se livrer, en observant toutes les règles de l'asepsie la plus absolue, aux plus délicates interventions. MM. Labbé et Terrier y tiennent absolument et ils ont grandement raison de vouloir imiter, sur ce point, ce qui se fait partout à l'étranger et surtout en Amérique.

M. Tillaux a dit à l'Académie de médecine (3) qu'il faudrait presque placer entre le chloroformiseur et le champ opératoire un écran suffisant, car pendant longtemps encore les internes des hôpitaux seront chargés de l'anesthésie. Ce serait une excellente idée, si elle était réalisable; mais si jamais un professeur de clinique tentait de la mettre en pratique, nous conseillerions très vivement de faire écrire en grosses lettres sur cet écran : « Défense de parler au chloroformiseur (4). » Ce n'est pas sans raison qu'on voit sur les bateaux cette pancarte : « Défense de parler au capitaine! » et qu'on a récemment proposé de faire placarder dans les officines : « Défense de parler au pharmacien! »

On ne manquera pas d'objecter à toutes ces remarques, que nous rendons complexe à plaisir une chose qui paraît pourtant bien simple. Soit, mais c'est pourtant à ce seul prix que l'on évitera les désastres par trop fréquents, car il

(1) Il n'y eut pas de période d'excitation.

(2) Nous demandons bien pardon à nos anciens maîtres de la Faculté qui tiennent encore à opérer en se livrant à de véritables tours de force oratoires. La bonne asepsie est trop minutieuse à faire pour qu'on ait désormais le loisir de prononcer de superbes discours dans la salle d'opérations.

(3) Discussion sur la chloroformisation, 1882.

(4) D'ailleurs pourquoi ne pas imiter certains chirurgiens américains, qui ne trouvent pas ridicule de faire placer, dans la salle d'opérations, un écriteau avec ces mots : *Défense de parler et de toucher aux instruments.* Si tous les laparotomistes en faisaient autant, il vivrait peut-être quelques Françaises de plus : une vie vaut bien ce qui semble un ridicule, même en France.

y en a qui semblent au-dessus de toutes les ressources de l'art et du chloroformiseur le plus habile. Et si l'on se conforme aux préceptes que nous venons de résumer, la clinique le démontre, on n'observe pas la plus grande partie des classiques alertes de l'ancienne méthode de chloroformisation, alertes qui, pour ne pas être toujours graves, n'en sont pas moins toujours fort ennuyeuses pour l'opérateur et souvent très nuisibles au malade, surtout s'il a le ventre ouvert.

b. **Anesthésie proprement dite.**

1° *Période de début de l'anesthésie.* — Lorsque toutes les précautions préliminaires sont prises, on commence l'anesthésie, le malade étant *placé dans le décubitus dorsal, le thorax absolument libre*, dans une chambre spéciale ou sur le lit d'opérations. La compresse ou le mouchoir étant replié, on verse au centre de l'une des faces, pour commencer, 2, 3 ou 4 gouttes, au maximum, de chloroforme; puis on applique la compresse sur les narines et sur l'orifice buccal du patient, en la plissant de telle sorte qu'elle prend la forme d'une sorte de petit cornet ou plutôt de trémie (1). Pendant les premières inspirations (mais pendant elles seules), il faut avoir soin de ne pas obstruer complètement la bouche et les narines, pour ne pas surprendre les muqueuses d'une façon trop brusque, quoiqu'il n'y ait que 3 ou 4 gouttes de chloroforme sur la compresse. Si l'on ne prend pas cette précaution, le malade peut être pris d'une petite toux sèche, par irritation de la muqueuse laryngée, ou d'éternuement assez intense, quand le chloroforme agit sur la muqueuse nasale.

Il faut, à ce moment surtout, avoir les yeux fixés sur le visage, car une syncope d'ordre réflexe (2) peut se produire au moment même où l'on approche ainsi la compresse pour la première fois. Cette syncope, due peut-être en pratique aussi souvent à l'émotion qu'au chloroforme (on n'en a employé que quelques gouttes), ne s'observe pas, bien entendu, plus fréquemment avec ce procédé qu'avec les autres; mais il ne faut pas moins songer, à chaque anesthésie, à sa possibilité et se tenir prêt à faire l'électrisation des phréniques ou mieux la respiration artificielle.

Au bout d'un quart de minute environ, les 3 à 5 gouttes de chloroforme sont évaporées; on en verse de nouveau, en prenant soin de n'en pas faire tomber dans les yeux ou sur la joue (3), 4 à 5 gouttes sur la compresse, au point le plus élevé, correspondant au bout du nez, c'est-à-dire à son centre, sans l'enlever ni la changer de place. Il est indispensable de procéder ainsi, pour ne pas laisser passer d'air. Puis, *brusquement*, le plus vite possible, pour ne pas permettre au malade d'inspirer de l'air pur, on la renverse et la réapplique très vite de la même façon. Si le malade a bien supporté la première dose, on applique assez hermétiquement la compresse sur le visage.

Une demi-minute après, on refait la même manœuvre, en versant toujours 4 à 6 gouttes d'anesthésique, rarement plus, sur la compresse qu'on peut désormais appliquer avec confiance sur la figure pour restreindre, autant que possible, l'entrée de l'air à travers les interstices de la trame de lin ou de coton (1).

On continue ainsi pendant un quart d'heure ou vingt minutes; ce n'est qu'après ce temps, pendant lequel le chirurgien se prépare, se rend compte si tout est prêt pour l'opération, qu'on obtient l'anesthésie complète. Il faut en moyenne de 7 à 8 grammes pour obtenir tout d'abord l'anesthésie (2).

On pouvait croire au premier abord que, puisqu'il faut 7 grammes de chloroforme pour un quart d'heure, il faille au moins 30 grammes de cette substance par heure. Il n'en est rien, en réalité; car, une fois l'anesthésie obtenue, on dépense beaucoup moins de chloroforme; ce qui se comprend facilement, surtout si l'on réfléchit qu'au début on perd toujours un peu de chloroforme pour habituer le malade à en supporter l'odeur.

On a dit que cette longueur de la première période de l'anesthésie constituait un certain inconvénient; en réalité, la perte de temps est nulle, puisque le chirurgien emploie généralement ce quart d'heure à jeter un dernier coup d'œil sur la salle d'opérations, à s'habiller, à se laver les mains d'une façon complète. D'ailleurs, ce mince inconvénient est amplement compensé par des avantages bien plus grands.

En tous cas, *il ne faut pas commencer l'opération avant que l'anesthésie ne soit absolument complète* (insensibilité, résolution musculaire, etc.). L'incision de la peau, chez un sujet à moitié endormi, peut, en effet, déterminer la production de réflexes très graves; on en comprend facilement la raison. D'autre part, si on commence trop tôt à opérer, avant que le sommeil ne soit bien établi, il est plus difficile d'obtenir ensuite une anesthésie parfaite; le malade étant soumis constamment à des irritations nerveuses (sections, tiraillements de nerfs par le chirurgien), le chloforme est plus lent à agir. Enfin, certaines opérations minutieuses (interventions abdominales) sont impossibles à exécuter si l'anesthésie n'est pas profonde. Les muscles de la paroi abdominale se contractent, enserrent les mains de l'aide; les sutures fines (celles de la cholécystentérostomie, par exemple) sont impossibles à placer, etc.

Nous l'avons déjà dit, pendant cette période, il faut surveiller très attentivement son malade.

S'il s'agit d'une personne qui ne présente pas de tare organique, si le chloroforme est pur et frais, c'est à peine si l'on est obligé d'enlever quelques mucosités buccales avec l'éponge montée et s'il se produit quelques régurgitations; et l'anesthésie profonde se produit sans incidents. Quand il survient des vomissements répétés, difficiles à arrêter, c'est, en général, que le chloroforme n'est pas bon. Cependant, nous avons remarqué que quelques régurgitations se produisent asssez souvent, sinon constamment, au moment où l'anesthésie est sur le point de devenir complète. Le débutant, non prévenu, celui qui n'est pas accoutumé à l'administration du chloroforme par ce procédé, se figure que le malade va être pris de vomissements et, instinctivement, retire la compresse. Quand on agit ainsi, et quand, à ce moment, on laisse entrer de l'air pur, très fréquemment le vomissement survient : il y a trop d'air inspiré et pas assez d'anesthésique. Mais si, au contraire,

(1) Il y a une façon très élégante de plier ainsi le mouchoir ou la compresse; mais elle est très difficile à décrire. Supposons qu'il s'agisse d'un mouchoir carré de 10 à 12 centimètres de côté (ce sont là les dimensions maximum). Le milieu du bord supérieur du mouchoir est placé sur la racine du nez, ce bord restant perpendiculaire à l'axe du nez. De la sorte, les narines correspondent au centre du mouchoir. Les parties latérales de la moitié supérieure sont alors appliquées fortement sur les ailes du nez à l'aide du pouce et de l'index d'une des deux mains. Ceci fait, de l'autre main, on rabat sur la bouche la moitié inférieure du mouchoir, en ayant soin ensuite de replier vers le haut les deux coins de cette moitié inférieure. Ces deux coins viennent ainsi renforcer et doubler une portion de la moitié supérieure du mouchoir, déjà fixée sur les ailes du nez. Quand le tout est plié de la sorte, une main peut suffire à maintenir le mouchoir ou la compresse fortement appliquée sur la face du malade, et l'autre reste libre.

(2) M. Laborde a récemment démontré le mécanisme de cette syncope réflexe, due à une irritation brusque des extrémités nasales du trijumeau, et cela d'une façon très nette chez le lapin (Académie de médecine, 27 mai 1890). Mais il existe aussi, à côté de cette syncope, une autre variété causée uniquement par l'émotion. Nous reviendrons sur cette dernière.

(3) Ce qui est facile quand le flacon est pourvu d'un stilligoutte, ou quand le tube se termine par une extrémité très effilée, en appliquant directement le stilligoutte ou le tube sur la compresse.

(1) Dans le procédé de M. Labbé, on dépense, au début, 50 à 75 centigrammes au plus de chloroforme par minute, c'est-à-dire une douzaine de gouttes.

(2) Au début, les malades se plaignent parfois qu'on les étouffe; il ne faut pas leur répondre, leur donner d'explications; on n'a qu'à continuer en leur disant de respirer tout naturellement.

on force un peu (1 ou 2 gouttes en plus) la dose de chloroforme et empêche l'air non chargé de vapeurs chloroformiques de pénétrer à travers la compresse (ce qui se fait facilement en appliquant avec une certaine énergie les deux mains superposées sur cette compresse), ces régurgitations cessent, les vomissements ne surviennent pas; et l'anesthésie complète est très rapidement obtenue.

Dès qu'elle est réalisée, il faut prendre garde et revenir à des doses un peu plus faibles, car, si l'on continuait trop longtemps, on pourrait avoir des ennuis du côté de la respiration, causés par une *absorption trop considérable* de substance anesthésique.

2° *Période d'anesthésie complète.* — L'anesthésie obtenue, pour la maintenir on continue à donner le chloroforme comme au début; mais il suffit de déposer maintenant, sur la compresse, deux à trois gouttes de chloroforme chaque fois, si on la retourne environ une fois par minute. Quand on la renverse moins souvent, il faut quelques gouttes en plus pour maintenir le sommeil. De la sorte, on a une anesthésie profonde, parfaite, sans le moindre accroc — sauf de très rares exceptions, bien entendu — et cela pendant deux heures et même plus, sans danger aucun. Et l'on dépense à peine, dans cette seconde période, 30 centigrammes de chloroforme par minute. On voit que la *ration d'entretien* est bien minime et inférieure aux doses précédentes.

Si l'on veut que l'opéré ne se réveille pas, il ne faut pas cesser un instant de verser du chloroforme, et surtout ne jamais enlever la compresse, qui doit être bien appliquée sur l'orifice des narines et la bouche. Il suffit qu'on laisse entrer quelques bouffées d'air pur pour que le réveil survienne aussitôt.

3° *Réveil.* — C'est encore là un avantage très remarquable de ce mode de chloroformisation, où l'on n'emploie que juste ce qu'il faut et rien que ce qu'il faut d'anesthésique; car, dès l'opération terminée ou plutôt dès la fin du pansement (car le pansement doit toujours être fait pendant le sommeil), l'*opéré se réveille très vite*. A peine est-il porté dans son lit qu'il reprend très rapidement connaissance, à moins de conditions opératoires toutes spéciales, l'ayant considédérablement affaibli (hémorrhagies, tiraillements nerveux, etc.) ou d'opération très prolongée. Le réveil est paisible et complet en quelques minutes, le chloroforme n'ayant été absorbé qu'en très petite quantité. L'opéré, dans les cas d'opérations de courte durée, est très surpris d'apprendre que tout est terminé. Il est à peine fatigué et semble sortir d'un sommeil naturel : pas le moindre malaise, et extrêmement rarement il y a des vomissements après l'opération, lors du réveil ou même dans la journée.

Si l'intervention a été très grave, a duré plus d'une heure et demie ou deux heures, le réveil se fait ordinairement plus longtemps attendre. Dans ce cas, il suffit d'une flagellation légère du visage avec une compresse imprégnée d'eau froide; on pourrait faire inhaler de l'oxygène, mais cela est inutile la plupart du temps. Il suffit d'attirer l'attention de l'opéré, de lui causer, de le pincer pour lui faire ouvrir les yeux et le faire revenir à lui.

On sait quelles sont les précautions à prendre pendant la première journée au point de vue de l'alimentation et des médications. L'important est d'éviter toute ingestion d'aliments, qui amènerait des vomissements.

En procédant de cette façon, on dépense en moyenne de 15 à 20 grammes de chloroforme par heure; parfois on atteint 25 grammes, mais il s'agit de malades spéciaux.

Les vomissements post-chloroformiques, quand ils ont lieu, sont calmés par l'eau glacée, le champagne frappé, ou une demi-injection de morphine. Si la langue a été saisie avec la pince, une bonne précaution consistera à laver la bouche, pour la désinfecter, avec une solution boriquée ou chloralée. Sinon, on se contentera d'un lavage avec de l'eau alcaline.

C. *Comparaison avec les autres procédés.*

1° *Comparaison avec les procédés anciens.* — Il n'est pas inutile, en terminant cette description du manuel opératoire que nous avons tenu à faire aussi précise que possible, de comparer, à ce point de vue, le procédé des doses faibles et continues avec l'ancien mode de chloroformisation classique à Paris. Laissant de côté toutes les méthodes où l'on emploie des *appareils*, même le simple cornet (Nantes, hôpitaux de la marine, quelques rares services à Paris, etc.); celle des *doses massives* (procédé du foudroiement); celle de *Gosselin* (méthode des doses progressives avec intermittences ou des inhalations interrompues avec intermittences obligatoires), nous nous en tiendrons seulement à la *méthode de la compresse* ou *méthode de lenteur* (doses moyennes et continues), journellement employée par la plupart des chirurgiens parisiens, décrite par MM. Sédillot, Bouisson, Perrin, Verneuil, etc., etc. Nous résumerons ainsi les différences qu'il présente avec le *procédé classique dit de lenteur* (*doses moyennes et continues*) :

Quand on administre le chloroforme de cette façon, qu'on a pu appeler encore *méthode des inhalations nécessaires* (Peyraud), on en dépense une très notable quantité, qui peut aller jusqu'à plus de 300 grammes par heure [Tillaux] (1). Il est vrai qu'il y a une bonne partie des vapeurs chloroformiques perdues. Quelle différence avec notre procédé, où l'on en use environ 15 *à* 20 *grammes*, dans le même temps!

D'autre part, au lieu de verser chaque fois sur le mouchoir — maintenu *éloigné* du visage pour laisser constamment passer l'air en grande quantité — des flots d'anesthésique, on n'en dépose (c'est le mot qui peint le mieux la chose) que quatre à cinq gouttes. — Enfin, on s'efforce de *coller*, — qu'on nous passe cette expression, car elle rend très bien la précaution que l'on prend — la compresse sur la bouche et le nez.

2° *Comparaison avec le procédé de M. Peyraud* (*de Libourne*).— Quant à M. Peyraud, il ne procède pas tout à fait comme MM. Labbé et Boncour, etc.; mais, en réalité, cela revient au même.

« Prenant une compresse très fine, il la double et l'étend sur la face de façon à ne couvrir que le nez et la bouche. Au niveau du pont formé par cette compresse, entre le bout du nez et la bouche, il verse *une première goutte* de chloroforme; le malade inspire. Puis, à la fin de l'inspiration qui suit, il verse *une seconde goutte*, et ainsi de suite, de façon à ce qu'*à chaque inspiration il y ait une goutte en vapeur*, mélangée à l'air de l'inspiration. Le malade respire comme à son habitude. Au bout de quelques minutes, si l'effet tarde à se produire, on augmente la dose et verse deux gouttes par inspiration. En général, au bout de sept à dix minutes, l'anesthésie est obtenue.

Une fois l'anesthésie démontrée, M. Peyraud arrête une ou deux minutes [pourquoi ?] (2), puis administre le chloroforme à la *dose moyenne de trois gouttes par minute*, quelquefois quatre; c'est là la ration d'entretien dans ce procédé (3). »

Certainement M. Peyraud, dans cette description, exagère un peu l'économie de son manuel opératoire. Il prétend arriver à l'anesthésie en huit ou dix minutes; la plupart du temps, il en faut dix à quinze. Ce qui prouve qu'il exagère, c'est qu'il y a des contradictions dans ses articles et qu'il ajoute même : « *Il n'y a pas d'agitation, même chez les alcooliques.* » Or, nous nous inscrivons absolument en faux contre

(1) Tillaux. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1882, p. 287.

(2) Nous ne comprenons pas dans quel but M. Peyraud suspend ainsi l'administration de l'anesthésique.

(3) On voit ainsi que la seconde partie du manuel opératoire est identique au procédé de Labbé, de Boncour, etc. En résumé, puisque la ration d'entretien de l'anesthésie est la même, il n'y a que la façon d'obtenir l'anesthésie absolue qui diffère un peu.

cette affirmation, et nous le démontrerons plus loin. Il faut dire au contraire : *Il n'y a que les alcooliques qui présentent cette période d'excitation.*

M. Peyraud a beau dire : il ne peut pas obtenir l'anesthésie plus rapidement que par notre procédé, que nous continuons à préférer, quoiqu'il paraisse plus hardi; nous n'en reconnaissons pas moins qu'avec sa manière de faire les malades dorment et dorment bien, malgré l'opinion des chirurgiens bordelais qui, en 1884, ne trouvèrent point ce procédé dosimétrique supérieur à la méthode classique. Il l'est pourtant de beaucoup; et c'est pour cela que M. Terrier, entre autres, le préfère, surtout quand il s'agit d'opérations abdominales difficiles et longues.

Le malade, profondément endormi, est absolument inerte sur la table d'opérations. Il ne fait aucun mouvement; on dirait un véritable cadavre, quand l'anesthésie dure depuis quelque temps, ou plutôt une de ces statues de cire, clou fameux des musées anatomiques ambulants, statue dont on voit le thorax, à l'aide d'un ingénieux mécanisme, se soulever et s'abaisser alternativement, pour simuler les mouvements de la respiration.

III

CONDUITE A TENIR ET PRÉCAUTIONS A PRENDRE AU COURS DE LA PHASE D'ANESTHÉSIE COMPLÈTE

Nous le répétons, le chloroformiseur ne doit pas être distrait une minute dans l'exercice de ses fonctions. S'il se produit un accident, c'est souvent pendant cet instant d'inattention; ou bien le malade se réveille et le chirurgien n'oublie pas, à juste raison, de crier et de se plaindre de la façon dont on complique sa besogne.

A. *Phénomènes à surveiller.*

Mais ce qu'on doit surtout surveiller pendant toute la durée de l'anesthésie, c'est : 1° *l'état de la face; 2° la respiration du patient; l'examen du pouls* n'est qu'une condition, à notre avis, accessoire.

1° *État de la face.* — Les différentes modifications de la face pendant la chloroformisation sont, en effet, très importantes à noter; elles renseignent très sûrement sur ce qui se passe dans les centres nerveux.

Sans parler ici des cas, sinon exceptionnels, du moins qui sortent réellement de la normale, — à savoir de ce qui se passe chez les alcooliques (puisque nous y reviendrons plus loin), — on remarque des modifications de coloration sur le visage de tous les anesthésiés. Au début, les lèvres et les joues sont généralement rosées, à moins qu'il ne s'agisse de sujets trop anémiés. Puis, quand l'anesthésie dure depuis un certain temps, cette teinte rosée diminue de plus en plus. Elle est remplacée par une coloration de plus en plus pâle, si l'anesthésie se prolonge et reste toujours absolue, sans alternatives de sommeil profond et de réveils fréquents.

L'aspect de la face se modifie très notablement dès qu'il y a asphyxie ou apnée toxique par excès d'anesthésique, ou bien à l'apparition d'une syncope respiratoire. S'il s'agit d'une asphyxie mécanique, la face se colore à nouveau, devient de plus en plus violette; à ce moment, il faut arrêter la chloroformisation. Si on enlève la compresse immédiatement et si l'on fait disparaître la cause de l'asphyxie, au bout de peu d'instants, la face revient à sa coloration normale. On reprend la chloroformisation en redoublant d'attention. Sinon, on n'a qu'à faire la respiration artificielle. En quelques instants, les accidents cessent.

Dans les cas d'apnée toxique, au contraire, le visage devient blême; une froideur marmoréenne s'étend sur les pommettes et les narines. Quand la face devient tout à coup, en une seconde, extrêmement pâle, blafarde, c'est qu'il s'agit d'une syncope réflexe. Dans ces deux cas, il ne faut pas perdre une minute et essayer de rétablir de suite la respiration qui s'est arrêtée (1).

Enfin, nous ne devons pas oublier la production d'une certaine quantité de *sueur*, variable avec les individus, surtout marquée chez les malades qui présentent une excitation plus considérable que de coutume, mais qui peut se produire aussi quand il n'y a pas eu du tout de phase d'agitation. On a alors affaire à des femmes anémiées, et on observe cette variété de sudation à la fin d'opérations de très longue durée.

2° *La respiration* doit être surveillée avec une attention encore plus soutenue que l'état du visage. On nous permettra donc d'être long sur ce point capital et de rapporter ici certaines considérations théoriques qui feront mieux comprendre l'importance de cet examen des mouvements respiratoires et donneront, à cet article, une certaine teinte d'actualité.

Les remarques d'ordre clinique consignées à ce propos dans les mémoires de MM. Boncour et Péraire, nos observations personnelles sur les résultats obtenus avec leur procédé étaient, jusqu'à ces temps derniers, en notable désaccord avec un certain nombre de principes, admis au moins par certains auteurs étrangers. Si donc, à la tête du lit d'opérations, nous étions fort tranquille sur le sort de nos chloroformisés, dans le cabinet de travail nous nous creusions la tête pour accorder les théories des physiologistes et la pratique des divers chirurgiens, sans pouvoir, avouons-le, trop y parvenir.

Fort heureusement, des expériences toutes récentes, entreprises dans des conditions réellement extraordinaires, par une Commission de médecins des Indes (2), et fort intéressantes, sont venues nous éclairer et nous consoler un peu. Elles ont été tentées en grand nombre (plus de 500) chez les animaux les plus divers (chiens, singes, chevaux, chèvres, chats, lapins, etc.), exécutées de la façon la plus variée, à l'aide de divers procédés, à jeun, ou en pleine digestion, chez des animaux sains ou malades (intoxication phosphorée chronique artificielle, etc.).

Or il ressort des travaux de cette Commission du chloroforme, dite d'Hyderabad, et qui désormais va devenir aussi célèbre que les fameux comités nommés autrefois par la *Société royale de médecine et de chirurgie* et l'*Association médicale britannique*, que dans tous les cas où l'anesthésie a été poussée jusqu'à la dose mortelle, *la respiration s'est arrêtée avant le cœur*. Ce qui se passe dans le cœur n'est qu'une conséquence de ce qui a lieu dans le poumon ! Autrement dit : *on se met*, d'une façon presque certaine, *à l'abri des accidents de la période dite chirurgicale de l'anesthésie par une observation attentive des mouvements respiratoires.*

La phrase suivante de l'article de M. Péraire n'est, pour ainsi dire, que la traduction clinique et pratique du principe physiologique ci-dessus, formulé aux Indes et définitivement bien établi : « Il faut constamment avoir l'œil sur son malade, considérer à chaque instant sa physionomie et surtout l'*écouter continuellement respirer*. Le pouls peut n'être

---

(1) Le procédé cité par M. Michou (douche percutante d'eau froide pendant quelques minutes sur la nuque, au niveau du bulbe) peut être essayé; mais jusqu'ici il n'a pas détrôné la respiration artificielle.

(2) Voici, en quelques mots, l'histoire de l'organisation de cette commission. Un chirurgien anglais de l'armée des Indes, Lavrie, réussit à intéresser le Nizan de Hyderabad, souverain hindou, à la question du chloroforme. Il lui fit nommer une commission (MM. Hehir, Kelly, Chamarette) qui fut chargée d'étudier cette question. Les premiers résultats furent fort critiqués par *The Lancet*. Le souverain — que rien ne pouvait arrêter — nomma une deuxième commission à laquelle il adjoignit un délégué anglais envoyé par *The Lancet*, M. Lander Brunton. (Voir l'analyse in *The Lancet*, 18 janvier 1890; in *Mercredi médical*, 1890, n° 4, p. 47; et surtout in *Journal de médecine de Bordeaux*, 26 janvier 1890, p. 274.) Tous les journaux américains ont, ces temps derniers, parlé de cette singulière commission et de ses belles recherches.

pas exploré, puisqu'il peut continuer à battre, lorsque la respiration s'est complètement arrêtée. »

C'est là, en réalité, un principe des plus importants : *voir* son sujet respirer et, quand l'on ne peut pas le voir, l'*entendre à tout prix respirer!* Ceci, d'ailleurs, n'est pas toujours facile. Si c'est par trop commode quand il s'agit d'alcooliques, d'emphysémateux, de personnes à système veineux très développé, de polysarciques, dont la respiration ressemble au bruit d'un soufflet de forge; par contre, chez les femmes anémiées, dont la respiration peut être très faible tout en restant fort régulière, il faut écouter avec grand soin ; l'oreille, presque appliquée sur la double compresse placée devant la bouche, peut seulement alors entendre les bruits de la respiration. Quand le sujet respire tellement bas (1), dit M. Schwartz, qu'il est difficile de l'observer d'une manière constante, on se trouvera bien de lui coller, sur le bout du nez, un petit brin d'ouate qui, suivant les mouvements d'inspiration et de respiration sous l'influence du courant d'air, ponctuera très fidèlement de la sorte le rythme respiratoire. Cette précaution nous paraît un peu exagérée et, en écoutant avec attention, on entendra toujours le bruit, si minime soit-il, que fait l'air en sortant de la cavité buccale.

Comme l'a bien décrit M. Boncour, au début la respiration est souvent saccadée du fait de l'émotion ; mais, si l'on ne discourt pas avec le malade, elle ne tarde pas à se régulariser, devenant tantôt très calme, tantôt très bruyante, suivant les cas.

L'idéal est d'avoir un sujet qui peut librement respirer et qui respire par les fosses nasales. La bouche étant maintenue fermée par la main du chloroformiseur qui maintient la compresse (ce qu'on néglige trop souvent), la langue n'est pas entraînée dans le pharynx et ne vient pas obstruer l'orifice supérieur du larynx. Mais si, pour des raisons diverses, elle a tendance à y tomber, s'il y a menace d'asphyxie mécanique, il suffit d'employer plus méthodiquement la manœuvre de M. Labbé (soulèvement du maxillaire inférieur et de tout le plancher buccal). On applique fortement la mâchoire inférieure contre la supérieure, en la tirant avec une certaine force en avant, en même temps que l'on dégage, à l'aide du bout des doigts appliqués dans la région sus-hyoïdienne, l'orifice du larynx ; la base de la langue, qui vient obstruer la glotte, est ainsi soulevée et rejetée en avant. Dans la plupart des cas, sauf chez les alcooliques, on évitera, à l'aide de ce petit artifice, désormais classique, l'emploi toujours ennuyeux de la pince à langue.

Quand au contraire le malade, sans qu'on sache pourquoi, paraît ne vouloir respirer que par la bouche ou principalement par la bouche, le plus simple est peut-être de saisir la langue avec la pince dès le début, de l'attirer hors de la bouche et de continuer ainsi la chloroformisation. Dans ces cas, en effet, la manœuvre de M. Labbé, si elle permet la chloroformisation, oblige à une trop grande surveillance. Les lèvres, flasques, viennent obstruer, en s'appliquant sur l'arcade dentaire pendant l'inspiration, l'ouverture buccale, et l'anesthésié ne respire avec facilité, quoique toujours avec bruit, que si l'on prend la précaution de soulever du doigt l'une des commissures; ce qui permet l'entrée de l'air chargé de vapeurs chloroformiques. Ce petit artifice rend parfois de grands services ; il est étonnant que les auteurs en fassent à peine mention.

La respiration, qui a commencé par être bruyante, peut devenir calme, quand l'anesthésie complète est obtenue. Chez certains sujets pourtant, les obèses, les vieillards édentés, à musculature péri-buccale sans tonicité, les emphysémateux, et surtout chez les alcooliques, elle peut rester constamment très bruyante ; elle s'accompagne alors généralement d'une sudation considérable de la face, si le sujet n'est pas trop âgé. Les choses se passent ainsi, qu'il y ait ou non phase d'excitation, point sur lequel nous insisterons tout à l'heure.

Pour surveiller la respiration, le mieux est, nous l'avons dit, de l'*écouter* ; mais on peut se contenter de la *voir*. Quand elle est « bien visible », c'est-à-dire quand l'œil fixé sur l'épigastre peut suivre facilement le mouvement de va-et-vient de la paroi abdominale, c'est plus sûr et plus commode que de regarder celui des côtes, même chez les femmes.

La respiration peut s'arrêter quelques secondes, surtout quand l'anesthésie est encore incomplète. Mais il ne faut s'effrayer que dans certaines conditions. C'est l'examen de la face qu'il faut faire autant que celui du pouls, quand les mouvements respiratoires semblent ainsi s'arrêter. En effet, si l'on attend que le pouls devienne très rapide et irrégulier, on attendra trop longtemps. Tant que la face ne change pas et reste sereine, légèrement colorée, il ne faut point s'alarmer ; mais, si elle se modifie d'une façon quelconque, il faut prendre garde. Dans ces cas bénins d'arrêt de la respiration, il s'agit simplement de contractions diaphragmatiques, coïncidant souvent avec les efforts de vomissements dont nous avons parlé ; il en est qui surviennent à la fin de la première période de l'anesthésie, au moment où, dans l'ancienne méthode, commençait l'excitation et où, avec ce procédé, on semble la *brûler*, la passer sous silence.

Il est inutile et même nuisible, pour faire cesser cette contraction du diaphragme, c'est-à-dire cet arrêt des mouvements respiratoires, de tapoter sur le creux épigastrique comme sur un tambour, d'y appliquer des chiquenaudes répétées et même de frotter plus ou moins vigoureusement les côtes. On peut se passer de cette dernière façon de faire, comme des autres qui, du reste, peuvent être le point de départ de réflexes dangereux et causer une syncope réflexe.

Ce serait le lieu d'étudier ici la façon dont se produisent l'asphyxie mécanique (obstruction du larynx par la langue, etc.), l'apnée, les *syncopes chloroformiques*, respiratoires, toxiques et cardiaques (Duret). Nous y renonçons, ceci n'ayant rien de spécial à notre sujet ; mais nous restons convaincu, avec certains physiologistes et les expérimentateurs d'Hyderabad, que, dans la plupart des cas, la *syncope est d'origine respiratoire*, et avec beaucoup de cliniciens que c'est là la cause de la mort la plus fréquente dans l'anesthésie chloroformique, quoique, à l'encontre de la syncope cardiaque, ce ne soit pas la plus grave.

3° *Circulation.* — C'est pour cela que nous n'attribuons qu'une importance très restreinte à l'examen du pouls, qui ne nous indique qu'il y a danger que quand le danger s'est réalisé! C'est la respiration, on ne saurait trop le répéter, qui signale l'imminence du péril dans la grande majorité des cas.

Pendant l'anesthésie normale, le pouls se modifie ; tout à fait au commencement, sous l'influence de l'émotion, il est irrégulier, fort et rapide. Plus tard, il diminue de fréquence, il devient calme et régulier ; et il garde ces caractères-là, tant que le sommeil est normal. Si, au début, il devient petit, souvent cela annonce des vomissements, et, la respiration restant régulière, on n'a — nous verrons bientôt pourquoi — qu'à forcer la dose de chloroforme. Si l'opération dure très longtemps et surtout s'il y a des hémorrhagies importantes pendant l'intervention, il peut faiblir dans une notable mesure, tout en conservant sa régularité. Si, tout à coup, l'anesthésie durant depuis quelque temps, il devient irrégulier, rapide, c'est qu'il y a menace d'asphyxie ; mais déjà la respiration est devenue irrégulière, la face colorée. S'il s'arrête, c'est de l'apnée

(1) Les sujets *qui s'observent* respirent *à peine* en général : ce qui explique, dans une certaine mesure, la longueur de la première phase de l'anesthésie. De même que des gens nerveux, — pour ne pas dire hystériques, — peuvent vivre sans prendre de nourriture, on dirait qu'il y a des personnes qui peuvent ne pas s'asphyxier en respirant à peine.

toxique par abus d'anesthésique, c'est-à-dire une syncope cardiaque ; cette syncope est secondaire, car il y a déjà quelques secondes, au moins dans la grande majorité des cas, que la respiration s'est arrêtée (syncope respiratoire primitive).

Les principes avancés par la commission d'Hyderabad, sur lesquels nous nous appuyons, n'ont pas cependant été admis par la plupart des chirurgiens, et, récemment encore (1), W. Braine maintenait qu'il y a certainement des cas où le cœur s'arrête avant la respiration. Des physiologistes français, connus par leurs travaux sur les anesthésiques (Dastre, etc.), sont aussi du même avis (2). Soit! Tout ce que nous soutenons, c'est qu'ils exagèrent notablement la fréquence de ces syncopes cardiaques primitives, et, avec M. Aubeau (3), chloroformiseur expérimenté à l'ancienne manière, on pourrait dire : « Pour nous autres, habitués à donner le chloroforme, le véritable danger, c'est d'abord et surtout la *syncope respiratoire.* » Nous nous moquons, en effet, de l'apnée toxique (abus d'anesthésique), car un coup d'œil suffit pour savoir d'avance quelle est à peu près la résistance d'un malade donné au chloroforme, et quelle dose lui convient.

Les chirurgiens admettront volontiers comme nous et les physiologistes,— nous le supposons du moins,— que la chloroformisation diminue la puissance expiratoire (4); d'ailleurs ils font tout ce qu'ils peuvent pour faciliter l'expiration (manœuvre de M. Labbé, soulèvement de la commissure, etc.) comme l'inspiration; mais il ne faut rien exagérer à ce point de vue. L'épée de Damoclès, suspendue au-dessus de la table d'anesthésie, reste encore la syncope respiratoire. La véritable syncope cardiaque primitive est exceptionnelle; malheureusement elle est toujours très grave.

4° *Vomissements.* — Il nous reste à parler d'un accident qui survient souvent pendant l'anesthésie. S'il n'est pas grave, il peut être fort ennuyeux : il s'agit *des vomissements.* Sans nous arrêter à la possibilité, au début, des vomissements alimentaires, lorsque, *ce qui est une faute*, on a laissé le malade prendre de la nourriture peu d'heures avant de l'endormir, il nous faut rappeler d'abord les quelques régurgitations ou les simples efforts de vomissements qui signalent parfois le moment où l'anesthésie se confirme; souvent, il est vrai, ce ne sont guère que de simples mouvements de déglutition.

Quant aux vomissements glaireux ou bilieux proprement dits, qui s'observent si fréquemment avec l'ancien procédé de chloroformisation, on les observe très rarement dans le procédé des doses faibles et continues, *bien administré*, à condition d'employer un chloroforme *bien pur*.

Il ne faut pas, sous prétexte que le malade a des nausées et fait des efforts de vomissement, arrêter l'anesthésie : ce que ne manque pas de faire le débutant, qui a peur, enlève le mouchoir, et laisse le patient se réveiller et vomir. Pendant ce temps, celui-ci se réveille complètement et tout ce qu'on avait fait est perdu. C'est, qu'en effet, les vomissements se produisent, très nettement, quand la dose d'anesthésique est mal graduée et insuffisante. Il faut donc anesthésier le patient plus complètement quand il a des nausées; pour cela il suffit d'appliquer plus fortement la compresse sur le visage, de façon à laisser entrer le moins d'air possible. Si cela ne les fait pas cesser, on force la dose de chloroforme, et au lieu de verser 5 à 6 gouttes sur la compresse, on peut aller de 8 à 10, pour une fois au moins. De cette façon, si on ne les arrête pas ou ne les modère pas, et s'ils cessent d'eux-mêmes on n'en a pas moins empêché l'air de passer, et le malade s'est endormi de nouveau; c'est le principal (1). La seule précaution à prendre, c'est de nettoyer de temps en temps la bouche avec une éponge montée, pour enlever les matières vomies ou les empêcher de tomber dans le larynx.

B. *Signes permettant de reconnaître le degré d'anesthésie.*

Nous n'insisterons pas beaucoup sur les signes qui permettent de reconnaître l'anesthésie : la *disparition de la sensibilité cutanée*, la *résolution musculaire*, par exemple, il n'y a rien là de spécial à notre procédé.

Tous les cliniciens savent, s'ils ne l'écrivent pas, que la région où la sensibilité musculaire persiste le plus longtemps, correspond à la *face interne des cuisses*, même chez l'homme. Si l'on presse violemment sur les muscles profonds de cette partie du corps (adducteurs de la cuisse), et s'il ne se produit pas de réflexes, on en conclut avec raison que le malade est endormi. Toutefois, il est peut-être bon de rappeler, à propos de l'énumération des signes qui permettent de reconnaître le degré d'anesthésie obtenue, certains faits qui ont été précisés dans ces derniers temps.

1° *Œil.* — Ainsi, il est parfaitement établi aujourd'hui que l'examen de l'œil, l'*état de la sensibilité de la conjonctive*, la forme de la pupille, n'ont aucune importance à ce point de vue. Certains chirurgiens ne veulent même pas qu'on s'en préoccupe. Cependant, la constatation de l'anesthésie cornéenne, si elle ne démontre pas que le sujet est parfaitement endormi (2), n'en indique pas moins, quand elle disparaît, que le malade se réveille. Il est vrai que cette constatation n'avance à rien, puisque, quand on constate que la cornée est devenue sensible, le sommeil n'est pas suffisant. Or, ce qu'on cherche, c'est d'abord de ne pas avoir de réveil. Il faut donc en conclure qu'au cours d'une opération, la cornée doit constamment rester insensible; mais c'est tout ce que son examen nous apprend, car souvent, surtout chez les alcooliques, elle l'est et l'opéré ne dort vraiment pas.

D'autre part, en ce qui concerne l'*état de la pupille* pendant l'anesthésie, on sait, depuis les recherches de MM. Budin et Coyne, à quoi s'en tenir? Le résumé suivant nous paraît répondre à ce qu'on observe dans la majorité des cas, avec le procédé dosimétrique.

« Au début, la pupille *se dilate*, à un degré variable, et plus au moins rapidement. Dans la narcose profonde (celle qu'on doit toujours obtenir) survient une *contraction* plus ou moins intense de la pupille, qui demeure immobile. Mais si, à ce moment, on diminue par trop la dose de l'anesthésique, la pupille *se dilate* petit à petit. Si, au contraire, le sommeil étant obtenu et étant profond, on continue à administrer du chloroforme et si l'on en donne une quantité trop considérable, la pupille, après s'être *plus fortement contractée*, *se dilate* tout à fait, *brusquement* et d'une façon assez considérable. C'est là la *dilatation pupillaire de l'apnée toxique commençante*, celle dont il faut se garder à tout prix, si l'on ne veut être obligé de recourir bientôt à la respiration artificielle ou tout au moins à l'emploi de l'oxygène (3). »

Mais que d'exceptions n'y a-t-il pas? On ferait mieux de dire que, souvent, pendant l'anesthésie, la pupille se dilate,

(1) Société médicale de Londres, 10 février 1890; in *Mercredi médical*, n° 7, p. 83. — Le compte rendu complet des travaux de la commission d'Hyderabad, avec reproductions photographiques des tracés, etc., sera publié par les soins du Nizam et envoyé à toutes les principales bibliothèques. Cette œuvre très méritoire n'est pas encore parue.

(2) Dastre. *Les anesthésiques*, Paris 1890.

(3) Aubeau. Société de biologie, 13 mars 1885.

(4) P. Langlois et Ch. Richet. Académie des sciences, 1er avril 1889.

(1) Nous ne comprenons pas pourquoi M. Forgue recommande de cesser les inhalations quand les vomissements se produisent (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 4 janvier 1890, n° 1, p. 1). L'observation clinique la plus élémentaire montre que c'est le meilleur moyen de laisser le malade se réveiller et de le faire vomir.

(2) Elle peut exister, alors que la face interne des cuisses est très sensible; ce qui se comprend très bien.

(3) *Progrès médical*, 1888, 2e semestre, p. 38.

se contracte, reste immobile, etc., sans que nous puissions en saisir la raison (1).

L'observation a donc montré depuis longtemps que la conjonctive n'était pas la partie de l'organisme qui conservait la dernière sa sensibilité, quoi qu'on en ait dit (2). Mais si M. le professeur Dastre et notre ami M. P. Loye ont montré que, pour les chiens, au moins, un autre réflexe (réflexe labio-mentonnier) persistait encore après la disparition du réflexe palpébral, chez l'homme, il n'est pas très facile de dire quels sont ceux qui sont encore constatables alors que la cornée est complètement insensible. Tout ce qu'on peut faire aujourd'hui, à ce point de vue, c'est de consigner les résultats fournis par les constatations cliniques qui vont suivre.

2° *Réflexes pelviens.* — Tous ceux qui ont endormi des laparotomisés, des lithotritiés, savent, en effet, que le réflexe pelvien et le réflexe vésical sont autrement plus longs à disparaître que le réflexe palpébral. Il y a même des cas où il est impossible, dit-on, de s'en rendre maître. Chez certaines femmes très nerveuses ou hystériques, ayant des lésions salpingo-ovariques de nature diverse, mais parfois encore mal connues, on n'y arriverait qu'à grand'peine; alors même que l'anesthésie complète aurait été obtenue de la façon la plus régulière, sans phase d'excitation, comme nous le montrerons bientôt, alors qu'elle serait très suffisante pour toute opération sur une autre partie du corps.

Il ne faut toutefois rien exagérer et ne pas faire rentrer dans cette catégorie de faits (impossibilité d'anesthésier complètement la partie de la moelle qui correspond aux centres génitaux ou vésicaux), tous les cas dans lesquels la persistance du réflexe pelvien ou vésical est notée. En effet, il est plus difficile qu'on ne pense d'endormir à fond de tels malades et *trop souvent ils ne dorment qu'à demi* avec l'ancien mode de chloroformisation. Ceux qui ont une certaine habitude du chloroforme et une réelle confiance dans le procédé qu'ils emploient, peuvent pousser plus avant l'anesthésie et arriver à supprimer ces réflexes si gênants pour le chirurgien, lors des opérations abdominales en particulier.

On sait que M. le professeur Guyon a insisté, tout particulièrement, sur la difficulté et même l'impossibilité d'anesthésier complètement le réservoir urinaire de certains calculeux vésicaux, de malades atteints de cystite ; il ajoute, dans son langage imagé, surtout lorsqu'il s'agit de malades à petite vessie, impossible à distendre.

Le fait est très réel ; et, certes, malgré une anesthésie profonde obtenue avec la méthode que nous avons décrite, il nous est arrivé parfois de ne pas pouvoir supprimer le réflexe vésical au cours de lithotrities surtout, au moment de la distension vésicale. Mais, nous le répétons, l'anesthésie totale de tout l'axe médullaire est le plus souvent possible et nous l'avons obtenue, avec le procédé des petites doses, à condition, bien entendu, de pousser fort loin la chloroformisation. A ce moment, il ne subsistait réellement plus que les réflexes cardio-pulmonaires. M. le professeur Guyon aurait pu obtenir cette anesthésie complète, si, dans son service, on avait pris la coutume d'employer la méthode de M. Labbé.

D'ailleurs, c'est M. Boncour qui a, le premier, attiré l'attention sur ce fait, qui nous avait, au début, beaucoup frappé et qui a fait dire — par exagération certainement — qu'avec l'ancien procédé de chloroformisation on n'endormait jamais à fond les malades. Il avait pu faire ces remarques au cours des lithotrities pratiquées par M. Reliquet. *(A suivre.)*

(1) Il y a encore des signes qui indiquent que le malade se réveille ou bien qu'il n'est pas encore endormi, et sur lesquels on n'insiste pas dans les traités classiques : c'est d'abord le *renversement en arrière des axes optiques* — Duret a montré que, dans l'anesthésie profonde, ces axes reviennent à l'horizontalité; puis la *perte des mouvements associés* (Mercier et Warner). Le seul fait de voir les axes optiques diverger ou se déplacer en sens différents est un bon signe d'anesthésie incomplète. Ces remarques nous ont rendu souvent d'utiles services; c'est ce qui fait que l'examen du globe de l'œil pendant l'anesthésie a toujours pour nous un réel intérêt, s'il n'est pas indispensable.

(2) Beaunis. *Traité de physiologie*, 3e édit., 1888, t. II, p. 854.

Par décret, en date du 4 juin 1890, M. le docteur Levrier, médecin auxiliaire de deuxième classe, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe de la marine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 9 juin 1890.

Le projet de loi organisant l'assistance médicale dans les campagnes vient d'être déposé sur le bureau de la Chambre des députés.

Ce projet rend l'assistance médicale obligatoire. La liste des ayants-droit — distincte de celle des indigents proprement dits — sera dressée par un bureau d'assistance qui doit être créé dans chaque commune. Revisée tous les trois mois, la liste comprendra les habitants privés, par la maladie, des ressources obtenues par leur travail. Tout habitant aura le droit de faire ajouter ou supprimer sur la liste le nom des personnes omises ou inscrites à tort.

Les secours médicaux devront être donnés à domicile, toutes les fois que cela sera possible. — Dans chaque commune ou syndicat de communes, consultations gratuites et médicaments remis gratuitement dans un dispensaire. — Infirmerie pour les malades qui ne sauraient être traités à domicile. — L'hôpital le plus voisin admettra les malades qui ne pourraient être soignés à l'infirmerie.

Le Conseil général fera, pour chaque département, le règlement que devront suivre les communes de ce département. La plus grande liberté sera laissée pour les détails d'exécution.

Les villes qui possèdent déjà une assistance médicale ne seront pas soumises au règlement départemental.

Telles sont les grandes lignes de ce projet qui se résument en la création :

1° De dispensaires dans les communes;

2° D'infirmeries, dans les communes ou syndicats de communes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Kyste dermoïde de la région occipito-mastoïdienne.

(Observation recueillie par M. GENOUVILLE, interne du service.)

D..., trente-deux ans, valet de chambre; couché au n° 23 de la salle Boyer; vigoureux et présentant toutes les apparences d'une bonne santé; rien de particulier dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

Le malade présente une petite tumeur de la région occipito-mastoïdienne droite, tumeur dont le début est fort ancien. Il se rappelle qu'à l'âge de quatorze ans, il en était déjà porteur, mais sans pouvoir préciser davantage. La tumeur a grossi d'une manière insensible et continue : à quatorze ans elle était comme une noisette; aujourd'hui elle est comme un œuf de poule.

Elle est et a toujours été absolument indolente, et n'a jamais présenté de symptômes d'inflammation. La seule raison qui porte le malade à réclamer une intervention, est le volume, qui commence à devenir gênant sous le chapeau, surtout étant donné le siège de la tumeur.

Le malade entre le 21 février 1890.

La tumeur siège au voisinage de la suture occipito-pariétale droite, à égale distance de la protubérance occipitale externe et de l'apophyse mastoïde. Son volume est celui d'un œuf de poule, sa forme arrondie; à son niveau, la peau est normale, normal aussi le développement des cheveux (sauf trois plaques de psoriasis du cuir chevelu qui, d'ailleurs, siègent non sur la tumeur mais au voisinage, sauf aussi une petite cicatrice blanchâtre, de 1 centimètre d'étendue, cicatrice qui paraît ancienne et semble témoigner d'une chute sur la tête).

Cette peau est absolument mobile sur la tumeur, laquelle est également mobile sur les parties profondes. La tumeur est molle, non tendue et point fluctuante; elle présente des lobules en deux points, n'est pas réductible, ni animée de battements; enfin, elle est absolument insensible à la pression.

Sur le corps du malade, à l'avant-bras, on trouve encore deux petites tumeurs molles, aplaties, du volume d'une petite noisette, et qui sont deux lipomes.

M. Després établit son diagnostic entre trois affections : une encéphalocèle réduite aux membranes, un kyste congénital ou dermoïde à parois épaisses, et un fibro-lipome sous-cutané du cuir chevelu. Suivant lui, il est impossible de dire absolument à quelle tumeur on a affaire.

Cependant, il pense qu'une encéphalocèle eût été remarquée et eût persisté depuis la naissance. Ce n'est pas là, disait-il aussi, la place des kystes dermoïdes; ceux-ci sont situés plus près de l'oreille ou de la nuque; et comme, d'autre part, il existe une cicatrice sur la peau, il se pourrait que la tumeur fût un fibro-lipome, suite d'un ancien hématome.

Mais comme le traitement du lipome et du kyste dermoïde est le même, il lui paraissait inutile de faire une ponction exploratrice, l'opération permettant de faire le diagnostic absolu. Le malade est opéré le 26 février sans chloroforme. Une incision en croissant conduit sur la tumeur qui adhère fortement à l'aponévrose épicranienne. L'excision est pratiquée au moyen d'un bistouri et des ciseaux courbes, le lambeau en croissant est rabattu sur la plaie après la ligature d'une artériole, dont le fil est laissé pendant au dehors. Un seul point de suture au fil d'argent rapproche les deux bords de la plaie, sur laquelle on applique un cataplasme de farine de graine de lin.

Les suites de l'opération sont des plus simples : sous les cataplasmes renouvelés matin et soir, la réunion par première intention s'effectue, sans aucune élévation notable de température (le maximum fut 37°6 le lendemain de l'opération).

Le sixième jour, on enlève le fil d'argent de la suture, et le 19 mars le malade sort guéri, sa plaie complètement cicatrisée.

L'intérêt de cette observation est tout entier dans la rareté d'un kyste dermoïde à cet endroit et surtout l'apparence du développement de la tumeur longtemps après la naissance.

La réunion par première intention sous le cataplasme, au sixième jour, montre encore que les pansements nouveaux ne l'emportent pas sur les anciens.

HOPITAL ANDRAL. — M. Debove.

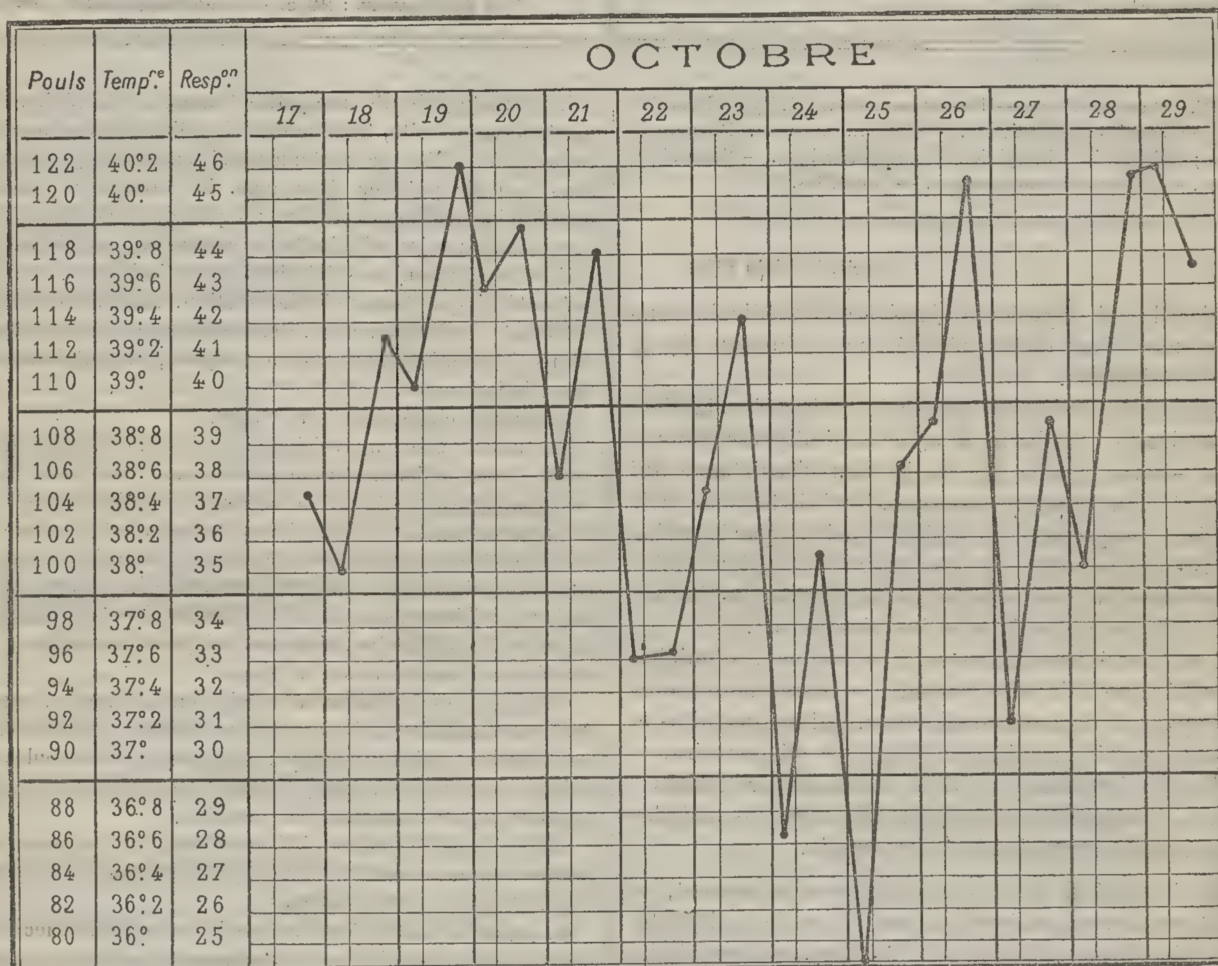
Pneumonie infectante; endocardite tricuspidienne pneumococcique.

(Observation recueillie par M. le docteur I. Bruhl, ancien interne des hôpitaux.)

Nous avons eu dernièrement l'occasion de voir dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Debove, un pneumonique, dont l'histoire nous a paru intéressante à plusieurs points de vue.

Voici d'abord cette observation quelque peu résumée :

Le nommé J... (Charles), âgé de cinquante-deux ans, plombier,



entre le 17 octobre 1889 à l'hôpital Andral, dans le service de M. le professeur Debove, pour une affection qui aurait débuté quinze jours auparavant à l'occasion d'un refroidissement. A cette époque, le malade aurait été pris de frissons, accompagnés de fièvre, et d'une douleur vive dans le côté droit avec dyspnée et toux. L'examen de la poitrine fait reconnaître une pneumonie typique du lobe supérieur du poumon droit; l'expectoration est peu colorée, mais aérée et visqueuse; la dyspnée est moyennement intense, on ne compte que 28 respirations à la minute ; cependant la température est assez élevée; le pouls est plein et régulier; on note 90 pulsations. En dehors des symptômes de pneumonie, on constate à l'auscultation de nombreux râles sibilants et quelques gros râles sous-crépitants disséminés dans les deux poumons.

Nous nous trouvions donc en présence d'un malade atteint de bronchite généralisée avec un foyer pneumonique. Comme nous avions affaire à un homme robuste, n'ayant jamais commis d'excès alcooliques, nous pouvions espérer une issue favorable. Toutefois, l'interrogatoire nous avait appris que notre patient était sujet à des bronchites répétées, qu'il était emphysémateux. Il était, sans doute, prédisposé, au moins dans une certaine mesure, à ces accidents par une déformation notable du thorax, conséquence d'une scoliose, qui remontait à une époque fort éloignée. Pendant les premiers jours, l'évolution de la pneumonie semblait devoir être favorable ; cependant nous étions frappé de la persistance des signes physiques, qui ne se modifiaient en rien.

Le cinquième jour de son séjour à l'hôpital (21 octobre), le malade fut pris dans l'après-midi d'un frisson intense, prolongé, après lequel la température atteignit 39°8; depuis ce jour, l'état général s'aggrava notablement. Ce frisson se renouvela quatre fois dans l'espace de dix jours : les accès de fièvre revenaient d'une façon irrégulièrement intermittente ; la courbe thermique était représentée par de grandes oscillations; en effet, tandis que la température vespérale dépassait 40 degrés (température axillaire), la température du matin restait parfois audessous de la normale (36 degrés). Le faciès s'altéra rapidement. Le malade était évidemment atteint d'une infection grave, dont la terminaison fatale devait être proche.

En présence de ces frissons répétés, de cette altération rapide

de l'état général, nous avions bien songé à la possibilité d'une endocardite; aussi à diverses reprises avions-nous soigneusement pratiqué l'auscultation du cœur; à aucun moment nous n'avons entendu de souffle, ni constaté de bruit anomal; pendant toute la durée de l'affection, le pouls était resté plein et régulier. Jamais nous n'avons observé ni œdème, ni cyanose, ni pouls veineux, ni distension des jugulaires. Le malade mourut dans un état subcomateux, le 30 octobre, sans avoir eu de délire.

Nous avons pu faire l'*autopsie* le 1er novembre, quarante-deux heures après la mort. Elle permit de vérifier tout d'abord le diagnostic de pneumonie : le lobe supérieur du poumon droit formait un bloc dur, à l'état d'hépatisation rouge, revêtu d'une plèvre épaissie. En outre, nous avons trouvé de nombreux lobules emphysémateux, surtout dans le poumon gauche. Pas d'exsudat pleural. Pas de suppuration pulmonaire.

Le cœur, de volume normal, renferme des caillots fibrineux dans les cavités gauches; mais il n'existe aucune altération de la valvule mitrale. Par contre, en ouvrant le cœur droit, on se trouve en présence d'une endocardite aiguë, récente, siégeant uniquement sur les bords de la valvule tricuspide, au voisinage de l'orifice auriculo-ventriculaire. Cette endocardite, végétante et verruqueuse, se faisait surtout remarquer par la présence de quatre petites saillies coniques, mamelonnées, mesurant environ 5 millimètres de hauteur et présentant une surface grenue, formée de granulations très petites, paraissant toutes avoir sensiblement le même volume. Près de la cloison interventriculaire, existait une tuméfaction du volume d'une noisette, non pédiculée, entourée de caillots : cette petite tumeur était presque uniquement constituée par de la fibrine. De plus, en trois points, nous avons noté des ulcérations déterminant dans la valvule des encoches assez régulières; enfin, en certains points nous avons constaté une nécrobiose des tissus de la valvule, sur le point de se désagréger; ces infarctus présentaient à peu près la forme et les dimensions des ulcérations. Nous n'avons constaté aucune autre altération, ni orificielle, ni valvulaire.

Le foie était manifestement augmenté de volume; il était jaune, luisant, gras. Sous la capsule, nous avons rencontré un infarctus jaunâtre, mesurant environ 1 centimètre cube; à son niveau, la surface hépatique présentait une légère dépression. La rate, un peu augmentée de volume, était diffluente. Les reins paraissaient sains à l'œil nu : leur volume était normal; la capsule se décortiquait facilement.

Nous avons procédé à l'examen histologique et microbiologique de certains organes. Le poumon nous a montré les lésions de la pneumonie et, dans des coupes, il nous a été aisé de retrouver des pneumocoques. L'examen de la valvule tricuspidienne, durcie dans l'alcool absolu, nous a permis de constater la prolifération des éléments cellulaires et une infiltration de cellules jeunes. De plus, nous avons pu suivre le processus aboutissant à l'ulcération : nous avons vu, en effet, sur les bords de la valvule, plusieurs foyers de désagrégation; ces régions nécrobiosées se coloraient mal par le picrocarmin; on n'y retrouvait que des détritus granuleux d'éléments dégénérés sur le point de s'éliminer pour faire place à la perte de substance.

Nous avons cherché dans les coupes de cette valvule des pneumocoques en appliquant la méthode de Weigert; nous avons pu y constater leur présence en très grand nombre; ils étaient reconnaissables à leur forme, à leur volume, parfois à leur capsule, dont nous avons pu vérifier l'existence en divers points. Ce qui nous a surtout frappé, c'était la disposition des micro-organismes; tantôt ils étaient disséminés dans les coupes; mais le plus souvent les coccus formaient des traînées allongées, parallèles au bord libre de la valvule, et au voisinage de ce bord. Ils se présentaient aussi en amas, véritables colonies arrondies, où on les trouvait en très grand nombre; ces colonies étaient situées dans le tissu même de la valvule, à une petite distance de son bord libre; elles paraissaient siéger surtout autour des vaisseaux, dont elles pouvaient amener l'oblitération : ainsi s'expliquerait d'une façon plausible la mortification de certaines régions de la valvule par un processus comparable à celui qui aboutit à la formation d'un infarctus.

Nous avons également examiné de nombreuses coupes du foie au niveau de l'infarctus, où on ne reconnaissait plus la structure du lobule hépatique; dans cette région désorganisée nous avons encore trouvé quelques rares pneumocoques.

En résumé, nous avons assisté au développement d'une pneumonie classique, suivie d'une infection pneumococcique; cette infection s'est localisée uniquement au cœur droit; et, malgré une altération considérable de la valvule tricuspide, cette lésion a été latente au point de vue fonctionnel pendant la vie du malade; à aucun moment nous n'avons observé de symptôme qui ait pu faire songer à une lésion tricuspidienne.

Nous savons depuis longtemps que la pneumonie est une cause d'endocardite; et, d'après les statistiques d'Osler, on peut admettre que cette complication se rencontre dans 25 p. 100 des cas de pneumonie. Nous savons aussi que, si l'endocardite du cœur gauche est la règle, l'endocardite droite n'est, cependant, pas une exception rare. Voici, en effet, quelques chiffres que nous empruntons au mémoire de Netter sur l'endocardite pneumonique : sur 82 cas passés en revue, la lésion a été exclusivement localisée au cœur droit dans 12 cas, qui se répartissent comme suit : 5 fois on a trouvé une lésion de l'orifice pulmonaire, 5 fois une lésion de l'orifice tricuspidien, et 2 fois une lésion de l'oreillette. Cette proportion relativement considérable des endocardites droites pourrait s'expliquer par le trouble de la circulation pulmonaire, inséparable d'une pneumonie sérieuse; il y a séjour prolongé du sang veineux dans les cavités droites du cœur, frottement plus grand au niveau des orifices.

En parcourant la littérature médicale, nous avons rencontré un certain nombre d'observations analogues à la nôtre. Tout d'abord, dans un mémoire de Colomiatti (1), consacré à l'étude de l'endocardite tricuspidienne, nous trouvons notée plusieurs fois la coïncidence de la pneumonie et de l'endocardite.

Voici très succinctement résumées ces observations : Un homme de cinquante-trois ans, atteint de néphrite interstitielle, meurt de pneumonie; il n'avait jamais présenté aucun symptôme d'affection cardiaque; à l'autopsie, on a trouvé un cœur de volume normal; l'unique lésion siégeait sur la valvule tricuspide sous forme de végétations récentes, verruqueuses; il existait, en outre, une perforation de la valvule. Dans un autre cas, il s'est agi d'une femme de soixante ans, admise à l'hôpital pour une pleuro-pneumonie gauche, à laquelle elle succombe au bout de quatre jours; à l'autopsie, on trouve une endocardite végétante localisée uniquement à la valvule tricuspidienne et des infarctus pulmonaires récents. Colomiatti cite un cas analogue chez une femme de soixante-quinze ans, morte de pneumonie. Enfin, dans un quatrième cas, il s'est agi d'une femme de cinquante-six ans, atteinte de pneumonie gauche; la malade succombe à une affection qui a revêtu les allures d'une tuberculose miliaire; à l'autopsie, on trouve une pneumonie grise de la partie moyenne du poumon gauche, avec infarctus hémorrhagiques, et une endocardite végétante limitée à l'orifice pulmonaire; l'auteur y a signalé la présence de nombreux micro-organismes. Cette femme, qui avait toujours eu une bonne santé, n'avait jamais

(1) Colomiatti. *Archives italiennes de biologie*, 1880.

présenté de symptômes en rapport avec une affection cardiaque.

Nous avons également trouvé une observation analogue de Walther Smith (1). Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, qui fut pris subitement de dyspnée, de toux, de fièvre, avec tous les signes physiques d'une pneumonie gauche ; à ce moment, on ne constate aucune complication cardiaque. Le malade entra en convalescence, au neuvième jour ; mais il eut une rechute ; on trouva un nouveau foyer pneumonique avec expectoration rouillée ; l'état général devint de plus en plus mauvais ; une diarrhée intense survint, et le malade mourut. Dix jours avant la mort, on entendit un souffle systolique à la pointe, ce qui fit penser à une endocardite ulcéreuse. A l'autopsie, on trouva des foyers de broncho-pneumonie. L'artère pulmonaire gauche contenait un caillot adhérent à la paroi ; le foie était très augmenté de volume, la rate hypertrophiée présentait plusieurs infarctus. Le cœur était sain en apparence ; en ouvrant les cavités cardiaques droites, on ne put constater qu'une seule lésion, localisée à la valvule tricuspide, qui était le siège d'une endocardite végétante des plus prononcées.

Les exemples d'endocardite tricuspidienne pneumonique ne sont donc pas très rares. Presque toujours cependant, la lésion n'a été reconnue qu'à l'amphithéâtre. Comme pour les endocardites infectieuses, en général, la symptomatologie est souvent vague. « Au point de vue clinique, dit M. Barié (2), la maladie évolue souvent de la façon suivante : par l'examen journalier, on constate que la pneumonie poursuit son cours régulier ; la défervescence va se produire ou s'est déjà produite, quand surviennent des accidents typhoïdes graves ou des accès fébriles intermittents, avec symptômes de pyohémie ; l'auscultation du cœur peut alors venir en aide au diagnostic, en permettant de reconnaître la présence d'une endocardite ; d'autres fois, elle est muette ou insuffisante, et l'autopsie seule dénote l'étendue et la gravité des lésions du cœur. »

Cette proposition se vérifie pour notre cas ainsi que pour ceux de Colomiatti et de Smith : la lésion tricuspidienne n'avait donné lieu, dans tous ces exemples, à aucun trouble fonctionnel en rapport avec une affection cardiaque. Seuls l'état général, indice d'une infection grave, et la courbe thermique traduisant des accès de fièvre irrégulièrement intermittente avaient pu faire songer à une lésion endocardique.

Quel lien existe-t-il entre la pneumonie et l'endocardite tricuspidienne ? On pourrait, à l'occasion de notre observation, se poser la question suivante : l'endocardite a-t-elle préexisté à la pneumonie ? ou a-t-elle été post-pneumonique ? Tout semble plaider en faveur de cette dernière hypothèse. En effet, si l'endocardite pneumococcique était primitive, on pourrait expliquer la lésion pulmonaire par le transport des pneumocoques par l'artère pulmonaire ; mais il nous manquerait la porte d'entrée du microbe dans le sang. En admettant, au contraire, que la pneumonie ait été primitive, le pneumocoque se trouve tout naturellement dans le sang ; il arrive donc forcément au cœur gauche, et c'est là qu'il détermine d'ordinaire les lésions de l'endocardite pneumonique. Y a-t-il, dans notre cas particulier, une raison qui ait pu déterminer la localisation de la lésion au cœur droit ?

Nous croyons qu'elle existe, et nous sommes autorisé à invoquer la moindre résistance du cœur droit, conséquence d'un surmenage prolongé de cet organe. Nous avons, en effet, rappelé que notre malade était sujet à des bronchites répétées, qu'il était emphysémateux et qu'il était prédisposé à tous ces accidents par la déformation thoracique, conséquence de sa scoliose.

Rien ne semble plus naturel que d'admettre, dans ces conditions, une gêne de la circulation en retour et un certain degré de dilatation du cœur droit. Celui-ci est devenu ainsi un *locus minoris resistentiæ* : aussi est-ce sur lui que devait de préférence se localiser l'endocardite pneumococcique.

(1) W. Smith. *Transact. Acad. Med.*, Dublin 1886.

(2) Barié. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article Endocardite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juin 1890. — Présidence de M. Nicaise.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'EXTIRPATION DU RECTUM

M. Marchand. L'opération que l'on décrit sous le nom de Kraske a été exécutée auparavant à peu près de la même façon, par Dieffenbach. Cependant, ce chirurgien fendait le sphincter anal en avant et en arrière. Sauf cette particularité, les différents temps des deux opérations sont les mêmes.

M. Terrier. Le procédé de Dieffenbach n'est pas bon. On sait que la section des nerfs qui se rendent au rectum peut amener, pendant un certain temps, de l'incontinence des matières fécales. Cette incontinence sera d'autant plus marquée et d'autant plus fréquente que l'on aura fendu le sphincter à sa partie antérieure et à sa partie postérieure. La suture du sphincter ne réussit pas à rétablir la fonction de ce muscle.

Dans l'opération de Kraske, il vaut mieux ne pas toucher au coccyx. En agissant sur la partie latérale du sacrum et du coccyx, on respecte les insertions du sphincter : ce qui est préférable pour conserver l'intégrité des fonctions de ce muscle.

M. Quénu est du même avis que M. Terrier. Tout dernièrement M. Quénu a eu l'occasion d'opérer un cancer limité du rectum. La tumeur avait un siège élevé et n'occupait que la moitié de la circonférence de l'intestin. Il a fait l'opération de Dieffenbach. L'opéré a eu de l'incontinence des matières fécales pendant longtemps.

M. Pozzi a déjà attiré l'attention des membres de la Société de chirurgie sur les avantages de l'incision para-sacrée. Wöfler a préconisé cette méthode non seulement pour enlever les cancers rectaux, mais aussi les néoplasmes malins de l'utérus. L'incision para-sacrée est avantageuse. Elle peut être tout d'abord exploratrice. Si elle est insuffisante, on réséquera le coccyx et la partie inférieure du sacrum.

M. Marchand pense qu'on a tort de mettre en doute la possibilité du rétablissement de la fonction sphinctérienne, lorsqu'on suture les portions du muscle, incisé sur la ligne médiane. Les différentes opérations qui se font chez la femme atteinte de déchirure périnéale et de section du sphincter anal, ont démontré que l'on pouvait rétablir les fonctions de ce dernier muscle.

M. Quénu croit qu'il ne faut pas assimiler la réparation du sphincter chez la femme avec ce qui se passe chez l'homme, dans l'opération de Dieffenbach, par exemple. Il y a lieu de remarquer que, dans cette dernière intervention, on coupe le sphincter en avant et en arrière, et on résèque le coccyx et une partie du sacrum ; de sorte que les fonctions du sphincter sont singulièrement compromises.

M. Terrier a pratiqué l'opération de Dieffenbach. Il s'agissait d'un Allemand atteint d'un rétrécissement congénital, siégeant à 3 centimètres de l'anus. M. Terrier a enlevé ce rétrécissement

congénital comme il l'aurait fait pour une tumeur cancéreuse. Il réunit le bout supérieur au bout inférieur et sutura le sphincter divisé à sa partie postérieure. Malgré cette précaution, l'opéré garda un certain degré d'incontinence des matières fécales.

M. VERNEUIL. La section postérieure du sphincter anal et la résection du coccyx n'entraînent pas toujours des conséquences aussi déplorables. Les opérés n'ont pas de l'incontinence, quand on leur fait la rectotomie linéaire postérieure. Les fonctions du sphincter se rétablissent très bien. M. Verneuil a eu l'occasion de revoir un malade qu'il avait opéré, il y a vingt-cinq ans, pour un rétrécissement congénital. Cet homme garde très bien ses matières.

L'ablation du coccyx, qui accompagne souvent la section postérieure du rectum, n'est pas suivie d'incontinence des matières. On peut même négliger la suture du sphincter. Quand on pratique la rectotomie linéaire dans les cas de syphilome rectal, on obtient le rétablissement de la fonction du sphincter.

Mais quand on coupe le muscle en avant et en arrière, le résultat n'est pas le même. Il y a souvent, dans ces cas, une incontinence rebelle.

M. BERGER. On a exagéré les inconvénients qui résultent de la section du sphincter anal. M. Berger a plusieurs fois pratiqué la rectotomie linéaire postérieure. L'incision remontait parfois à une hauteur de 15 centimètres. Malgré cela, les résultats fonctionnels ont été bons. Les opérés retenaient les matières fécales dures.

En cas de diarrhée, il y avait de l'incontinence. Mais en entretenant les opérés dans un état de semi-constipation, ou mieux en évitant chez eux la diarrhée, on les empêchait de perdre les matières fécales.

Du reste, quand on introduisait le doigt dans leur rectum, on constatait la contraction totale du muscle anciennement divisé. Souvent même il est nécessaire de dilater le rectum des individus qui ont eu le sphincter rectal sectionné.

Quand il s'agit d'une petite rectotomie, la fonction sphinctérienne est vite et facilement rétablie.

L'opération de Kraske a un avantage, c'est de donner une large brèche qui facilite l'extirpation de grosses tumeurs rectales.

M. QUÉNU. Il faut expliquer les raisons qui font que le malade ayant subi la section sphinctérienne, dans un cas de syphilome rectal, conserve assez bien les matières fécales. M. Quénu a remarqué, chez un individu atteint de syphilome rectal, que le sphincter anal n'existait pas, comme muscle distinct. La partie musculaire avait disparu.

Lorsque l'on opère ces individus, il se produit après l'intervention un certain degré de rétrécissement. C'est ce rétrécissement relatif qui masque la perte de la fonction sphinctérienne. Les opérés n'ont pas d'incontinence, parce que leur rectum est un peu rétréci.

M. ROUTIER. Il y a parfois incontinence des matières fécales, même quand on a respecté le sphincter. Il faut faire entrer en ligne de compte, la section qui porte sur les nerfs se rendant au rectum. Cette section produit l'incontinence.

La règle est de conserver, autant que l'on peut, 5 ou 6 centimètres au-dessus du sphincter anal. C'est ainsi que l'on a des chances d'éviter l'incontinence.

M. TERRIER croit que l'on peut s'efforcer d'obtenir un meilleur résultat que celui obtenu par M. Berger.

M. RICHELOT développe les mêmes raisons que M. Routier.

M. VERNEUIL insiste sur le rétablissement de la fonction sphinctérienne après la rectotomie linéaire postérieure, dans les cas de syphilome rectal. M. Quénu a dit que le sphincter anal n'existait pas, dans un cas qu'il a observé. Cela se voit quand le syphilome atteint et l'anus et le rectum. Mais le syphilome ano-rectal n'est pas souvent observé. Lorsque le syphilome siège à une certaine hauteur, le sphincter existe et conserve sa contractilité.

M. RICHELOT dépose une observation de M. Milot-Carpentier sur un kyste du tendon du demi-tendineux.

COMMUNICATION

Ablation d'un épithélioma du rein gauche par la voie abdominale; guérison datant de deux ans. — M. TERRILLON. Il s'agit d'un sujet de quarante-cinq ans qui avait vu apparaître, six mois auparavant, des douleurs violentes dans la région lombaire et des hématuries. Un amaigrissement considérable était survenu. L'examen faisait reconnaître l'existence d'une tumeur volumineuse du rein gauche. Le néoplasme qui faisait saillie en avant était recouvert par l'intestin, et s'étendait par en bas jusqu'à la crête iliaque. L'ablation était impossible par la voie lombaire.

On fit une incision de 25 centimètres environ, le long du bord externe du muscle droit du côté gauche. L'opération présenta ceci de particulier, c'est que la décortication de la tumeur fut extrêmement difficile. Ce temps opératoire ne dura pas moins d'une heure. On réussit à poser une double ligature sur le pédicule. Ceci fait, on sutura toute cette large plaie intra-abdominale aux téguments de la paroi. On réussit ainsi à faire un long trajet aboutissant dans la profondeur à la région lombaire, s'ouvrant à la paroi abdominale et séparée à droite et à gauche de la ... remplie de péritonéale et des intestins. Cette plaie profond... ...eures. La guérison fut gaze iodoformée. L'opération dura de... ...deux ans. Il s'agit d'un épithé- obtenue. L'opérée va bien dep... 1 200 grammes. lioma rénal pesant de ... entretenu la Société d'un malade, qui se pré-

M. QUÉNU a ... sentait ...s les conditions à peu près identiques, et qui a été opéré ...e la même façon.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. La longue survie du malade de M. Terrillon est digne de fixer l'attention. Depuis quelque temps, on a une tendance à ne pas intervenir dans les cas de néoplasme malin du rein. Certes, quand les ganglions sont envahis, quand la tumeur s'est propagée de l'autre côté de la colonne vertébrale, il est préférable de ne pas opérer. L'observation de M. Terrillon démontre que l'extirpation du rein peut donner d'excellents résultats, quand elle est entreprise dans de bonnes conditions.

RAPPORT

M. NIMIER lit un rapport sur quelques observations de M. Moty :

1° Rupture de l'intestin par coup de pied de cheval. Guérison;

2° Trépanation cranienne à la suite d'une plaie partant sur la région pariétale;

3° Ostéite tuberculeuse du pubis. Ablation.

PRÉSENTATION DE MALADES

Exstrophie de la vessie. — M. SEGOND présente un malade anciennement atteint d'exstrophie de la vessie. Opération en une seule séance. La vessie est tapissée, sur toute sa surface interne, par une muqueuse. Il n'y a donc pas à douter pour cet opéré la formation de concrétions.

Moignon conique; restauration. — M. BERGER présente un homme auquel il a fait la restauration d'un moignon conique et ulcéré.

Le résultat est parfait. M. Berger s'est servi du procédé italien (transport d'une large portion de peau avec du tissu cellulaire).

M. RECLUS a eu l'occasion de traiter un malade qui portait deux ulcères variqueux. Un des ulcères avait été traité par M. Berger suivant la méthode italienne. M. Reclus tenta la cure de l'autre ulcère par la méthode de Thiersch. Le résultat primitif fut excellent. Mais, peu de temps après, M. Reclus constata que son opération avait donné un résultat définitif fort inférieur à celui que M. Berger avait obtenu sur le même individu.

M. BERGER. Il ne faut pas se féliciter trop tôt d'avoir obtenu un bon résultat. Parfois, l'épidermisation s'est faite dans d'excellentes conditions. Bientôt, du sang apparaît sous l'épiderme. Il se produit du décollement et l'ulcère ne tarde pas à se montrer.

M. TERRIER. Le malade de M. Berger se trouvait dans des conditions spéciales. C'est un individu qui a dû être amputé à la suite

d'un traumatisme, c'est dire que l'innervation et la circulation du membre étaient intactes, quand on a fait la restauration. Dans ces conditions, tous les autres procédés de restauration auraient eu des chances de réussir.

Il n'en est pas de même, quand il faut traiter des ulcères variqueux. Ici, les tissus sont altérés; les nerfs sont malades; la circulation est languissante. Les greffes épidermiques prennent mal dans ces conditions.

M. QUÉNU. Il n'y a pas une aussi grande différence que le dit M. Terrier dans les deux hypothèses qu'il envisage.

Le tissu de granulation qui se trouve sous l'épiderme a une nutrition oscillante, il subit parfois des résorptions, sous des influences mal définies. Ces résorptions font comprendre la possibilité d'une perte de vitalité du tissu transplanté.

Dans un cas, M. Quénu, après des sections nerveuses multiples, empêcha l'ulcération de se reproduire, après la transplantation d'un lambeau de peau.

Le procédé de M. Berger est excellent.

M. RECLUS. Toutes choses égales d'ailleurs, la méthode italienne est supérieure aux autres méthodes. Néanmoins la méthode de Thiersch rend, dans certains cas, d'excellents services.

M. BERGER n'a employé que rarement son procédé pour combler des pertes de substance d'origine traumatique. Il préfère employer d'autres méthodes plus commodes à exécuter et moins pénibles pour les malades. Il faut réserver la méthode italienne modifiée pour réparer des ulcères. Ce procédé est indiqué dans les cas réfractaires à toutes les autres méthodes.

Fracture de l'olécrane. — **M. MICHAUX** présente un malade atteint de fracture de l'olécrane. Suture osseuse. Guérison sans ankylose.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur le syndrome bulbo-médullaire constitué par l'analgésie, la thermanesthésie et les troubles sudoraux ou vaso-moteurs [substance grise latéro-postérieure] (1), par M. le professeur J. GRASSET.

Dans ces derniers temps, la disparition de la faculté de percevoir les sensations de chaud ou de froid (thermanesthésie) et les sensations douloureuses (analgésie), avec conservation de la sensibilité tactile, a pris, en pathologie, une importance et un intérêt très grands.

Le syndrome sensitif, ainsi constitué, se présente dans la syringomyélie ; par lui seul, pour quelques auteurs, il serait capable d'en déterminer le diagnostic ; nos lecteurs peuvent, à ce propos, se rapporter à une récente Revue générale de M. Blocq.

M. Grasset rapporte l'histoire curieuse d'un malade de son service qui présente, *dans tout le côté droit*, une thermanesthésie absolue et une analgésie très profonde, avec conservation de la sensibilité tactile et de la sensibilité à la pression. De plus, du même côté, il présente des troubles sudoraux et vaso-moteurs évidents ; il sue beaucoup plus et beaucoup plus facilement du côté droit que du côté gauche. De ce côté encore, il existe une élévation notable de la température de la peau qui dépasse d'un degré celle de la peau du côté opposé. Ce n'est pas tout. On relève encore de l'hémiparésie *gauche*, avec une paralysie complète de la face du même côté et l'abolition totale du sens du goût dans la moitié gauche de la langue.

Comment interpréter ces faits si complexes ? Cette observation est, pour M. Grasset, le point de départ d'une ingénieuse discussion. On peut, par élimination successive, montrer que la substance blanche tout entière, cordons antéro-latéraux et postérieurs, est hors de cause dans la production du syndrome sensitif, analgésie et thermanesthésie. Dans la substance grise, on peut éliminer de même les cornes antérieures pourvues de cellules motrices, et la substance qui avoisine le canal central, substance par laquelle passent indifféremment les sensations de divers ordres. Restent donc seulement les racines postérieures. Or, précisément une expérience de Schiff tend à démontrer que c'est par ces racines postérieures que cheminent les sensations de douleur et de température. Il est vrai que cette expérience n'a pas pu être répétée par les physiologistes. La clinique serait ici plus démonstrative que l'expérimentation ; il en est de même, du reste, pour les autres départements médullaires.

D'après M. Pierret, c'est dans les mêmes cornes grises postérieures, dans les colonnes de cellules qui leur appartiennent, que sont localisés les centres sudoraux. On comprend, dès lors, très bien, que les troubles de la sudation accompagnent la thermanesthésie et l'analgésie ; ils complètent le syndrome. Et ce syndrome n'est nullement l'apanage exclusif de la syringomyélie. Ce qui importe ici, c'est la localisation et non la nature des lésions. Si la syringomyélie s'accompagne si souvent de ces manifestations sensitives dissociées, c'est qu'elle détermine souvent des lésions destructives de la substance grise des racines postérieures.

L'existence de l'hémiparésie, de la paralysie faciale et surtout de l'anesthésie sensorielle de la langue du côté opposé, ne peut guère s'interpréter que par une lésion bulbaire. On se trouve donc ainsi amené à admettre l'existence d'un syndrome bulbo-médullaire et non d'un syndrome exclusivement médullaire.

Les considérations par lesquelles M. Grasset est amené à proposer cette adjonction à la topographie physiologique de la moelle sont ingénieuses et intéressantes ; elles méritent d'attirer l'attention et de provoquer de nouvelles recherches.

Albert MATHIEU.

(1) In-8°. Prix : 2 francs. — Montpellier, Camille Coulet; Paris, G. Masson.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 4 juin 1890, M. le docteur Levrier, médecin auxiliaire de deuxième classe, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 mai 1890, un concours s'ouvrira le 1er décembre 1890, à l'École de médecine de Tours, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 juin 1890, une médaille d'honneur en bronze a été décernée à M. le docteur Rondet, médecin correspondant du service des épidémies à Neuville-sur-Saône (Rhône), pour l'intelligence et le dévouement avec lesquels ils a combattu, à l'aide des mesures d'hygiène et d'assainissement appropriées, deux épidémies de fièvre typhoïde qui se sont produites dans cette ville en 1885 et 1889.

— *École du service de santé militaire de Lyon.* — Par modification à la décision ministérielle du 8 janvier dernier, le prix du trousseau des élèves qui seront admis cette année à l'École du service de santé militaire de Lyon a été fixé, par décision ministérielle du 31 mai 1890, à 967 fr. 30, pour les élèves à quatre inscriptions et à 853 fr. 44, pour les élèves à huit inscriptions.

— M. Billet soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 16 juin 1890, à deux heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Contribution à l'étude de la morphologie et du développement des bactériacées. »

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

75

SIROP DU DOCTEUR DUFAU

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie.

Diathèse urique. — Gravelle. — Cystite. — Catarrhe vésical. — Dysurie.

DIURÉTIQUE PUISSANT ET INOFFENSIF.

Hydropisies, affections du cœur, albuminurie.

et tous les cas dans lesquels la digitale et les autres diurétiques sont mal supportés.

DOSE : Deux à quatre cuillerées de sirop par jour, à prendre à jeun de préférence, dans un verre d'eau froide ou chaude.

Boisson très agréable. PRIX : **3** fr. le flacon.

PHOSPHURE DE ZINC (GRANULES TROIS CACHETS)

4 milligr. (1/2 milligr. de Phosphore actif).

Ces Granules sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé ($PhZn^3$). On peut donc être assuré de la pureté du produit et des effets qu'on est en droit d'en attendre.

Anémie, Rachitisme, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgie et autres Névroses, Métrorrhagies, Dysménorrhées, Spermatorrhées, Tremblement alcoolique ou mercuriel, Incontinence d'urine, etc.

DOSE : Un, puis deux granules à chacun des principaux repas. PRIX : **3** fr. le flacon.

10

CAPSULES DE SULFATE DE QUININE

DE PELLETIER

(DIT DES 3 CACHETS)

Suppression d'amertume, facilité d'absorption et solubilité garanties. Chacune d'elles porte le nom PELLETIER et renferme 10 centigr. **Le prix pour le pharmacien est de 6 centimes pièce par flacon de 100; il peut les détailler au gré du médecin.**

(PELLETIER)

Les sels suivants se délivrent également en capsules de 10 centigrammes :

Bisulfate de quinine. — Bromhydrate de quinine. — Lactate de quinine. — Valérianate de quinine.

DÉPÔT, phie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

32

SIROP DE RAIFORT IODÉ

préparé à froid, de GRIMAULT et Cie.

Combinaison intime de l'iode avec le suc des plantes anti-scorbutiques. Toujours bien toléré, il est pour les médecins un puissant auxiliaire pour combattre chez les enfants le lymphatisme, le rachitisme, le goître, l'engorgement des glandes du cou, les gourmes, les croûtes de lait, les éruptions de la peau, de la tête et du visage. **5** centigr. d'iode par cuillerée à bouche. Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

18

PERLES DE PEPSINE PURE DIALYSÉE

de **CHAPOTEAUT**

Cette pepsine est cinq fois plus active que la pepsine du *Codex*. Elle digère 150 fois son poids de viande et ne contient ni amidon, ni sucre de lait, ni gélatine. Chaque perle contient 20 centigrammes. — Dose : **2** à **4** perles après les repas.

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

36

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les

Affections aiguës et chroniques de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes

Phie PELISSE, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

04

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES.

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, phen à Paris, et toutes les phies de France et de l'étranger.

Paterson

22

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phtisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge. (Ech. fo.)

99

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON).

La **Solution du Docteur Clin,** toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

94

LA NOIX DE KOLA

étant en ce moment l'objet d'expériences et de travaux qu'une discussion récente à l'*Académie de médecine* vient de mettre en lumière, M. J. NATTON, pharmacien de Paris, 35, rue Coquillière, croit devoir rappeler aux médecins que, depuis sept ans déjà, il prépare un extrait hydro-alcoolique de Noix de Kola, renfermant absolument tous les principes actifs de la Kola, extrait qui sert de base aux préparations suivantes de Kola Bâh-Natton :

Pilules	à 0,10, dose de 2 à 15 par jour.		
Vin	à 0,30 pr cuillerée à bouche	—	2 à 4 par jour.
Elixir	à 0,30	—	
Sirop	à 0,30	—	

ENVOI DE LA BROCHURE SUR DEMANDE.

25

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE [illegible]

ORELLA

Eau minérale ferrugineuse acidule.

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des

GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

45

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après les repas.

MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

33

VARICES, HÉMORRHOÏDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

Elle a pour *adjuvant indispensable* ds le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais** à l'Hamamelis et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis.**

DÉPÔT : Phie LOGEAIS, av. Marceau, et ttes phies.

54

ALBUMINATE DE FER DE LAPRADE

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

11

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

49

VACCIN DE GÉNISSE

pour 4 pers., **75** cent.; pour 20 pers., **1 fr. 50.**

Echantillon gratuit. — Dr CHAUMIER, Tours.

109

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.

26

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal.
Au Copahu, au Cubebe et à l'Essence de Santal.
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables. »

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

74

ÉTABLISSEMENT THERMAL VICHY

(Allier) PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT (Allier)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabète, Goutte, Calculs [illegible] naires, etc.* [illegible]sino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; S[illegible] de jeux, de conversation et de billard.

Théâtre et Concert [illegible]

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

55

MALADIES DE LA GORGE ET DU LARYNX

PASTILLES DE COCAÏNE HOUDÉ

Sont très efficaces pour calmer et supprimer la douleur dans les affections de la **bouche**, de la **gorge** et du **larynx**, tels que **stomatites, amygdalites, angines, enrouements, aphonie, quintes de toux, laryngites, picotements, chatouillements** et **maux de gorge.**

2 milligrammes *de cocaïne* par pastille.

Dépôt : A. HOUDÉ, 42, r. Faubg St-Denis, Paris.

99

PERLES DE GAÏACOL

DU Dr CLERTAN

Il peut être avantageux, dans certains cas, de remplacer la créosote par le *Gaïacol*, qui la constitue dans la proportion de 60 à 90 p. 100. On a ainsi un agent défini et, de plus, doué d'une odeur aromatique agréable. Les résultats obtenus sont les mêmes que ceux que donne la créosote. Le *Gaïacol* convient particulièrement aux phthisies lentes qui exigent un traitement de longue durée.

Chaque perle de gaïacol du Dr Clertan contient cinq centigr. de gaïacol, en solution dans l'huile de faine.

Dose : 3 à 4 par jour. *Prix* : **2 fr. 50** *le flacon.*

MAISON L. FRERE, 19, RUE JACOB, PARIS.

66

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis plus de trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays contre les diverses **Maladies du cœur. Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes,** enfin dans tous les **troubles de la circulation.**

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

57

FER DE QUEVENNE

Le Seul *approuvé par l'Académie de médecine.*

S'absorbant au fur et à mesure de sa dissolution, sous la forme la plus favorable à l'assimilation, c'est-à-dire à l'*état naissant*, il n'a pas l'action **irritante** ou **échauffante** des sels de fer, tout en l'emportant sur eux par son activité.

Dose quot. 1 à 2 mesures, — ou 2 à 4 dragées.

Pour éviter les *Imitations* impures, formuler *Fer Quevenne.* — 14, rue des Beaux-Arts, Paris

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Laborde a continué la communication qu'il avait commencée, dans l'avant-dernière séance, sur les causes et le mécanisme des accidents dus à la chloroformisation. Il s'est appliqué, dans cette partie de son travail, à montrer que l'action du chloroforme sur l'organisme peut se produire dans deux conditions différentes, conditions que réalise l'expérimentation et auxquelles peut être ramené le mécanisme des accidents observés.

Avant cette communication, l'Académie avait entendu deux lectures intéressantes : l'une de M. Thevard (de Savigny-sur-Braye), sur un cas de rupture totale de l'utérus pendant un accouchement, suivi de guérison dans des conditions inespérées; l'autre de M. Michaux, sur le traitement des fistules biliaires rebelles par la cholécystectomie. Elle a ensuite procédé à l'élection de deux membres correspondants nationaux : MM. Lanelongue (de Bordeaux) et Pamard (d'Avignon) ont été élus.

Enfin, elle s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Léon Le Fort sur les candidats au titre d'associé national. La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Hergott (de Nancy); en deuxième ligne, M. Bourguet (d'Aix-en-Provence); en troisième ligne *ex æquo*, MM. Azam (de Bordeaux), Bouchacourt (de Lyon), Notta (de Lisieux) et Vedrènes, médecin militaire.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. RAYMOND.

Syphilis tertiaire des voies respiratoires : larynx, trachée et premières bronches; broncho-pneumonie et pleurésie. Adénopathie péri-trachéale; compression du nerf récurrent droit et rétrécissement de la trachée. Syphilis du foie; anévrysmes miliaires dans le cerveau.

(Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.)

Il y a peu à ajouter aujourd'hui aux connaissances acquises en m tière de syphilis des premières voies respiratoires, après les remarquables travaux de MM. Lancereaux, Mauriac, Solis-Cohen et des laryngologistes contemporains; je crois pourtant intéressant de communiquer l'observation et les détails de l'autopsie d'un malade mort le 24 avril dans mon service à l'hôpital Lariboisière, et cela en raison de la rapidité des accidents ultimes comparée à la lenteur et à la bénignité apparente des manifestations du début, en raison surtout de la nature, de la disposition, de l'étendue et de la généralisation des manifestations tertiaires.

OBSERVATION. — T... (Marin), âgé de cinquante-quatre ans, menuisier, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Bouley, n° 1, le 18 avril 1890.

Renseignements. — Le malade n'a pas connu ses parents; il ne peut donner aucun renseignement sur ses ascendants.

D'une bonne santé habituelle, il contracta la syphilis en 1872. Chancre induré sur le prépuce, roséole, plaques muqueuses; il fit un court séjour à l'hôpital du Midi, puis se fit soigner par un pharmacien; mais, en réalité, il n'a pas suivi de traitement sérieux.

Depuis quelques années, il est sujet à des bronchites répétées l'hiver, sans que son état général en soit sensiblement altéré. Il fait remonter à l'épidémie d'influenza, dont il dit avoir été atteint en janvier, le début des accidents qui l'ont déterminé à entrer à l'hôpital. En janvier, il a été, ainsi que tous les hivers, pris d'une toux qui, au lieu de cesser au bout de quelques jours, comme les atteintes des années précédentes, a progressivement augmenté d'intensité et s'est compliquée de perte des forces, de sueurs nocturnes, d'un amaigrissement considérable. Vers les premiers jours d'avril, survient une gêne respiratoire qui, depuis lors, s'est peu à peu accentuée, en même temps que la voix devenait d'abord rauque, puis complètement voilée.

État actuel (18 avril 1890). — Le malade a l'aspect d'un tuberculeux à la troisième période; il est amaigri, sans forces. La voix est voilée, rauque par instants; il parle difficilement et c'est à grand'peine que l'on peut obtenir de lui quelques renseignements. Il a une dyspnée intense, allant jusqu'à l'orthopnée; la difficulté respiratoire porte presque exclusivement sur l'inspiration qui est bruyante, sifflante; même à une certaine distance, on entend un bruit de cornage trachéal intense; l'expiration est plus facile; le malade a la sensation d'un obstacle au passage de l'air à la partie supérieure de la trachée. Il a des quintes de toux assez fréquentes, une expectoration spumeuse assez abondante, quelques crachats d'un jaune verdâtre non teintés de sang.

A l'inspection des téguments, le malade présentait sur les deux jambes des taches arrondies, d'un jaune cuivré, très rapprochées, presque confluentes, à bords légèrement squameux. A la partie inférieure, sur la face interne des deux jambes, mais plus étendue à gauche, on remarquait une large cicatrice pigmentée d'un

ulcère variqueux; du reste, le malade avait aux deux jambes des varices plus prononcées à gauche. Sur la partie inférieure de l'abdomen existaient des taches d'un jaune cuivré, identiques à celles des jambes, mais paraissant plus anciennes. Sur les bras, principalement à droite, on remarquait du psoriasis en squames abondantes surtout au moignon de l'épaule, à la face postérieure du bras et aux coudes; aux avant-bras étaient quelques plaques à disposition irrégulière. Sous les squames, la peau était d'un rouge cuivré. Le malade était porteur d'adénopathies cervicale et inguinale.

A l'inspection de la gorge, on ne constate qu'une légère rougeur diffuse de l'arrière-gorge et des amygdales. La pression sur le côté droit de la trachée est douloureuse, on sent, en ce point, une tumeur qui se continue à la face postérieure.

La percussion thoracique décèle de la submatité à la base du poumon droit et au sommet gauche en arrière. L'auscultation est rendue très difficile par le retentissement des bruits trachéo-laryngés qui couvrent les bruits pulmonaires. On peut cependant, par une auscultation prolongée, trouver dans les deux poumons des foyers de râles crépitants et un peu de souffle. Au sommet droit en arrière, l'expiration est soufflante, prolongée.

Rien au cœur ni autres organes. Pas d'albumine dans l'urine. T. A. 39°8.

Le diagnostic porté fut : Syphilis des premières voies respiratoires et tumeur comprimant la trachée, avec broncho-pneumonie, probablement de nature syphilitique.

Traitement. — 8 grammes d'iodure de potassium, un julep diacode. Frictions mercurielles axillaires.

20 avril. Même état; température axillaire, matin, 38 degrés; soir, 38°2.

21 avril. Température : matin, 36°6; soir, 38°8. État stationnaire.

22 avril. La dyspnée a encore augmenté d'intensité, ainsi que le cornage; l'expiration devient pénible; il y a des accès asphyxiques paroxystiques, pendant lesquels le malade ne peut rester dans son lit; il se lève, porte la main à son cou comme pour se débarrasser de l'obstacle dont il a la sensation; il se cramponne aux barreaux de son lit; la face est bleuâtre, le malade est baigné par la sueur; il expectore très difficilement les mucosités.

La trachéotomie semble urgente à bref délai et je fais prévenir l'interne de garde afin qu'il se tienne prêt à la pratiquer. Température : matin, 38 degrés; soir, 39°2.

23 avril. L'interne de garde a été sur le point de faire la trachéotomie hier soir, pendant un accès asphyxique, puis la respiration étant devenue plus facile, il a ajourné l'opération. Il y a des périodes d'accalmie, pendant lesquelles l'inspiration seule est difficile et nécessite de grands efforts, et l'expiration est plus facile. Ce matin, la respiration paraît moins gênée, mais le cornage est toujours aussi intense, la voix est absolument voilée; le malade peut à peine prononcer quelques syllabes. Température : matin, 38°5; soir, 39 degrés.

Le malade meurt à trois heures du matin, dans une syncope, sans accès de suffocation.

Autopsie pratiquée trente heures après la mort.

Thorax. — Il n'y a pas d'adhérence de la plèvre gauche, mais il existe un épanchement séreux de 80 grammes environ. A droite, adhérences légères de la plèvre au thorax; au sommet, à la base et en arrière, les adhérences sont plus considérables; la plèvre est épaissie et si intimement soudée au tissu pulmonaire qu'on ne peut l'en détacher sans la déchirer.

Poumon droit. — Le lobe inférieur est le siège d'une congestion intense; à la palpation, on y sent des noyaux indurés de broncho-pneumonie. A la coupe, on constate, en certains points, de l'œdème pulmonaire, en d'autres, des foyers étendus de broncho-pneumonie. Au lobe supérieur, anthracosis et œdème pulmonaire vers la partie inférieure; au sommet, noyaux confluents de broncho-pneumonie.

Poumon gauche. — Le lobe inférieur contient des noyaux indurés, condensés, simulant l'hépatisation rouge. Le lobe supérieur contient des foyers de broncho-pneumonie; il est fortement congestionné.

Cœur. — Poids : 410 grammes. Normal, sauf un léger degré d'athérome à l'orifice aortique.

Larynx. — L'épiglotte est saine, sauf une légère plaque rouge non ulcérée vers sa base. Les cartilages du larynx sont complètement ossifiés, notablement épaissis. Un point de nécrose à la base de la grande corne gauche du thyroïde, et, en ce point, il y a une pseudarthrose.

Englobant toute la partie droite et la partie postérieure de la trachée, immédiatement au-dessous du larynx, est une tumeur volumineuse, oblongue, dans le sens antéro-postérieur et vertical, convexe à la face externe, ayant son plus grand diamètre dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, et mesurant 5 centimètres; le diamètre transversal a 4 centimètres. Cette tumeur est aplatie sur la trachée; elle a une épaisseur de 2 centimètres, elle est intimement unie aux tissus environnants et s'en laisse difficilement détacher; elle est très adhérente à la face latérale droite de la trachée par toute sa surface; elle comprime très fortement toute la surface de celle-ci avec laquelle elle est en contact, de sorte que ce conduit, dans toute la moitié droite de son tiers supérieur, est enfoncé, rétréci des deux tiers de son calibre. La tumeur se laisse difficilement séparer de la trachée, mais elle est surtout adhérente à droite, en deux points, dont l'un quadrangulaire à 1 cent. 1/2 de long et autant de large, et s'étend du deuxième au sixième anneau de la trachée; le second point d'adhérence a une forme arrondie, d'un diamètre de 1 centimètre, et s'étend du neuvième au douzième anneau. Une fois la tumeur complètement détachée de la trachée, ces deux points présentent l'aspect d'ulcérations qui s'étendent en profondeur jusqu'aux anneaux cartilagineux; ceux-ci sont eux-mêmes érodés. Dans ces deux ulcérations venaient s'ouvrir deux foyers de ramollissement de la tumeur par lesquels elles avaient été creusées; les bords de ces ulcérations sont irréguliers, comme creusés à l'emporte-pièce; la tumeur est formée d'un tissu d'apparence vitreuse, résistant, présentant, dans son épaisseur, quelques noyaux plus durs criant sous le scalpel; elle contient quatre ou cinq petits foyers de ramollissement, du volume d'un haricot, renfermant une matière caséeuse, semi-liquide; deux de ces foyers ramollis sont en contact immédiat avec la trachée.

Cette tumeur englobe le nerf récurrent droit; en son voisinage, on trouve trois autres ganglions du volume d'une lentille.

Léger degré d'infiltration œdémateuse du larynx. La glotte paraît moins large qu'à l'etat normal, mais il n'y a pas de sténose cicatricielle; les cordes vocales, surtout les inférieures, sont atrophiées, indurées.

A l'ouverture de la trachée et du larynx, ce dernier organe ne présente pas d'autre altération que l'induration et l'atrophie des cordes vocales, et l'induration des cartilages par suite de leur transformation osseuse. Le diamètre transverse de la trachée est fortement rétréci, par suite de la saillie que fait à l'intérieur la paroi comprimée, refoulée par la tumeur ganglionnaire; ce rétrécissement s'étend du premier au huitième anneau.

A l'intérieur de la trachée, et dans sa moitié droite, on voit de nombreuses nodosités papillomateuses, qui fusionnent dans l'espace compris entre le cinquième et le onzième anneau, et l'hyperplasie en nappe, formée par leur réunion, est semblable, par son aspect, à des plaques d'athérome aortique. Au-dessous de cette plaque, les nodosités deviennent de moins en moins volumineuses et de plus en plus éloignées; les supérieures ont l'étendue d'une lentille, les inférieures celles d'un grain de millet; ces syphilomes papillomateux sont presque exclusivement localisés à la moitié droite de la trachée; à peine en existe-t-il deux très petits à gauche. On trouve de ces nodosités jusqu'à la division de la trachée, qu'elles ne dépassent pas; elles font une légère saillie, de 1 millimètre environ à l'intérieur de la trachée; elles sont blanchâtres, molles, adhérentes à la muqueuse sur toute leur surface, et, à la coupe, elles paraissent constituées par de la graisse. Rien dans les divisions bronchiques.

Foie. — Poids : 1850 grammes. Les sillons sont très accentués; le foie est volumineux; sur les faces supérieure et inférieure, nodosités blanchâtres non ramollies, dont quelques-unes atteignent la grandeur d'une pièce de 50 centimes. A 1 centimètre au-dessous de la capsule du foie, et dans toute l'épaisseur, gommes de volume variable, à divers degrés de ramollissement. Au milieu du foie, gomme très volumineuse, ayant les dimensions d'un œuf de poule, formée par une coque dure, épaisse de 1 centimètre, ramollie dans son centre et contenant une matière caséeuse sanguinolente.

A la coupe, le tissu du foie est dur, sclérosé, légèrement graisseux.

Rate. — Dure et résistante : 310 grammes.

Reins. — Droit : 210 grammes. Gauche : 170 grammes. Sur les coupes, pas de lésions apparentes à l'œil nu.

Cerveau. — Les parois osseuses du crâne sont épaissies.

Le liquide céphalo-rachidien est plus abondant qu'à l'état normal.

Lobe pariétal supérieur gauche. Au niveau du præcunéus, cinq ou six petits anévrysmes miliaires de fraîche date. Pas d'athérome de l'artère sylvienne.

A droite, gros anévrysme miliaire, sur le point de se rompre dans le noyau extra-ventriculaire.

Examen histologique. — Les détails anatomo-pathologiques, après examen des coupes microscopiques du foie, des reins, des plèvres, du poumon, de la tumeur ganglionnaire du larynx, des syphilomes de la trachée, seront publiés ultérieurement.

C'est donc dix-huit ans après les premières manifestations d'une syphilis mal soignée que s'est déclarée, chez un homme auparavant bien portant, une toux qui, d'abord sans caractères particuliers, s'est peu à peu compliquée d'amaigrissement, de perte des forces, de sueurs nocturnes, enfin de dyspnée et de fièvre, telle que si l'on n'avait pas eu de renseignements sur sa syphilis, s'il n'y avait pas eu des taches bien spécifiques sur la peau, on n'aurait pas hésité à considérer le malade comme un phthisique à la troisième période. Nous avons peu de renseignements sur lui, en raison des troubles de la phonation et de la respiration qui rendaient la parole très pénible; mais les troubles respiratoires dominaient la scène, et le malade les attribuait à un obstacle qui lui paraissait exister à la partie inférieure du larynx. Cette sensation accusée par le malade, la douleur provoquée par la pression sur la partie droite de la trachée, la difficulté de l'inspiration, les troubles phonétiques, la constatation, par le palper, d'une tumeur un peu saillante au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire droite, nous avaient fait penser à un ganglion syphilitique comprimant le nerf récurrent et la trachée, et aussi à une syphilis laryngée. A l'autopsie nous n'avons pas retrouvé les lésions classiques de la syphilis du larynx; l'épiglotte n'était pas ulcérée, pas plus que les cordes vocales; il n'y avait pas de sténose cicatricielle, ni de nécrose des cartilages, sauf un léger point nécrotique vers la base de la grande corne gauche du cartilage thyroïde, qui avait déterminé, en ce point, la formation d'une pseudarthrose; mais les cartilages du larynx étaient complètement ossifiés, épaissis; les cordes vocales atrophiées, indurées, celle de gauche ne l'étant pas plus que celle de droite, contrairement à ce que l'on constate dans la plupart des cas de syphilis du larynx; enfin elles n'étaient le siège d'aucune ulcération.

Indépendamment des altérations du larynx et d'un léger degré d'infiltration œdémateuse des cordes vocales, ce qui nous paraît non moins intéressant, du côté des premières voies respiratoires, ce sont l'adénopathie péri-trachéale et les lésions de la trachée.

La tumeur était formée par un ganglion du groupe supérieur des ganglions péri-trachéo-laryngiens, très bien décrits par MM. Gouguenheim et Leval-Picquechef (1), ganglions très petits à l'état normal, mais dont l'un avait atteint un volume considérable. Cette tumeur, qui englobait le récurrent droit, et qui avait contracté des adhérences intimes avec les tissus voisins, était accolée sur la trachée dont elle réduisait le calibre des deux tiers; elle contenait des noyaux indurés et des foyers de ramollissement. Deux de ses foyers ramollis avaient envahi les points de la trachée avec lesquels ils étaient en contact et s'étendaient jusqu'aux anneaux cartilagineux, qui étaient érodés; plus tard, ce travail de ramollissement aurait certainement amené la perforation de la paroi trachéale. La présence de cette tumeur, la compression du conduit trachéal à ce niveau fait concevoir les difficultés qu'aurait rencontrées la trachéotomie.

Si l'on trouve assez souvent une hypertrophie des ganglions péri-trachéo-laryngiens chez les tuberculeux et les cancéreux, il est très rare de la rencontrer, surtout à un tel degré, dans la syphilis, et on n'a pas encore, à ma connaissance, publié de fait semblable à celui-ci. Ainsi, dans les conclusions de leur mémoire cité plus haut, MM. Gouguenheim et Leval-Picquechef disaient que les « ganglions péri-trachéaux sont susceptibles de s'hypertrophier et de prendre un volume considérable chez les tuberculeux, les cancéreux, et *peut-être aussi chez les syphilitiques* », mais ils ajoutaient que ce dernier fait n'avait pas encore été constaté à l'autopsie de syphilitiques.

Les lésions de la face interne de la trachée ne sont pas moins curieuses; syphilomes en nappe, blanc jaunâtre à la partie supérieure, d'un aspect graisseux à la coupe; le long de la moitié droite de la trachée, petites nodosités de même apparence et de même structure, et devenant de moins en moins volumineuses et moins confluentes de haut en bas, jusqu'à l'origine des grosses bronches. Nulle part, à l'intérieur de la trachée, il n'y avait d'ulcération ni de rétrécissement cicatriciel, contrairement au cas de M. Lancereaux et aux faits cités par M. Mauriac (2); d'après cette disposition des syphilomes, il est probable que les lésions ont débuté par la partie supérieure de la trachée, et que l'invasion a suivi une marche descendante. Ces lésions, surtout la tumeur ganglionnaire et les ulcérations externes de la trachée en contact avec les foyers ramollis du ganglion, pour être graves en l'espèce, étaient probablement passibles de régression sous l'influence du traitement iodo-hydrargyrique, et n'offraient pas par elles-mêmes de danger immédiat, tandis que les lésions pulmonaires, que l'on ne pouvait déterminer d'une façon exacte à l'auscultation, en raison des bruits trachéo-laryngés, unies aux lésions dont nous venons de parler, ont précipité le dénouement fatal. Le malade avait absolument les symptômes d'une phthisie pulmonaire à la dernière période; l'auscultation et la percussion donnaient les signes d'une broncho-pneumonie probablement tuberculeuse. L'examen microscopique a démontré qu'il n'y avait pas de tuberculose, mais de la congestion et des noyaux indurés de broncho-pneu-

(1) Communication à l'Académie de médecine, 26 février 1884.

(2) Mauriac. Syphilis tertiaire de la trachée et des bronches, *Archives générales de médecine*, décembre 1888.

monie, et quant aux plèvres, il y avait d'un côté un léger épanchement, de l'autre un épaississement et des adhérences considérables du feuillet viscéral.

Il y a lieu de se demander ici si ces altérations pleuro-pulmonaires sont de nature syphilitique, et nous inclinons vers cette opinion. La syphilis du poumon et de la plèvre est aujourd'hui bien démontrée, grâce aux travaux de MM. Mauriac, Fournier, Potain, Carlier, Landrieux et Jacquin, et aux remarquables leçons de M. le professeur Dieulafoy sur ce sujet. En raison des manifestations multiples de la syphilis sur les premières voies respiratoires, sur l'appareil lymphatique, sur la peau, sur le foie, il est rationnel d'admettre cette opinion. Et, à ce sujet, je citerai un cas que j'ai eu, l'an dernier, l'occasion d'observer dans mon ancien service, à Saint-Antoine, cas qui a été publié par M. Dieulafoy dans ses leçons (1), et dans lequel le diagnostic de pneumonie syphilitique n'était pas douteux, le malade avouant une syphilis qui remontait à 1873, ayant eu de l'épilepsie jacksonienne; il avait les signes d'une broncho-pneumonie des sommets, et il guérit rapidement par le traitement iodo-hydrargyrique; je l'ai revu dernièrement à l'hôpital où il est entré pour de nouvelles crises d'épilepsie partielle et un certain degré d'hémiplégie, qui ont à peu près complètement disparu à la suite du traitement; il n'a plus de trace de son ancienne affection pulmonaire. A l'autopsie du malade, qui fait l'objet de cette communication, comme dans le cas de M. Cuffer, relaté dans la thèse de M. Jacquin, il n'y a pas de gomme vraie, pas d'encapsulement fibreux, et je crois que ce cas doit être rapproché de ceux que M. Dieulafoy a décrits sous le nom de *types simulant la broncho-pneumonie tuberculeuse*.

Étant porté à admettre la nature syphilitique des altérations pulmonaires, il en est de même pour les lésions de la plèvre. On sait bien aujourd'hui, à la suite des travaux de MM. Mauriac et Dieulafoy (2), que la pleurésie syphilitique est plus commune qu'on ne le croyait autrefois, qu'elle a été bien des fois méconnue et qu'elle s'accompagne souvent d'épanchement. Du vivant de notre malade, elle était masquée par les lésions pulmonaires et par le cornage trachéal; elle était, suivant l'expression de M. Dieulafoy, un épiphénomène, une complication anatomique.

Le foie est un des organes où les lésions syphilitiques étaient les plus nettes; indépendamment de l'augmentation de poids, et des cicatrices fibreuses, superficielles, il contenait une gomme du volume d'un œuf de poule, à parois indurées, à contenu caséeux et dans l'intérieur de laquelle s'était produite une hémorrhagie.

Il n'était pas jusqu'au cerveau, qui ne fût le siège de lésions, sous forme d'anévrysmes miliaires dont l'un était prêt à se rompre; la paroi du crâne elle-même était épaissie.

Les cas de syphilis tertiaire avec des manifestations généralisées à la plupart des organes, avec des lésions telles que celles que présentaient, dans ce cas, le larynx, la trachée et les ganglions péri-trachéo-laryngés, sont rares, et c'est à ce point de vue que ce fait nous a paru intéressant à publier.

(1) Dieulafoy. *Gazette hebdomadaire*, 7 mai 1889.

(2) Voir aussi la communication de MM. Chantemesse et Widal (Société médicale des hôpitaux, avril 1890).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juin 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Dornier, médecin-major de première classe, intitulé : « Centre vaccinogène du camp de Châlons » ;

2° Des instructions populaires, rédigées par M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux), sur la nécessité de détruire les crachats par le feu ou l'eau bouillante dans toutes les maladies qui amènent la toux et l'expectoration.

LECTURES

Rupture de l'utérus gravide. — M. Thevard (de Savigny-sur-Braye) présente une malade dont l'observation est des plus intéressantes au point de vue de la guérison des ruptures utérines pendant l'accouchement.

Il s'agissait d'une femme enceinte, atteinte d'un rétrécissement du bassin, chez laquelle l'accouchement, d'abord normal, ne tarda pas à s'arrêter. En même temps, elle était prise de vomissements incoercibles, de hoquet, et son état général était des plus mauvais. C'est à ce moment que M. Thevard vit la malade, et, ayant cru constater à travers les parois de l'abdomen une boutonnière utérine, il diagnostiqua une rupture de l'utérus et proposa la laparotomie. Celle-ci fut refusée et il dut attendre vingt-quatre heures pour tenter l'extraction par la version. Le tronc fut amené assez facilement; la tête restant engagée, il pratiqua la détroncation et oblint enfin de faire la laparotomie.

Lorsque le ventre eut été ouvert, il vit la tête à nu dans le bassin, ce qui prouvait bien la perforation, mais il ne trouva ni perforation, ni même utérus. Ce n'est qu'en recherchant avec soin qu'il finit par le découvrir à la face inférieure du foie, complètement séparé de ses insertions vaginales. Il ne tenait plus à l'organisme que par les trompes et par quelques débris des ligaments larges. Cet utérus était entier et son col parfaitement reconnaissable.

Bien que la situation parût désespérée, M. Thevard remit l'organe en place ; puis il sutura la tunique péritonéale aux débris de péritoine qui formaient collerette, autour de la vaste plaie résultant de l'arrachement de la totalité des attaches vagino-utérines. Ces sutures péritonéales furent les seules qu'il put faire, la plaie utérine et la plaie vaginale étaient seulement accolées. M. Thevard, se trouvant dans les conditions les plus défavorables, ne put prendre aucune précaution antiseptique.

Les sutures furent faites avec le fil qui devait servir à lier le cordon et qui fut trempé dans de l'eau-de-vie, la seule substance qui fût mise à sa disposition. Pansement fait avec des compresses imbibées de cette même eau-de-vie. Queques heures après l'opération, M. Thenard revint faire des lavages et un pansement antiseptiques.

La malade a très bien guéri.

Traitement des fistules biliaires rebelles par la cholécystectomie. — M. P. Michaux rappelle que l'extirpation de la vésicule biliaire pour les fistules biliaires rebelles n'avait été pratiquée qu'une seule fois, lorsqu'il a communiqué, au Congrès français de chirurgie en 1889, la première observation d'extirpation de la vésicule faite en France. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1075.)

Au mois de décembre dernier, M. P. Michaux a observé, dans le service de M. Léon Labbé, un vigoureux garçon âgé de vingt-six ans, qui souffrait depuis 1881 d'accidents hépatiques; en 1884, une tumeur biliaire avait commencé à se former, elle avait été ouverte en 1887 et consécutivement il s'était établi une fistule, qui ne donnait issue qu'à du liquide muco-purulent, dans lequel on ne constata jamais la présence de principes biliaires. Le

diagnostic de fistule biliaire fut néanmoins posé en raison des antécédents et de l'examen local; les matières étant colorées, il était évident que le canal cholédoque était perméable et, dans ces conditions, M. Michaux pratiqua la cholécystectomie avec l'aide de MM. Peyrot et Schwartz. La portion intrapariétale de la fistule fut d'abord excisée, puis il pratiqua l'extirpation de la vésicule qui était petite, rétractée sous le foie et contenait trois calculs de la dimension d'une petite olive.

Le pédicule fut lié à la soie et rentré dans la cavité abdominale. Les suites furent simples; pendant quelques jours, il y eut un peu d'élévation de la température et d'oppression, mais le ventre resta souple et, au bout d'un mois, le malade était absolument guéri.

Au point de vue opératoire, M. Michaux recommande l'incision sur le bord externe du muscle droit, l'excision séparée du trajet fistuleux, la ligature du pédicule avec un fil de soie modérément serré, pour éviter le sectionnement des parois enflammées de la vésicule, et, autant que possible, la rentrée du pédicule dans la cavité péritonéale.

La cholécystectomie n'a pas été jusqu'ici une opération grave; la mortalité opératoire, sur un total de 37 observations précises, ne dépasse pas 5,6 p. 100, la mortalité brute, sur 35 observations, est de 11 p. 100.

Appliquée à la cure des fistules biliaires rebelles, l'extirpation de la vésicule est une excellente opération; les deux faits cités par M. Michaux semblent autoriser cette conclusion.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES ACCIDENTS DU CHLOROFORME

M. LABORDE continue la communication qu'il a commencée dans la précédente séance. L'action du chloroforme sur l'organisme peut se produire dans deux conditions tout à fait différentes, que l'expérimentation réalise à volonté, et auxquelles peut être ramené le mécanisme fondamental des accidents ou de la mort intercurrents.

Dans la première, il s'agit d'une action primitive, initiale, extérieure, provenant du simple attouchement des vapeurs de la substance présentée à l'inhalation : c'est l'action purement irritative, mécanique, analogue à celle que produirait toute autre substance, l'ammoniaque, par exemple.

Dans la seconde, il s'agit d'une action consécutive à l'absorption physiologique de la substance; c'est l'action physiologique proprement dite, l'action du poison, l'action toxique.

Dans le premier cas, c'est un incident de l'administration de la future substance anesthésique, mais un incident qui peut aller jusqu'à la mort.

Dans le second, c'est le danger inhérent à la nature du poison, aux propriétés toxiques du produit.

Or, quel est, dans l'une et l'autre alternative, le mécanisme des accidents et de la mort possible ?

Dans la première, action initiale des vapeurs irritantes du chloroforme, il s'agit d'un réflexe d'arrêt portant essentiellement sur la mécanique cardio-vasculaire et dont les éléments fonctionnels sont :

1° Les expansions périphériques du nerf nasal et du laryngé supérieur (point de départ de l'excitation périphérique);

2° Le centre bulbaire, c'est-à-dire les noyaux d'origine cardiaque et respiratoire du nerf pneumogastrique (point d'arrivée central de l'excitation);

3° Les fibres motrices ou cardiaques dudit pneumogastrique et les nerfs moteurs respiratoires (conducteurs centrifuges du réflexe d'arrêt).

L'expression du phénomène est la syncope cardiaque ou la syncope respiratoire, ou l'une et l'autre simultanément.

A la période tout à fait initiale, extra-anesthésique de la chloroformisation, c'est la syncope cardiaque (arrêt du cœur), qui prédomine et qui constitue l'imminence véritablement dangereuse, car l'arrêt primitif et complet du cœur est, d'ordinaire, irrémédiable par tous les moyens à notre disposition, tandis que la syncope respiratoire primitive, le fonctionnement du cœur n'étant point suspendu, comporte une intervention presque toujours efficace.

La possibilité et la réalité de la syncope cardiaque et respiratoire isolées résident dans le fait de la dissolution organique et fonctionnelle des centres bulbaires cardiaque et respiratoire.

Dans la deuxième alternative qui correspond à l'imprégnation et à la saturation plus ou moins complète des éléments organiques auxquels se fixe le poison, d'une façon prédominante et privilégiée, éléments du système nerveux, la mort est le résultat de l'action purement toxique de la substance, laquelle frappe, en dernière analyse, d'extinction fonctionnelle la portion bulbaire du myélaxe : dans ce cas, c'est par la suspension primitive de la fonction respiratoire, et secondairement de la fonction cardiaque, que se produit l'accident final; c'est-à-dire que la respiration s'arrête la première, le cœur continuant encore quelque temps ses contractions autonomes.

La démonstration expérimentale ne saurait permettre le doute à cet égard.

Il reste à examiner une dernière condition dans la série des accidents mortels ou non dus au chloroforme. Lorsque l'opérateur, le sujet étant sous l'influence d'une anesthésie chirurgicale jugée suffisante, pratique la première incision, on observe quelquefois la mort ou une imminence de mort. Quelle est la cause de cet accident?

C'est encore ici, au point de vue du mécanisme physiologique, un phénomène d'arrêt par excitation centripète et répercussion sur les centres moteurs cardiaque et respiratoire : la réalisation expérimentale du phénomène peut être produite par un choc exercé sur les surfaces sensibles périphériques de l'animal anesthésié ou par l'excitation directe d'un nerf de sensibilité (excitation du bout central du sciatique sectionné, ou même simple section du nerf).

Dans l'espèce, c'est-à-dire au cours de la chloroformisation, la production du phénomène ou de l'accident provient de ce que la possibilité du réflexe n'a pas été anéantie par l'action anesthésique.

Dans une prochaine communication, M. Laborde examinera les moyens rationnels, fondés sur les indications physiologiques, d'éviter les différents accidents qu'il vient de passer en revue.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la division de chirurgie.

MM. Lanelongue (de Bordeaux) et Pamard (d'Avignon) sont élus, le premier par 48 voix sur 65 votants, et le second, après deux tours de scrutin, par 28 voix sur 54 votants.

COMITÉ SECRET

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Léon Le Fort sur les candidats au titre d'associé national.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le diabète sucré, sa cause, sa nature, sa guérison radicale, basées sur une longue pratique et sur des expériences scientifiques (1), par M. Emile SCHNÉE.

« Ce sphinx dévorera encore plus d'un homme avant que l'on ait deviné son énigme », disait Frerichs. Nouvel Œdipe, le docteur Schnée a trouvé le mot de l'énigme et il guérit les diabétiques. Jusque-là, ils étaient condamnés fatalement et succombaient tous dans un délai plus ou moins prolongé.

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Si M. Schnée est arrivé à ce résultat inattendu, c'est qu'il a découvert la nature du diabète et que cela l'a amené à instituer un traitement en rapport avec la pathogénie de la maladie.

« La production excessive du sucre a lieu quand, à la suite d'une formation insuffisante d'acide carbonique dans les tissus, le glycogène accumulé dans ces derniers n'est pas protégé d'une manière normale contre l'influence des ferments diastatiques renfermés dans les tissus. Un trouble de l'équilibre se produit d'une manière durable entre la production et la consommation du sucre, de manière que le sucre non consommé passe rapidement dans les liquides organiques, à cause de sa fluidité. » C'est là, une opinion exprimée par Ebstein, mais cet auteur attribue la diminution de la quantité d'acide carbonique produit à la diminution d'absorption de l'oxygène, que les recherches de Voit et de Pettenkofer ont mise en évidence.

Pour M. Schnée, c'est le protoplasma lui-même qu'il faut accuser; sa vitalité est congénitalement viciée; c'est un trouble préalable et héréditaire de la nutrition, c'est un ralentissement primitif. Le protoplasma est ainsi constitué dès la conception, en vertu d'un principe héréditaire. Ce principe a pu, ce qui est relativement rare, déterminer le diabète chez les ascendants et les collatéraux, mais il a pu exister en dehors de cette condition. C'est un état diathésique, dont le diabète est une manifestation fréquente, mais non obligatoire.

Ceci étant donné, que faut-il faire pour stimuler ce protoplasma paresseux, élever sa production en acide carbonique et, par conséquent, arrêter la production du sucre en excès ? A cela répond la méthode de traitement de M. Schnée :

1° Hygiène morale : éviter les émotions, prescrire un climat agréable, chaud en hiver, frais en été ;

2° Hygiène physique : l'exercice à l'air pur, respirer largement ;

3° Soins de la peau : porter directement sur la peau un vêtement de laine ; ablution d'eau tiède chaque jour ; se nettoyer les dents et la bouche fréquemment, de préférence avec une solution de chlorate de potasse. Pas de bains chauds, des bains romains, turcs, ou d'après la formule de M. Schnée.

4° Le massage et l'électricité sont très utiles.

5° Le régime : le diabétique doit mâcher lentement, avec soin. Voici l'indication des mets permis :

Déjeuner. — 200 grammes de beefsteak mêlées avec autant de bouillon ordinaire ; 50 grammes de pain de gluten, avec du beurre frais « ou mieux du pain de chrome expérimenté à sa clinique, et ainsi composé : bichromate de potasse 5 centigrammes ; eau distillée 200 grammes dans 1 kilogramme de pâte de pain blanc » ; thé à la coca du Pérou ; café noir sucré avec la saccharine.

Diner. — Huîtres, escargots, moules, écrevisses, homards, langoustes, crevettes ; mets aux œufs sans farine, poissons frits ou cuits avec du beurre, avec une mayonnaise sauce aux câpres. Toutes les sortes de viandes doivent être rôties ou étuvées : volailles, gibier, ragoût; légumes étuvés préparés avec du beefsteak, du bouillon et du beurre, tels que : épinards, oseille, haricots verts, scorsonères, choux-fleurs, choux de Bruxelles, choux communs, champignons frais; salades, cresson de fontaine, laitue, chicorée, endive à l'huile ou au vinaigre. Il vaut mieux, cependant, éviter les acides. Petits radis, cornichons au sel; vanille, soufflés aux blancs d'œufs battus et sucrés avec la saccharine, au citron, aux framboises et aux myrtilles; noix et amandes en petite quantité, parce qu'elles dessèchent trop les muqueuses; une pomme légèrement acide; fromages.

Le petit lait peut être employé, à titre exceptionnel, pour combattre la constipation.

Comme boisson, de l'eau de source, pas trop froide, avec quelques gouttes de cognac; thé à la coca du Pérou, quand la soif est trop vive.

Après chaque repas, repos pendant une demi-heure ou une heure ; de préférence, s'étendre sur une chaise longue.

Éviter le sucre, les aliments préparés au sucre, les farineux, les sauces à la farine.

Tous les légumes verts sont permis, à l'exception des asperges, des petits pois et du persil. Sont prohibées toutes les boissons douces et contenant de l'acide carbonique. Fumer peu ou pas du tout.

M. Schnée a ajouté, avec succès, à sa méthode combinée, le bichromate de potasse et les mercuriaux. Il ordonne aussi le saziodole de soude ; 20 grammes d'une solution au 1/30e, trois fois par jour.

M. Schnée est médecin consultant à Carlsbad, dont il vante les bons effets ; si, dit-il, les eaux de Carlsbad ne peuvent pas toujours produire la guérison radicale du diabète, il est déjà très important qu'elles puissent guérir momentanément la faim, la soif, la polyurie, augmenter la tolérance pour les hydrocarbures, et prolonger la vie de quelques années.

Pour témoigner de l'efficacité de sa méthode, l'auteur cite douze cas de « guérisons éclatantes » obtenues de 1881 à 1887 ; ces cas ont été choisis dans le grand nombre de ceux qui ont été soumis au traitement. Depuis cette époque, il a pu obtenir des résultats tout aussi beaux et nombreux.

On voit que sa méthode comporte, plus que d'autres, des soins hygiéniques, des pratiques telles que l'hydrothérapie, le massage, en un mot, toute une série de procédés de stimulation organique. Le protoplasma est-il ainsi revivifié, devient-il moins paresseux à produire de l'acide carbonique ? Il n'en est pas moins intéressant de signaler les bons effets obtenus, bons effets qui n'ont rien d'absolu, car l'auteur, ce qui serait très suspect, n'a pas la prétention de guérir tous les cas de diabète qui lui sont soumis, mais seulement ceux qui ne sont pas trop invétérés, dans lesquels la déchéance vitale des éléments cellulaires n'est pas trop avancée.

Albert MATHIEU.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

211. M. WICKHAM. Contribution à l'étude des psorospermoses cutanées et de certaines formes de cancer. — Maladie de la peau dite de Paget. — 212. M. PAULIN. Du pied bot phlébitique. — 213. M. CORBISIER. Étude du mécanisme de la mort dans l'insuffisance aortique. — 214. M. MONTMARSON. Court aperçu historique et critique sur les diathèses. — 215. M. BAR. Essai sur les nodosités sous-cutanées rhumatismales. — 216. M. LOUAZEL. Contribution à l'étude de la maladie de Morvan. — 217. M. PONCHON. De la pleurésie purulente. — 218. M. LANCELIN. Contribution à l'étude de la valeur séméiologique de la loi de Rommelaere. — 219. M. RAGONEAU. Les tumeurs adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne et les laryngites striduleuses. — 220. M. BERGERET-JEANNET. Contribution à l'étude de la fonction rénale. — 221. M. CRÉVECŒUR. Considérations générales sur la pathogénie du rhumatisme articulaire chronique. — 222. M. LEGRAND. Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la vessie. — 223. M. AUBERT. Traitement des cancers du rectum par la méthode sacrée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

34. M. CONDÉ. Contribution à l'étude du traitement des plaies de la main par écrasement (pansement ouaté mixte; conservation). — 35. M. TITI. Des névrites périphériques expérimentalement provoquées par le contact de différentes substances avec les nerfs vivants. — 36. M. DUPIN. Des complications de la grippe. — 37. M. LEVRIER. Contribution à l'étude de l'eczéma des ongles. — 38. M. COULOM. Contribution à l'étude de l'hémato-salpinx. — 39. M. ARCHAMBAULT. De la dermatose de Kaposi (xeroderma pigmentosum).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 juin 1890, M. le docteur Millet-Lacombe, membre du Conseil général de la Dordogne, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 7 juin 1890, M. le docteur Hanotte est nommé au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve, pour prendre rang du 11 avril 1890.

— Un concours pour un emploi vacant de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 7 juillet 1890, à neuf heures du matin. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Bellot (Henri), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé aide-préparateur d'hygiène et de médecine légale et de maladies des pays chauds (emploi nouveau).

M. Denis (Edmond-Albert), docteur en médecine, est institué chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Sabadini, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Ravin (d'Amiens) est nommé officier d'Académie.

— M. le docteur Humbert-Mollière est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près les bibliothèques publiques de Lyon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mouronval (d'Avesnes).

— M. le docteur S. Pozzi commencera ses conférences cliniques de gynécologie, à l'hôpital Lourcine-Pascal, le lundi 16 juin, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les lundis et vendredis à la même heure. — Opérations le mercredi.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 68. — SAMEDI 14 JUIN 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 14 JUIN 1890. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Un nouveau mode d'anesthésie : De la chloroformisation à doses faibles et continues (1).

Par Marcel BAUDOUIN, ancien interne en chirurgie des hôpitaux.

IV

PHÉNOMÈNE CAPITAL DE L'ANESTHÉSIE PAR LE PROCÉDÉ DES DOSES FAIBLES ET CONTINUES : ABSENCE DE LA PÉRIODE D'EXCITATION (*théorie*).

Le procédé des doses faibles et continues de M. Labbé, de même que celui, à peine différent, de M. Peyraud, constitue ce qu'avec M. Dastre on doit appeler le *procédé dosimétrique* ou *procédé des gouttes*.

Pour le professeur de physiologie de la Sorbonne, qui n'a étudié que la méthode du médecin bordelais, le procédé dosimétrique type serait celui de M. Peyraud. Il reconnaît lui-même qu'il est un des moins dangereux et qu'il n'est pas sans analogie avec la méthode des mélanges titrés de Paul Bert. Il ajoute même qu'on obtient ainsi, *sans agitation*, une anesthésie complète.

Or, c'est bien là le *fait clinique capital ;* c'est bien là ce qui frappe tout médecin, un peu physiologiste, dans le procédé de M. Labbé perfectionné ; et si M. Dastre n'y a pas insisté dans son livre récent, il n'en est pas moins convaincu (2) que cette constatation, très importante, a un réel intérêt au point de vue de la théorie générale des anesthésiques. En effet, dans le procédé dosimétrique, *quand il est bien administré par une personne expérimentée*, sachant manier les doses, augmenter ou diminuer le nombre des gouttes versées chaque fois sur la compresse suivant les besoins, *on n'observe jamais de période d'excitation* (sauf chez les alcooliques), absolument comme si l'on anesthésiait par la méthode des mélanges titrés de Paul Bert, à l'aide de la machine de R. Dubois [de Lyon] (1). Parfois cependant, surtout chez les hommes, il y a une très légère agitation (2) ; mais ce n'est même pas une période d'agitation réduite. Tout se borne à des paroles incohérentes, des marmottements, à quelques secousses qui cessent vite, ou bien à quelques efforts de vomissements (3), sans vomissements bien entendu.

Voilà ce que l'observation a enseigné ! Comment se fait-il que, en dehors de MM. Boncour et Peyraud, personne n'ait été frappé, aussi vivement que nous, de cette absence de période d'excitation ? Pourquoi n'a-t-on pas insisté davantage sur ce point si curieux ? Nous ne nous en rendons pas très bien compte.

M. Schwartz n'en parle pas ; M. Péraire dit simplement, en une phrase : « Il n'y a pas de période d'agitation. » M. Boncour est plus explicite : « La période d'excitation est très atténuée et quelquefois nulle. Nous ne voyons plus cette grande agitation, ces contractions musculaires énergiques qui nécessitent l'emploi d'aides nombreux pour prévenir les grands écarts du patient, que l'on ne manque jamais de constater lorsqu'on emploie de fortes doses de chloroforme. Cette période se limite, chez nos anesthésiés, le plus souvent à une excitation cérébrale, se manifestant par des paroles plus ou moins incohérentes, des cris, des chants. Puis peu à peu, le malade se tait, devient immobile, la respiration reprend sa régularité et le sommeil s'établit franchement. »

Tant qu'à M. Peyraud, il est très catégorique aussi sur ce point ; il affirme qu'il n'y a pas d'agitation, mais il n'insiste pas sur l'intérêt de ce fait pour le physiologiste.

En réalité, cette période d'excitation, tout à fait avortée, manque plus souvent encore que ne le dit M. Boncour (Voir observations Péraire), surtout si l'on a soin de manier les doses de chloroforme *dans le but spécial de l'éviter*. Nous en avons fait plusieurs fois l'expérience devant des personnes compétentes [MM. Ricard, Segond, etc.] (4).

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 593.
(2) Communication orale.

(1) Voilà qui va porter un dernier coup à cette ingénieuse machine, malheureusement trop compliquée pour rentrer dans le domaine de la pratique chirurgicale.

(2) L'agitation avortée de certains hommes non alcooliques, au sens propre du mot, tient probablement à ce que l'homme le plus sobre consomme toujours, dans la vie ordinaire, plus d'alcool que la femme.

(3) M. Segond, chez les malades qu'il a bien voulu nous faire endormir, a pu constater le fait d'une façon très nette, à diverses reprises.

(4) Un exemple suffira : M. Segond nous pria un jour de chloroformer une malade déjà opérée par lui de salpingectomie et qui, lors de cette première anesthésie, avait présenté une période d'agitation extrêmement

Nous l'avons même répétée sur des chiens. Nous avons pu réussir à les endormir *sans période d'agitation*, et la respiration est restée des plus régulières (1).

Nous nous rappelons encore l'impression ressentie par quelques-uns de nos maîtres ou de nombreux médecins qui ont assisté à des anesthésies ainsi pratiquées et s'étonnant de ne point voir apparaître la période classique d'excitation. La plupart se figuraient, à distance bien entendu, que le malade commençait à peine à perdre connaissance, alors qu'il dormait du sommeil le plus profond.

Tel est donc le fait : dans la très grande majorité des cas, uniquement pour ne pas dire dans tous, *si le sujet n'est pas alcoolique*, il n'y a pas de période d'excitation au cours de la chloroformisation, faite *avec soin* par le procédé des doses faibles et continues.

Si l'on compare, comme l'a déjà fait M. Peyraud, ce qui se passe chez l'homme pendant l'anesthésie dans le procédé des doses faibles et continues avec l'emploi des mélanges titrés de Paul Bert [expériences faites chez M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis] (2), on voit que les deux phénomènes principaux : *régularité extrême de l'anesthésie profonde*, *absence presque constante de la période d'excitation*, sont absolument les mêmes. Nous ne parlons pas à dessein des syncopes, car à ce propos on ne peut rien avancer, sous peine d'être contredit à l'improviste (3).

Nous devons en conclure, et M. Dastre est aussi de cet avis (4), que le procédé dosimétrique réalise, de la façon la plus heureuse et sans le moindre outillage instrumental, le mélange titré (8 à 10 p. 100) de chloroforme et d'air, mélange reconnu de par la physiologie comme le plus apte à fournir l'anesthésie la plus parfaite. Cependant ce mélange à 8 p. 100 produit très lentement l'anesthésie chez les animaux. Or, nous avons vu que, chez l'homme, il fallait un quart d'heure pour obtenir l'anesthésie. C'est qu'en réalité, on doit commencer, pour obtenir ainsi l'anesthésie, par des doses plus fortes (4 à 5 gouttes à chaque fois), ce qui semble représenter plutôt le mélange à 10 ou 12 p. 100 (dose anesthésique). Mais, une fois le sommeil obtenu, on doit continuer par ce qui correspond au mélange ordinaire à 8 p. 100 (dose d'entretien : 2 à 3 gouttes par minute environ). En somme, on voit que tout concorde, et il est fort avantageux de pouvoir ainsi, avec une simple compresse, sans le moindre appareil, mettre à profit les belles recherches de Paul Bert, pour le plus grand bien des malades.

Mais quelle est l'explication de ce phénomène (1) ? Les physiologistes modernes (Dastre) n'ont pas pu faire autrement que de le constater ; mais aucun d'entre eux ne s'est préoccupé d'en chercher la raison. Nous avouons avoir été fort étonné, en parcourant le livre de M. Dastre, qui répète pourtant bien des fois, à propos de la méthode des mélanges titrés, que l'excitation manque très souvent ou est très restreinte, de ne trouver aucune tentative d'explication sur ce point, au chapitre où il traite de l'action physiologique du chloroforme sur le système nerveux.

Les auteurs vont répétant les uns après les autres : « L'imprégnation chloroformique commence par la convexité du cerveau ; d'où suractivité de ces centres (exagération des mouvements, des sensations, des phénomènes intellectuels, des réflexes, etc.); » et, pour eux, il semble que la phase d'excitation soit absolument indispensable.

Nous avons vu qu'il n'en est rien, qu'elle manque complètement dans des cas bien déterminés. Quand l'anesthésie est obtenue par la méthode des doses faibles et continues, qu'on soit hystérique ou nerveux, arthritique ou herpétique, n'a pas de phase d'excitation qui veut sous les vapeurs chloroformiques (2) ! Il faut avoir pris auparavant le soin de s'alcooliser fortement. D'ailleurs, les hystériques dorment peut-être aussi bien que les autres femmes (3). Nous sommes obligé d'en conclure que la théorie de l'anesthésie, ébauchée de toutes pièces sur la succession des deux périodes d'excitation et de paralysie, est un peu ébranlée par la simple constatation de ce qui se passe lors de l'emploi du procédé dosimétrique.

Peut-on sortir de cette impasse ? A l'heure qu'il est, on nous permettra d'en douter; toutefois les quelques explications qui vont suivre ne seront peut-être pas déplacées.

A notre avis, les physiologistes ont été trop loin quand ils ont établi cette loi générale « que *le poison qui abolit les propriétés d'un organe nerveux commence par les exalter*, que la paralysie est *toujours* précédée d'une période d'excitation, même chez les végétaux ». Ils avaient déjà reconnu « qu'avec les anesthésiques foudroyants, comme le protoxyde d'azote, la phase d'excitation cérébrale est franchie d'un saut et que la paralysie semble survenir d'emblée » ; que, par conséquent, cette substance fait nettement exception à la règle. Eh

intense; l'opération, d'ailleurs, s'était très bien passée et on n'avait rien noté de particulier pendant la chloroformisation. Cette fois il s'agissait d'un curage utérin et la malade, un peu affaiblie, pâle, avait eu *le matin même une syncope dans le bain*. M. Segond voulut bien nous la faire endormir par le procédé que nous avons décrit, pour voir si nous aurions, cette fois encore, une période d'agitation aussi intense que lors de la première intervention. Nous donnâmes à la malade le chloroforme avec les plus grandes précautions; dix minutes ne s'étaient pas écoulées qu'elle dormait profondément, *sans avoir présenté la moindre période d'excitation*, ni de vomissements, ni aucun accident : nous avions dépensé à peine quelques grammes (5 à 6) de chloroforme.

(1) Pour endormir les chiens par ce procédé, il faut les fixer sur la table d'expérience d'une manière spéciale. La muselière des laboratoires de physiologie ne peut servir, car elle empêche d'appliquer exactement la compresse sur les narines et la gueule. Il suffit de la remplacer par une ficelle nouée, après plusieurs tours passés autour du museau, de façon à fermer complètement la gueule, et attachée ensuite à un point de la table à expérience. Notre collègue, M. le docteur P. Loye, préparateur de physiologie à la Sorbonne, a bien voulu nous assister dans l'une de nos tentatives; nous sommes heureux de l'en remercier. — Il ne faut pas confondre, chez les chiens, l'agitation qu'ils manifestent en se sentant captifs avec celle qui résulte de l'action du chloroforme.

(2) Paul Bert. Société de biologie, 5 janvier 1884 et 20 juin 1884; — Dubois. Société de biologie, *passim*, 1884; — Audeau. *Idem*, 1884.

(3) Cas de mort de Trélat, lors de la fameuse communication de Gosselin à l'Académie de médecine en 1882.

(4) Communication orale.

(1) L'absence de cette période d'excitation, notée seulement depuis la communication de M. Labbé à l'Académie, montre bien que Sédillot, quoi qu'en ait dit M. Schwartz, n'a pas soupçonné la possibilité d'anesthésier ainsi les malades. Malgré des recherches attentives, en effet, nous n'avons rien pu trouver dans les mémoires de Sédillot qui fasse allusion à cette anesthésie sans phase d'agitation. Il y a bien une phrase qui, à première vue, pourrait sembler convaincante; mais, en réalité, elle s'applique au *procédé des doses massives*, tout différent de celui que nous étudions.

(2) Nous ne parlons pas des enfants, chez lesquels la période d'excitation manque, dit-on, presque toujours, quel que soit le procédé employé, fait qui ne paraît pas non plus avoir frappé les physiologistes. Les médecins avaient remarqué le fait, mais ils s'étaient bornés à dire : les enfants ne ressemblent pas aux adultes; c'est fort heureux pour le praticien, si c'est gênant pour la théorie. Pourtant, M. Quénu prétend que la phase d'excitation (avec la méthode classique) chez les enfants est plus fréquente qu'on ne l'a dit. (Communication orale.)

(3) L'existence d'une phase d'agitation est assez rare, en effet, chez les hystériques, bien entendu si l'on emploie le procédé des gouttes.

bien! il faut absolument aujourd'hui ranger à côté d'elle le chloroforme, car, si on l'administre avec précaution et d'une certaine manière, on peut de même *brûler* la période d'agitation. M. Dastre (1) a, en quelque sorte, pressenti notre assertion très catégorique, puisqu'il dit : « Le chloroforme arrive en seconde ligne, après le protoxyde d'azote, avec une action moins rapide; l'éther ferme la marche, car la lenteur de son action permet le développement prolongé de phénomènes d'excitation intenses » (2). Comment se fait-il que M. Dastre, qui ailleurs reconnaît que la phase d'excitation peut manquer ou être très restreinte (application de la méthode des mélanges titrés chez les animaux et chez l'homme); qui cite l'opinion exagérée de M. Peyraud, affirmant qu'il n'y a *jamais* d'excitation avec son procédé, n'ait pas été plus affirmatif lui-même? C'est sans doute qu'il n'a pas voulu rompre trop brusquement, radicalement, avec les traditions des maîtres en physiologie.

Pourtant Paul Bert (3), dès 1867, avait entrevu l'importance de ces phénomènes, puisqu'il avait observé, chez l'animal sain, qu'il n'y a pas de période d'excitation si les vapeurs chloroformiques pénètrent dans l'organisme par un orifice pratiqué sur la trachée; mais la raison qu'il invoqua alors pour expliquer cette absence (pas d'action irritante sur les premières voies respiratoires) ne nous paraît pas soutenable.

Quant à nous, chirurgiens, forts des résultats fournis par la clinique humaine, nous n'hésitons pas à admettre, avec toutes ses conséquences physiologiques, le principe que nous avons formulé plus haut.

Voici la raison, d'après nous, de ces divergences : chez l'homme sain, la *cellule nerveuse au contact d'un sang chloroformé, à la dose de* 8 *à* 12 *p.* 100 *environ de chloroforme*, s'endort de suite ou plutôt *est paralysée d'emblée*; ce qui n'a pas lieu pour les autres mélanges. Nous avouons que ce n'est là qu'une simple hypothèse.

Or, à cette hypothèse que nos observations journalières contrôlent, on ne manquera pas d'objecter des faits d'ordre différent et encore plus fréquemment constatés, jusqu'à aujourd'hui du moins : « Comment se fait-il, dira-t-on, qu'avec l'ancienne méthode de chloroformisation, nous observions constamment une période d'excitation très nette, qu'il s'agisse d'animaux en expérience ou de personnes manifestement non alcooliques? » L'argument ne nous semble pas irréfutable et nous proposons l'explication suivante : L'excitation que vous obtenez, en anesthésiant de la sorte des adultes indemnes d'alcoolisme, est comparable à celle que produit toujours le mode d'éthérisation aujourd'hui connu. Elle est due à l'imprégnation subite des cellules nerveuses, à la suite de l'absorption d'un *mélange d'air et de chloroforme tout à fait différent de celui qui se produit dans le procédé dosimétrique*. Si vous obtenez des effets différents, suivant les cas, c'est que la cause varie elle-même, et cela dans des proportions comparables. Expliquons-nous : le tant pour cent de vapeurs chloroformiques, par rapport à la quantité d'air inspiré, *étant trop peu élevé*, l'agent anesthésique se dissout (1) dans le sang en trop petite quantité; partant le sang, contenant trop peu de chloroforme, réagit sur la cellule nerveuse avec une intensité trop faible, et au lieu d'anéantir d'emblée les éléments cellulaires, les excitent tout d'abord. « C'est comme ces brasiers de houille, dont la flamme est attisée par les premières gouttes d'eau qui finira par les éteindre. » Si nous osions nous lancer plus avant dans le domaine de l'hypothèse, nous serions très enclin à penser que tout cela est une simple question de tension de vapeurs chloroformiques dans l'air (2), de *proportion dans le mélange des gaz*, autrement dit une affaire *de dose relative*, et que la nature du poison est de bien moindre importance qu'on ne l'a dit. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet quand nous essaierons d'expliquer la période d'excitation des alcooliques.

V

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'ANESTHÉSIE CHLOROFORMIQUE

Pour nous, le procédé que nous venons de décrire n'a pas d'indications ni de contre-indications spéciales. Nous le considérons comme absolument supérieur à tous les autres; et il doit être employé dans tous les cas où la chloroformisation est permise, même chez les enfants. Le procédé dosimétrique a en outre le grand avantage de pouvoir être employé, avec plus de garantie que les autres, chez les cardiaques, les tuberculeux et les alcooliques, comme nous le montrerons bientôt.

a. ÉTATS CONSTITUTIONNELS. — 1° *Influence de l'âge*. — Comme l'a déjà fait remarquer M. Schwartz, c'est la méthode par excellence pour les vieillards, qui, de cette façon, respirent avec une régularité remarquable; mais elle est moins facile à employer chez les tout petits enfants (3). Ces derniers sont trop indociles et à cet égard presque comparables aux animaux; ils s'agitent sans cesse et il est impossible de leur faire entendre raison. On comprend, dès lors, que certains chirurgiens en restent à la méthode de la dose massive (procédé de Saint-Germain). Pour nous, nous préférons recourir aux petites doses, toutes les fois que nous le pouvons, quoique le chloroforme soit certainement moins dangereux pour le jeune enfant que pour l'adulte, toutes choses égales d'ailleurs (4).

2° *Tempérament*. — On a parlé beaucoup de l'influence du *tempérament* : il faut en rabattre un peu et même beaucoup! Nous n'insisterons que sur la tendance aux syncopes chez les *anémiques* et chez les *gens extrêmement impressionnables*. Le fait est très réel, pour les personnes nerveuses, peureuses,

(1) DASTRE. Loc. cit.

(2) L'*asphyxie vraie* ne peut en rien intervenir dans cette discussion; nous le signalons une fois pour toutes. Jamais les anesthésiés sans période d'excitation ne présentent, en effet, le moindre symptôme se rapportant à cet état.

(3) P. BERT. De la prétendue excitation par le chloroforme; in *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1867, t. LXIV, p. 612; et in *Journal de l'anatomie*, 1867, p. 325.

(1) C'est une façon de parler, car on ne sait trop dans quel état le chloroforme se trouve dans le sang.

(2) Les travaux de Paul Bert semblent le prouver, de même que, dans un ordre d'idées analogue, les recherches de MM. P. Brouardel et P. Loye sur l'empoisonnement par l'acide sulfhydrique (Académie des sciences, 3 août 1885). C'est moins la quantité absolue de poison que sa tension dans l'air dont il faut tenir compte dans ces sortes d'empoisonnement.

(3) Cependant, on le peut presque toujours : il suffit pour cela de maintenir solidement l'enfant pendant quelques minutes au début de l'anesthésie, alors qu'il crie et se débat. Au bout d'un instant, il est assez abattu pour qu'on puisse continuer de la façon ordinaire. Nous n'avons jamais eu d'ennuis en procédant ainsi.

(4) Il ne faut pas oublier, quoi qu'on en ait dit, qu'avec la méthode ordinaire il y a des cas de mort par chloroforme chez les enfants. Les journaux étrangers l'ont rappelé récemment.

et il faut faire très attention au début de l'anesthésie. Il peut même se produire, *par émotion très vive*, une syncope mortelle. C'est pourquoi M. Terrier exige que l'anesthésie soit faite dans une chambre spéciale, et dans le plus grand silence, pour éviter d'effrayer le malade. La seule mort que nous ayons eu à regretter, au cours de nos nombreuses chloroformisations, se rapporte à un cas de ce genre [syncope mortelle à la *première* inhalation (1)].

Ces faits-là sont bien connus, quoique très rares (Dupuytren, Desault, Simpson, Verneuil, Cazeneuve, Terrier, etc.).

Cette syncope par émotion, qui se produit par un mécanisme tout différent de celui de la syncope par excitation *trop vive* des rameaux périphériques du vague, est aussi une syncope de la période extra ou pré-anesthésique. Ces deux variétés sont toujours extrêmement graves et trop souvent mortelles. Très rarement, la respiration artificielle peut faire revenir le malade (voir notre cas de mort). Nous en concluons, nous autres cliniciens, qu'il s'agit là, dans les deux cas, *de syncopes cardiaques primitives*, accident contre lequel nous sommes à peu près désarmés; car, quand la respiration s'arrête d'abord (syncope respiratoire primitive), presque toujours les chloroformisés reviennent à la vie. (La communication de M. Laborde à l'Académie de médecine, 10 juin 1890, confirme tout à fait, au point de vue physiologique, ce que nous venons de résumer.)

3° *Grossesse.* — Jadis on s'est demandé si, ayant à opérer une femme grosse, on devait l'anesthésier. Étant donné les idées acceptées jadis par presque tous les chirurgiens, à savoir qu'on ne devait pas entreprendre des opérations chirurgicales chez la femme enceinte à moins d'impérieuse nécessité, l'emploi des anesthésiques se trouvait alors forcément très limité. Aujourd'hui, il n'en est plus de même. On sait que les opérations ordinaires, chez ces femmes, sont à peine plus dangereuses que d'habitude, à condition d'être rigoureusement aseptiques (Terrier, Routier, Mayo Robson, etc.). Par conséquent, c'est là une question inutile à discuter plus longtemps : on peut parfaitement anesthésier une femme grosse, sans le moindre inconvénient. Nous nous souvenons en avoir endormi une en 1888, sans avoir eu la plus petite alerte, par le procédé dosimétrique; il s'agissait de la cure radicale d'une hernie ombilicale non étranglée. Mayo Robson (2) ajoute même qu'une bonne anesthésie est une condition importante pour le succès dans ces sortes d'interventions et nous sommes de son avis.

C'est à dessein que nous ne parlons pas ici du procédé dosimétrique *pendant l'accouchement*. Nous manquons de documents précis et d'expériences sur ce point, mais nous sommes convaincu, comme M. Boncour, qu'il devra donner les meilleurs résultats.

b. Influence des régions. — Peu importe, de même, la région qui doit être le siège de l'opération, qu'il s'agisse d'une intervention sur la face, la cavité buccale, les voies aériennes, etc. On tourne la difficulté en ne commençant à opérer qu'après avoir obtenu une anesthésie profonde; le chirurgien s'arrête dès qu'il s'aperçoit que le malade se réveille et le fait endormir à nouveau. La plupart du temps on termine l'opération, le malade à moitié endormi ou plutôt presque réveillé : il ne faut pas permettre qu'il en soit ainsi. Il ne faut pas craindre de pousser l'anesthésie assez loin à l'aide des petites doses, alors même qu'il tombe un peu de sang dans le pharynx ou le larynx. S'il s'agit d'une personne habituée à chloroformiser ainsi, on n'aura pas plus d'accidents que s'il n'y avait pas d'hémorrhagie, car il est facile, avec de l'attention, de s'arrêter à temps. C'est un point sur lequel personne n'a insisté ; il n'y a pourtant rien de plus désagréable que d'enlever un maxillaire supérieur ou une langue chez un malade absolument éveillé. On a pu extirper un larynx et suturer la trachée à la peau en se servant de ce procédé, qui est bien préférable aussi pour les opérations portant sur les sphincters (dilatation de l'anus, etc.), pour la réduction des luxations, ou le redressement des ankyloses.

Pour certaines opérations, on a conseillé l'emploi des méthodes mixtes [administration préalable de chloral ou de morphine (Trélat), d'atropine et de morphine (Dastre)], dans lesquelles il suffit d'une chloroformisation ébauchée pour obtenir un sommeil suffisant. De telles précautions, d'ailleurs, sont insuffisantes pour éviter les accidents à craindre dans ces cas, et on leur préférera la simple méthode des petites doses, employée avec une attention soutenue. On ne peut sur ce point apporter des chiffres, puisqu'on n'a pas l'habitude de publier de telles observations ; mais, d'après ce que nous avons vu et entendu dire, une plus ample démonstration nous paraît inutile.

c. États pathologiques. — En ce qui concerne l'*état pathologique*, nous ne nous occuperons que : 1° des *alcooliques;* 2° des *cardiaques ;* 3° des *bronchitiques* (catarrheux, emphysémateux, tuberculeux).

Il n'y a rien à dire, en effet, des affections du système nerveux, pas même des névroses. Les *hystériques* (1), par le procédé dosimétrique, peuvent dormir admirablement sans phase d'excitation (2). Elles s'endorment peut être plus lentement; mais l'anesthésie une fois obtenue est bien plus régulière que chez beaucoup d'autres femmes, en particulier les polysarciques.

Nous n'insisterons pas non plus sur ce qui se passe chez les *polysarciques* ; les phénomènes sont analogues ou peu s'en faut à ceux des alcooliques; ce qui se conçoit si l'on

(1) Il s'agissait d'un homme de cinquante-cinq ans, concierge, L... R..., que devait opérer M. Quénu, et qui était atteint d'épithélioma de l'amygdale et du pilier antérieur gauche du pharynx avec envahissement du maxillaire inférieur. Il fut pris d'une telle peur en arrivant dans la salle d'opérations, qu'il ne put monter sur le lit; il tremblait de tout son corps. Depuis la veille, du reste, il était très émotionné, songeant sans cesse à l'opération qu'il allait subir. A peine était-il couché que nous approchons des narines une compresse chargée de deux à trois gouttes de chloroforme, pas davantage (procédé dosimétrique). Quelques secondes après, il avait une syncope. Malgré une respiration artificielle longtemps prolongée, on ne put le faire revenir à la vie. A l'autopsie, on ne trouva absolument rien qui pût expliquer la mort: il est vrai que la nécropsie fut faite sans plus de précision que d'habitude. Il s'agit bien là, pour nous, d'une syncope par émotion. Il n'est pas possible d'admettre que deux gouttes de chloroforme ait pu, dans ce cas, déterminer une pareille syncope. On avouera tout au moins que l'émotion y était pour beaucoup. Il ne faut pas oublier que *la mort par frayeur* est chose absolument certaine.

(2) Robson. *Brit. Med. Journ.*, 9 novembre 1889. — Cf. Routier. Laparotomies pendant la grossesse, etc.; in *Annales de gynécologie*, mars 1890.

(1) Il ne faut pas confondre les hystériques avec les femmes très peureuses, émotives; au point de vue du chloroforme, il y a une grande différence.

(2) Voir observations de Péraire, nos 22 et 33; de Popescu, n° 4. — Il y a quelquefois pourtant un peu d'agitation.

réfléchit que l'alcoolisme amène assez vite la dégénérescence graisseuse des divers organes.

On a incriminé aussi l'*intoxication tabagique*; mais l'on ne sait encore rien de précis à ce sujet. D'autre part, les *rénaux* supportent très bien l'anesthésie (Boncour, Péraire).

Examinons avec plus de précision ce qui se passe chez les alcooliques, les cardiaques et les bronchitiques, car ce sont là des types cliniques bien tranchés, qu'on observe tous les jours.

1° *Alcooliques.* — L'alcoolique, c'est « la bête noire » du chloroformiseur et du chirurgien. Si l'on n'admet guère (malgré l'opinion de M. le professeur Verneuil), l'importance de cette intoxication, quand il s'agit d'interventions *aseptiques* très simples, il n'en est pas de même lors des grands traumatismes, par exemple; et dans ces cas, le pronostic est grave. Toutefois l'alcoolique n'est plus guère maintenant que l'effroi du chloroformiseur. Chez de tels sujets, dont tous les tissus sont plus ou moins frappés, la susceptibilité des cellules nerveuses aux anesthésiques est telle qu'il est difficile et toujours dangereux de les endormir à fond. Alors même qu'on arrive à une anesthésie profonde, il est presque impossible d'obtenir une respiration régulière. A chaque instant, il y a des alertes et l'on est absolument dérouté. Respiration très bruyante, congestion veineuse énorme de la face, sueurs profuses, chute de la langue sur la glotte avec menace d'asphyxie mécanique, facilité très grande à voir la dose chirurgicale du chloroforme dépassée pour devenir dose toxique [menace d'apnée toxique] (1), vomissements fréquents, crachotements, salivation et sécrétion bronchique exagérées, flaccidité des joues et des lèvres, affolement de la pupille, etc. : tels sont les phénomènes généraux généralement observés.

Mais ce qu'il y a de plus ennuyeux, c'est l'apparition constante de phénomènes d'excitation dès le début de l'anesthésie, quel que soit le procédé employé. C'est là la caractéristique, le clou de l'anesthésie des alcooliques : 1° *période d'agitation constante*, la plupart du temps assez intense et avec menaces fréquentes de syncopes respiratoires ou cardiaques; 2° *période d'anesthésie absolue à chaque instant troublée par des péripéties diverses*.

Certainement, avec la méthode des doses faibles et continues, les alcooliques s'endorment d'une façon bien moins dramatique que jadis. Les grands mouvements, les attaques convulsives et tétaniques font souvent défaut. On ne voit plus ces véritables crises épileptiformes, ces sortes d'accès de manie aiguë, quel que soit le degré d'imprégnation du sujet. Mais, pour être atténués, ces phénomènes n'en persistent pas moins. Il est vrai qu'on observe toutes les nuances, suivant le degré de l'intoxication; qu'il y a toutes sortes de transitions entre les cas où l'on constate une violente phase d'excitation et ceux où elle manque. Certains incidents sont particulièrement gênants, par exemple la constriction des mâchoires coïncidant avec la chute de la langue sur la glotte, la production d'abondantes mucosités bronchiques, les vomissements, etc. Souvent aussi l'anesthésie est bien plus lente à se produire chez les alcooliques; il faut parfois une demi-heure pour l'obtenir et user 30 à 35 grammes de chloroforme par heure au lieu de 15 à 20. Si encore, une fois ce mauvais quart d'heure passé, les choses revenaient à la normale. Malheureusement il n'en est rien, et, comme nous venons de le dire, toute la période d'anesthésie absolue peut être marquée par les incidents les plus émouvants.

Aussi, pour plus de prudence, doit-on toujours dans ces cas s'assurer de la prise de la langue dès le début. Si l'on attend, en effet, que les premiers accidents surviennent, il peut être fort difficile, à ce moment, d'ouvrir la bouche pour saisir la pointe de l'organe. On est obligé de livrer alors une véritable bataille aux muscles masséters contractés, à l'aide de spatules, d'écarteurs, etc.; et trop souvent on est sur le point d'abandonner la lutte. On fera bien aussi, à l'hôpital au moins, de se munir de ballons d'oxygène. Certains chirurgiens, qui s'intéressent à l'art d'anesthésier, ont été tellement frappés des dangers de telles chloroformisations, qu'ils n'ont pas craint de dire : « Si l'on doit être un jour endormi, c'est à ne jamais boire une goutte d'alcool! » Malheureusement, il n'est pas probable que les malades des hôpitaux comprennent de sitôt l'importance de cette boutade, qui traduit bien une des vérités cliniques les mieux établies.

Pour montrer jusqu'à quel point l'alcoolique est malaisé à endormir, combien grandes sont les chances d'accidents, nous n'hésitons pas à affirmer, nous basant sur notre expérience personnelle, qu'avec le procédé des petites doses en particulier, nous préférons endormir un cardiaque type (lésions valvulaires) qu'un alcoolique : il y a moins de danger. Chez un tel cardiaque, en effet, on n'a pas la moindre période d'excitation, pas d'irrégularité dans la respiration : tout reste paisible. Il suffit de manier avec prudence la dose de l'anesthésique employée. D'ailleurs, M. Duret (de Lille), s'il n'a pas insisté autant que nous sur les dangers de la chloroformisation chez les alcooliques, a montré que les morts étaient moins fréquentes dans les cas de lésions valvulaires que dans les cas d'alcoolisme (1). Ce n'est pas à dire qu'il ne faut pas endormir de tels malades; loin de là. Les quelques réflexions que nous venons de faire ont simplement pour but de montrer qu'on doit redoubler de précautions, quand on a la mauvaise chance d'avoir à anesthésier des individus à organisme ainsi taré (2).

Il nous reste à essayer de faire comprendre pourquoi, chez de tels sujets, il se développe une période d'excitation, alors qu'elle manque chez les hommes sains.

Ce qui se passe dans la phase d'excitation du procédé dosimétrique (prenez un gros marchand de vin) montre bien qu'il s'agit de phénomènes intimement liés à l'imprégnation du système nerveux par l'alcool. Il s'agit, somme toute, d'une forme spéciale de délire, qu'il serait bien inté-

(1) L'apnée toxique, surtout chez les alcooliques, est souvent précédée d'une émission spontanée et inattendue d'urine, ou d'une émission de gaz ou de matières fécales par l'anus.

Dans deux circonstances, assistant à une anesthésie faite par un débutant, nous avons pu prédire, à la constatation de ces phénomènes ayant lieu en même temps, que le malade allait avoir une syncope respiratoire; ce qui arriva malheureusement dans les deux cas.

(1) Il n'est pas probable que cela tienne uniquement à ce qu'on n'endort pas de parti pris les cardiaques avérés. Il ne faut pas, en tous cas, en fait de statistique d'anesthésie, mélanger les cas de lésions valvulaires avec ceux de dégénérescence graisseuse du cœur.

(2) Voir les Observations nos 4, 10, 17, 41, 43, 58, 64, 66 du mémoire de Péraire, et les Observations nos 2 et 5 du travail de Popescu. Les malades que nous rangeons sous l'étiquette clinique d'*alcooliques* forment une catégorie bien spéciale. Mais n'y a-t-il que l'*alcool* qui puisse faire notre *alcoolique*? D'autres substances n'interviennent-elles pas dans cette sorte d'intoxication chronique? Nous posons la question, en nous gardant d'essayer de la résoudre.

ressant d'étudier avec détails, mais sur laquelle nous ne pouvons nous appesantir ici. En effet, dans cette période d'excitation, toujours atténuée, ce sujet pousse des cris inarticulés, prononce des paroles incohérentes, semble rêver ou en proie à des cauchemars, etc. Nous en appelons au souvenir de tous ceux qui ont endormi de vigoureux alcooliques, habitués à déguster chaque jour sans compter vin, eau-de-vie ou absinthe. Qu'ils comparent un instant ces phénomènes, d'une intensité parfois étonnante, aux effrayantes attaques de délirium tremens, ils verront que l'analogie est frappante. L'inhalation de la plus petite quantité de chloroforme suffit à surcharger des cellules nerveuses devenues hypersensibles et où se sont déjà accumulées les lésions intimes de l'alcoolisme. C'est la goutte d'eau qui fait déborder le verre. C'est, comme le délirium tremens, une crise aiguë au cours d'une affection chronique. A la moindre invite, ces sortes de petites bouteilles de Leyde lâchent leur étincelle et tout s'enflamme.

Qu'on nous pardonne cette comparaison qui peint mieux la chose qu'elle ne l'explique et surtout ne démontre le mécanisme de l'excitation; car, à l'heure qu'il est, toutes ces questions de physiologie cellulaire sont profondément inconnues. Mais nous espérons, par ces quelques explications, avoir réussi à montrer que la théorie, précédemment exposée, peut très bien s'accorder avec les résultats fournis par la clinique, à savoir que la période d'excitation de l'anesthésie manque toujours dans le procédé des doses faibles et continues, s'il est bien administré et si le malade n'est pas alcoolique, tandis qu'elle existe toujours dans les cas contraires, avec toutes sortes de transitions bien entendu.

Dans le cas d'alcooliques endormis par l'ancienne méthode, il y a, si l'on veut bien continuer à admettre la tentative d'explication formulée plus haut, superposition ou confusion de deux délires : l'un, le plus important en l'espèce, sorte d'accès aigu survenant au cours d'une affection chronique sous l'influence du réveil par l'anesthésique de l'excitabilité toute spéciale aux cellules nerveuses altérées par l'alcool; l'autre, simple crise aiguë produite par le mode de chloroformisation et disparaissant presque devant le premier. Cette façon d'envisager les choses explique, dans une certaine mesure, la violence de la période d'excitation chez les alcooliques, dans la méthode de chloroformisation classique, et son atténuation dans le procédé dosimétrique.

Nous disons plus encore. Si le chloroforme était, pour le physiologiste Bernard, le *réactif de la vie*, il est devenu, pour nous autres chirurgiens, *le réactif de l'alcool*, contenu dans l'organisme humain ! S'il abolit tous les phénomènes caractéristiques de la vitalité pour ne laisser subsister que ce que la matière vivante emprunte à la nature physique (Dastre), il révèle si bien l'intoxication alcoolique, qu'il n'y a certes pas, à notre avis, de moyen de diagnostic plus précis et plus sûr (1).

(1) Pour faire le diagnostic précis d'une tumeur abdominale, on n'hésite pas à faire de nos jours une chloroformisation supplémentaire ! Nous comprendrions très bien — qu'on ne s'effraie pas trop de cette proposition — qu'on endorme un malade pour savoir s'il est alcoolique ou non, à condition toutefois qu'*il y ait un intérêt réellement majeur pour lui à ce qu'on en soit absolument sûr*. A une époque où certains croient encore, avec M. le professeur Verneuil, à une notable influence des diathèses, l'alcoolisme, en particulier, sur l'avenir des opérés aseptiques, comment se fait-il qu'il n'y ait personne qui n'ait déjà proposé de reconnaître l'existence de l'alcoolisme, avant d'opérer, à l'aide d'une chloroformisation préalable? Certainement on n'y a pas songé.

2° *Cardiaques.* — D'une façon générale, on doit dire que, avec le procédé des gouttes, on doit être plus osé qu'avec l'ancienne méthode et ne pas craindre l'anesthésie chez les malades porteurs de *lésions valvulaires*. M. Terrier le répète depuis longtemps. Cependant, il n'en est peut-être pas de même pour les malades atteints seulement de *dégénérescence graisseuse du cœur*, malgré l'avis de la commission d'Hyderabad, dont les expériences sur ce point spécial ne sont pas connues en détails. Mais, ainsi qu'on l'a dit, il s'agit le plus souvent, dans ces derniers faits, d'*alcooliques*, et nous rentrons ainsi dans le cas précédent. Les considérations que développe M. Duret, à ce point de vue, ne nous paraissent plus admissibles. Elles sont certainement trop sévères; ce qui se comprend facilement, puisque la chloroformisation qu'il a uniquement en vue est l'ancienne méthode d'anesthésie.

Tous ceux qui ont eu récemment à chloroformiser des cardiaques par le procédé dosimétrique n'ont jamais noté d'accidents. M. Boncour le dit d'une façon expresse. « Ces malades, affirme-t-il, supportent bien le chloroforme. Bien plus, leur essoufflement, leur oppression se calment à mesure que l'anesthésie avance; le pouls, qui était irrégulier, devient régulier. » C'est l'histoire de l'anesthésie dans le croup. Les cardiaques, comme les polysarciques, présentent cependant quelquefois un peu d'agitation au début; mais ce n'est pas à comparer avec ce qui a lieu chez les alcooliques.

Nous avons recueilli nous-même plusieurs observations qui confirment ces faits. Citons entre autres le cas d'un homme atteint d'insuffisance aortique, diagnostiquée à l'avance, et d'un anévrysme de la fémorale; ce malade supporta très bien le chloroforme administré par le procédé des petites doses continues. M. Péraire a rapporté, dans son mémoire, deux faits analogues (cas 19 et 52); il en possède bien d'autres qui n'ont pas été publiés.

3° *Bronchitiques.* — Des considérations de même ordre s'appliquent aux *bronchitiques* et, en particulier, aux *tuberculeux*, alors même qu'ils sont en pleine tuberculose pulmonaire. On peut très bien, quoi qu'on en ait dit, endormir de tels malades; il suffit de les surveiller attentivement (1).

Les *emphysémateux* et les *catarrheux* peuvent présenter un peu d'excitation; la plupart du temps, les tuberculeux, au contraire, ont un sommeil extrêmement calme. On peut endormir, sans courir de périls sérieux, tous ces malades, ainsi que M. Duret l'avait soupçonné. Avec le procédé des petites doses, la chloroformisation est régulière et sans péripéties. Il en est de même pour les *pleurétiques* (sujets atteints d'adhérences pleurales anciennes, de pleurésies purulentes, et même de pleurésie double [1 cas, Péraire], etc.).

En résumé, sauf pour les alcooliques, on a beaucoup exagéré les dangers de la chloroformisation chez les diverses sortes de malades que nous venons de passer en revue; et, comme le faisait déjà remarquer M. Duret, en 1880, c'est à peine si, sur un total de cent trente-cinq cas de morts par chloroforme qu'il avait colligés à cette époque, il a trouvé une vingtaine d'observations où des affections valvulaires du cœur ou des poumons aient été notées. Avec le procédé de chloroformisation que nous avons décrit, on devra être bien plus tranquille à ce point de vue qu'on

(1) Voir Observation 27 de Popescu et Observations 25, 26 et 27 de Péraire.

ne l'était jadis. Les observations cliniques (Péraire, Popescu, etc.), nos constatations personnelles le démontrent amplement.

VI

CONCLUSIONS

Supériorité du procédé dosimétrique.

Comparaison des résultats qu'il fournit avec ceux obtenus à l'aide des autres procédés.

Au cours de ce long article, nous avons montré, à chaque pas, les avantages que présente le procédé des doses faibles et continues ; à tout propos, nous nous sommes efforcé d'établir des comparaisons avec la méthode jusqu'ici classique. Il est peut-être utile, en terminant, de rappeler brièvement ces différences et d'examiner, d'autre part, si le procédé, qui nous paraît si pratique, peut ou doit être détrôné par celui que vient de prôner à nouveau, dans son intéressant et récent ouvrage, le professeur de la Sorbonne, c'est-à-dire la méthode d'*anesthésie mixte*, à l'aide du chloroforme, de l'atropine et de la morphine, dite *Procédé de Dastre et Morat*.

1° Comparaison avec la méthode classique. — Les avantages de la méthode dosimétrique ont été bien mis en lumière par M. Boncour. Nous n'avons qu'à résumer ses propositions, en les groupant et en les complétant sur certains points.

A. *Le début de la chloroformisation n'a rien de désagréable*, sauf à la seconde même où la compresse approche pour la première fois des narines ; mais bientôt le malade s'accoutume aux vapeurs fournies par les quelques gouttes de chloroforme employé ; il perd connaissance sans surprise, peu à peu. Le seul ennui est que les personnes qui s'observent trop, s'efforcent de ne pas respirer et restent assez longtemps sans s'endormir. Dans ce cas, il faut engager les malades à respirer comme d'habitude, sans effort, tout naturellement, pour ne pas rester plus d'un quart d'heure avant d'obtenir un sommeil complet.

B. *Il n'y a pas de période d'excitation ;* ou, si elle existe, elle est extrêmement minime et dure quelques minutes à peine (paroles incohérentes, pas de grands mouvements). Cette absence d'excitation supprimerait du coup la variété de syncopes qui ne surviennent que pendant cette période (Aubeau), c'est-à-dire la syncope respiratoire convulsive (syncope respiratoire primitive de Dastre). En fait, il y a bien moins souvent des syncopes qu'avec la méthode classique, quelle que soit la variété à laquelle on ait affaire.

C. *On obtient une anesthésie absolue*, complète, ce qu'on n'a pas avec les procédés ordinaires ; elle est extrêmement régulière. La respiration est calme ; les battements du cœur sont très réguliers.

D. *Il n'y a pas de vomissements*, si le chloroforme employé est pur et s'il est bien donné. Ce fait a une très grande importance, surtout lorsqu'il s'agit d'interventions abdominales délicates.

E. *On dépense* 15 *à* 20 *grammes* de chloroforme par heure seulement, au lieu de 100 à 200 grammes, quantité, on le voit, tout à fait minine. Qui plus est, aujourd'hui, grâce à une technique meilleure, on emploie bien moins d'anesthésique que MM. Labbé et Boncour n'en dépensaient au début (1882-1887).

F. *Le sommeil peut être prolongé des heures entières*, jusqu'à deux heures et demie, tout en restant aussi régulier et aussi paisible. Quand le malade est ainsi immobile, comme un cadavre, on peut se livrer à toutes sortes de tentatives, avec facilité, dans l'intérieur de la cavité abdominale, faire les sutures les plus délicates, etc.

G. *La période qui suit le réveil ne s'accompagne d'aucun malaise*, contrairement à ce qui s'observe dans la chloroformisation ordinaire (*pas de vomissements*, etc.). L'absorption de l'anesthésique ayant été extrêmement restreinte, le chloroforme est rapidement éliminé et le *réveil très rapide*.

H. *La chloroformisation, rendue bénigne*, peut dès lors être employée, même lorsqu'il s'agit d'*opérations d'assez courte durée*, et surtout dans les *accouchements*. Nous devons ajouter toutefois que cette méthode n'a pas encore été expérimentée en grand dans les services d'accouchements. Nous en recommandons vivement l'essai. N'ayant aucune expérience sur ce point, nous ne croyons pas devoir y insister davantage.

La seule difficulté de ce mode de chloroformisation est la surveillance très attentive de la respiration ; mais cette surveillance est aussi indispensable dans les autres procédés. Elle est d'ailleurs la meilleure garantie contre les menaces des syncopes, que rien ne peut empêcher.

I. *Les alcooliques* ont, comme d'habitude, une *période d'excitation ;* mais, dans la très grande majorité des cas, elle est *extrêmement réduite*. Ce sont, de beaucoup, les malades les plus difficiles à anesthésier ; mais on arrive bien plus facilement à les endormir complètement avec le procédé dosimétrique qu'avec l'ancienne méthode. Avec cette dernière, ils ne dorment presque jamais d'une façon complète.

J. *On peut chloroformiser les cardiaques*, *les pleurétiques et les bronchitiques*, en courant bien moins de danger. On n'observe presque jamais d'incidents chez les tuberculeux, alors même que la tuberculose est assez avancée. On peut de même endormir très facilement les *femmes enceintes*, pour des opérations graves, et les hystériques.

K. Grâce à l'emploi du procédé des doses faibles et continues, le chirurgien, surtout s'il a pour aide un chloroformiseur expérimenté, peut s'en rapporter à lui, ne pas s'occuper de l'anesthésie et conserver tout son sang-froid et toute sa présence d'esprit pour l'opération minutieuse qu'il exécute. C'est là une condition presque indispensable pour mener à bien une opération absolument aseptique (1).

Tout ce que nous venons de dire explique pourquoi, à l'exemple de notre maître, M. Terrier, nous préférons,

---

(1) La supériorité du procédé dit dosimétrique — car il n'est dosimétrique que par approximation, — consiste en ce qu'il permet, comme nous l'avons déjà dit, un dosage suffisamment exact en pratique de mélange d'air et de chloroforme, tout en évitant l'emploi des appareils préconisés jusqu'ici pour obtenir ce dosage d'une façon absolue, mais réellement difficiles ou ennuyeux à manier au lit de l'opéré (machine de Dubois, appareil de Yunker avec ou sans modification de Kappeler, *Semaine médicale*, 16 avril 1890, p. 129, n° 17, etc., etc.). La récente communication de Kappeler (de Munsterlingen) au XIX[e] Congrès de la Société allemande de chirurgie, 9-12 avril 1890, vient de le démontrer encore. Depuis qu'avec son appareil ce chirurgien n'use que 20 gr. en moyenne de chloroforme pour chaque anesthésie, il observe bien *moins d'accidents*, *pas de phase d'excitation* (constatation très importante), et très rarement des vomissements. Son appareil fournit, comme anesthésique, un mélange d'air et de chloroforme variant de 4 à 14 p. 100. Or, le procédé de M. Labbé procure, on le sait, les mêmes avantages que celui de Kappeler, qui exige un appareil.

jusqu'à plus ample informé, recourir à l'anesthésie chloroformique qu'à l'anesthésie locale, à l'aide de la cocaïne, dans des opérations comme la cure radicale des hernies, la kélotomie, la cure radicale de l'hydrocèle, du varicocèle, etc.

Influence de la lumière du gaz sur le chloroforme.

Toutefois, il faut prêter attention à certains accidents qui peuvent être dus au chloroforme, *quand on opère la nuit à la lumière du gaz* et qu'un grand nombre d'auteurs ont signalés récemment [Stobwasser (1), Von Iterson (2), Langenbeck, Fischer, Zeller, Bonhart (3), Hartmann, Zweifel (4), Eversbusch (5), Kunkel (6), Dupré (7), etc.]. Les vapeurs chloroformiques peuvent être décomposées par la flamme du gaz et donner naissance à du chlorure de carbone très irritant pour les voies respiratoires. Ce corps, avec d'autres, forme autour du bec de gaz ou de la lampe à pétrole une buée blanche. Les opérateurs sont pris de douleurs, de nausées, d'étourdissements, etc. ; les opérés, de dyspnée, de toux, de larmoiement, etc. L'anesthésié peut présenter subitement des symptômes d'asphyxie ou plus tard des complications pulmonaires.

D'après Kunckel, qui a trouvé que le chloroforme se décompose en CO^2, Cl, HCl, CO, ce serait l'acide chlorhydrique qui serait dangereux. Aussi conseille-t-il d'imbiber les linges de solutions alcalines, de soude ou d'eau de chaux, de façon à fixer l'acide chlorhydrique et même le chlore, sous forme de chlorures non volatiles (8).

Nous pensons qu'on a peut-être exagéré l'importance de ces faits. En tous cas, il y a un moyen absolument radical de les empêcher de se produire, *c'est d'installer la lumière électrique* et, dans l'espèce, *des lampes à incandescence dans toutes les salles d'opérations*, comme dans le reste de l'hôpital, ainsi que nous l'avons indiqué ailleurs (9). On ne devrait plus, à l'heure qu'il est, avoir besoin de redire tout cela.

2° Comparaison avec la méthode mixte de Dastre et Morat. — On sait en quoi consiste cette méthode (10), qui a été employée chez l'homme par M. Aubert (de Lyon), à l'instigation de M. Morat, puis par M. L. Tripier. Voici la formule recommandée :

Injection, quinze à trente minutes avant l'opération, de 1 centimètre cube et demi de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine. .	10 centigrammes.
Sulfate d'atropine.	5 milligrammes.
Eau distillée	10 grammes.

M. Aubert a rendu compte de ses tentatives dès 1883, à la Société de biologie, et pour lui, il n'y aurait rien de plus pratique. Aujourd'hui, s'il avait pu expérimenter la méthode des petites doses, il ne serait peut-être pas aussi affirmatif.

M. Dastre insiste beaucoup sur les avantages de cette méthode qui *permettrait d'éviter les syncopes cardiaques* et, particulièrement, la syncope cardiaque secondaire, contre laquelle on est absolument désarmé. De cette façon, on *paralyserait momentanément les pneumogastriques* (1), grâce à l'emploi de l'atropine, qui détruit l'excitabilité des filets cardiaques du vague et de leur noyau bulbaire.

C'est là, au moins dans le laboratoire de physiologie, le fait capital, la raison d'être de ce *procédé éminemment scientifique en ce qui concerne du moins l'anesthésie d'animaux sains donnés* (chiens, lapins), car il est basé exclusivement sur l'expérimentation. C'est là ce qui constitue sa grande supériorité.

Personne ne peut le nier : *chez les animaux sains* que nous venons de citer, il donne des résultats surprenants, admirables ; de plus, comme le procédé dosimétrique, il *supprime la période d'agitation*, par un mécanisme qu'on n'a pas encore élucidé.

M. Dastre le croit supérieur à la méthode qui consiste à associer seulement le chloroforme et la morphine, pour diverses raisons sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici, et en particulier parce qu'il empêche les vomissements, et procure un calme absolu, extrêmement frappant; parce qu'il permet d'obtenir l'anesthésie avec des doses très minimes de chloroforme, et surtout parce qu'il *supprime la possibilité des syncopes cardiaques.*

Nous nous permettrons de faire remarquer que le procédé dosimétrique fournit absolument les mêmes résultats, sauf toutefois pour ce qui concerne les syncopes cardiaques. Mais nous savons que les syncopes cardiaques primitives s'observent, *en clinique*, très rarement et que, d'autre part, la syncope cardiaque secondaire (due à l'intoxication du centre médullaire) est facilement évitée dans le procédé dosimétrique administré avec soin. Donc, dans les deux procédés, pas de vomissements, pas de période d'excitation, anesthésie extrêmement régulière, économie considérable de chloroforme.

Étant donné la simplicité de notre manière de faire, dans laquelle nous n'avons pas besoin de recourir à des injections sous-cutanées préalables, tout le monde devrait, de suite, ce nous semble, la préférer à la méthode mixte. Mais M. Dastre répète que lui seul se met à l'abri des syncopes cardiaques ! Soit. Nous ne pouvons discuter sur ce point, car il est certain que le procédé dosimétrique ne met pas à l'abri d'une façon radicale de ces variétés de syncopes; mais, en réalité, ces syncopes sont, nous le répétons,

(1) Stobwasser. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1889, n° 10, p. 219; n° 34, p. 760.

(2) Von Iterson, etc. *Berlin. Klin. Wochens.*, n° 13, 1889, p. 291.

(3) Bonhart. *Ibid.*, n° 15, p. 340.

(4) Zweifel. Ueber Lungenentzündung nach Laparotomien infolge von Zersetzung des chloroforms im Gaslicht; in *Berlin. Klin. Wochens.*, 1889.

(5) Eversbusch. Ueber den nach theiligen Einfluss des Leuchtgases bei gleich zeitiger Anwendung des chloroforms; in *Munch. Med. Wochens.*, 1889, n° 13.

(6) Kunkel. Communication à la Société des sciences physiques et naturelles de Wurzbourg; analysée in *Bulletin médical*, n° 32, p. 370, 20 avril 1890.

(7) Du Pré. *La Clinique de Bruxelles*, 17 avril 1890, n° 16; note de la page 255.

(8) Voyez aussi Rœnick. Ueber Schædlichkeiten der Chloroformnarkose bei Gaslicht; in *Deutsch. Med. Wochens.*, p. 299, 3 avril 1890.

(9) Baudouin (M.). L'Énergie électrique à l'hôpital ; in *Progrès médical*, 4 janvier 1890, n° 1.

(10) Nous laissons de côté à dessein toutes les autres méthodes mixtes, n'ayant rien de nouveau à dire sur ce point, de même que tout ce qui se rapporte à l'*éthérisation*. Tout est à revoir, au point de vue des dangers du chloroforme, si l'on emploie désormais le procédé dosimétrique.

(1) Aussi ne comprenons-nous pas cette phrase de M. Reclus : « Lorsque l'anesthésie est complète, dit-il, le chloroforme conjure la syncope par la paralysie temporaire dont *il frappe le pneumogastrique.* » (*Traité de chirurgie*, t. I, p. 172.) Or, le chloroforme ne paralyse pas le pneumogastrique comme les autres nerfs. Si cela était, MM. Dastre et Morat n'auraient pas créé la méthode par association de l'atropine, de la morphine et du chloroforme. D'ailleurs, M. Dastre dit lui-même : « Le pneumogastrique ne perd, à aucun moment, son action possible sur le cœur. » (Dastre. Loc. cit., p. 86.)

fort rares, quand le chloroforme est bien administré.

Sans insister ici sur les inconvénients possibles de ce procédé, signalés d'ailleurs par M. Dastre lui-même (agitation légère, accidents respiratoires), nous désirons pourtant attirer l'attention sur les considérations suivantes. Il est absolument certain que, dans le laboratoire et chez les animaux *sains*, la méthode mixte est très séduisante. En doit-il être ainsi à l'hôpital et lorsqu'il s'agit d'hommes *malades?* Ici, les phénomènes deviennent complexes. Nous savons très bien que M. Aubert a expérimenté cette méthode chez les personnes confiées à ses soins et qu'il s'en est très bien trouvé (1). Malheureusement, d'autres chirurgiens y ont eu recours et n'ont pas été aussi heureux. Tout cela dépend peut-être des cas, car il y a malades et malades. On nous permettra bien de ne pas comparer, à ce point de vue, les opérés de M. Gayet (de Lyon) [maladies des yeux] avec les laparotomisées de M. Terrier, par exemple, quoique ces deux chirurgiens aient tous les deux essayé plusieurs fois la méthode mixte.

De l'avis de notre éminent maître de l'hôpital Bichat, cette méthode plonge les grandes opérées dans un anéantissement très profond. Ce calme si grand est certes des plus utiles pendant les opérations minutieuses sur l'abdomen ; mais il devient néfaste quand le pansement est terminé. S'il s'agit, en effet, d'interventions graves (hémorrhagies abondantes, etc.), de longue durée, il est parfois impossible de réveiller les malades. Or, cela a de grands inconvénients, quoi qu'en pense M. Dastre qui est convaincu qu'il s'agit là d'un sommeil post-opératoire très réparateur. A son avis encore, les chirurgiens s'en laissent imposer par le préjugé irrationnel qui dit qu'ils doivent réveiller à tout prix leurs opérés. Non, ce préjugé n'est pas irrationnel ; les faits cliniques l'ont prouvé. D'autre part, ce sommeil, prétendu réparateur, l'est peut-être chez l'animal sain ; mais il ne semble pas l'être sur l'homme qui vient de subir une opération très sérieuse. Il y a réellement dans ces cas une stupeur, un abattement très marqués, qu'on l'explique comme l'on voudra, et cela peut causer des ennuis très réels et des accidents importants. Ils peuvent être tels que les malades ne se réveillent pas du tout, L'on cite, en effet, des cas où la mort, survenue dans les premières heures qui suivirent l'opération, peut être attribuée à l'emploi de l'atropine et de la morphine.

Il nous semble d'ailleurs qu'on oublie trop, au point de vue de l'emploi de la morphine et de l'atropine, chez les animaux et chez l'homme, qu'il y a des différences notables. Les lapins et les chiens — animaux de laboratoire classiques — supportent bien mieux la morphine que l'homme (2) [Cl. Bernard]. Le fait est encore plus patent pour l'atropine. Pour cette substance, le lapin est très tolérant et le cobaye est encore moins sensible ; et il faut se rappeler que c'est surtout chez l'homme que cet alcaloïde manifeste son action avec le plus d'intensité. Rien d'étonnant, dès lors, à ce que le résultat des recherches expérimentales de MM. Dastre et Morat, en dépit des affirmations de certains chirurgiens, ne donnent pas des résultats satisfaisants chez les sujets atteints d'affections qui ont fortement déprimé la santé générale et qui réclament de longues interventions et des dégats considérables.

Par conséquent, étant donné, d'une part, la grande rareté des syncopes cardiaques primitives dans le procédé des doses faibles et continues; étant donné, d'autre part, les accidents qui peuvent survenir dans l'emploi de la méthode mixte et que nous venons de citer brièvement, jusqu'à plus ample informé du moins, nous considérons la méthode dosimétrique comme la plus simple et la plus pratique.

Malgré cela, la question des dangers de mort par syncope dans la chloroformisation qui, cependant, va bénéficier beaucoup de l'adoption générale du procédé des gouttes, reste toujours pendante. Aussi, puisque le développement de la chirurgie fine est désormais lié au perfectionnement des méthodes d'anesthésie, comme nous l'avons dit ailleurs (1), il devient indispensable, pour essayer de faire quelques progrès, de publier tous les cas de mort. Si, d'autre part, l'on veut diminuer, dans la mesure du possible, chez les malades, les quelques chances de mort qu'ils ont quand ils doivent être endormis, il faut faire tous ses efforts pour favoriser chez nous, parmi les médecins instruits, cette tendance à la spécialisation qu'on commence à voir poindre de nos jours. Il faudrait, en un mot, instituer pour l'hôpital, comme cela se fait pour la ville, des aides qui soient des chloroformiseurs de profession. Le moment est favorable par ce temps où l'exotisme est de mode. On aurait tort de perdre cette magnifique occasion et de renvoyer aux calendes grecques cette réforme hospitalière, réclamée, depuis Sédillot, par M. Perrin et un grand nombre de chirurgiens.

Du jour où une telle organisation serait acceptée par tous, le triomphe de la méthode des doses faibles et continues serait assuré ; car le seul point qui contribuera à en rendre la vulgarisation difficile, ce qui la fera délaisser quelque temps encore, c'est que sa parfaite application exige une attention soutenue, un notable apprentissage, une certaine expérience. Employée dans de telles conditions, elle *resterait*, probablement, *de longtemps la méthode de choix*, le procédé le moins dangereux et le plus pratique.

L'INTOXICATION CHRONIQUE PAR LA MORPHINE

ET SES DIVERSES FORMES (2)

Par M. le docteur L. Régnier,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — 1° L'usage prolongé de l'opium ou de ses dérivés à certaines doses entraîne une intoxication chronique désignée sous le nom de morphinisme;

2° Tout individu qui use de ces substances aux doses susdites se trouve donc exposé à cette intoxication à laquelle il présente des aptitudes plus ou moins considérables;

3° L'intoxication reconnaît deux causes déterminantes principales : elle peut être la conséquence d'une nécessité thérapeutique inévitable; ou elle est l'effet d'une passion pathologique dont l'origine réside dans le tempérament même du sujet;

4° Cette différence causale entraîne une différence dans l'expression symptomatique qui permet de séparer ceux chez lesquels l'intoxication est dégagée de tout élément accessoire

(1) Horsley et Schaffer recommandraient la méthode mixte pour les trépanations (*Procedings of the Royal Society*, 1884), d'après M. Péchadre, Thèse de Lyon, 1889, p. 47.

(2) On n'a jamais recherché, chose curieuse, si les morphinomanes dorment mieux ou plus mal que les autres malades. Ce serait une question à étudier.

(1) *Progrès médical*, 22 février 1890, n° 8.

(2) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, E. Lecrosnier et Babé.

(morphinisés), de ceux chez lesquels il s'y joint un élément surajouté par une appétence morbide spéciale ;

5° Cette distinction présente une importance considérable au point de vue du pronostic et de la thérapeutique;

6° Les morphinisés se distinguent des morphinomanes par l'absence dans les manifestations de l'intoxication de phénomènes psychosensoriels, et l'absence de symptômes particuliers et quelquefois graves, lorsqu'on supprime le médicament;

7° La morphinomanie est caractérisée par la *sensation de besoin*, la présence à peu près constante d'un état nerveux héréditaire ou acquis du malade ou de stigmates physiques ou psychiques de dégénérescence et, symptomatiquement, par le mélange de phénomènes psychosensoriels aux manifestations propres à l'intoxication morphinique pure et simple;

8° La suppression de la morphine produit chez les morphinomanes un ensemble de phénomènes spéciaux dits d'*abstinence* indépendants, sous le rapport de leur intensité, de la hauteur des doses de toxique employées et de la durée de l'habitude;

9° L'ivresse morphinique ne peut être invoquée à décharge par un accusé comme capable d'amener un état d'inconscience ou de provoquer des impulsions irrésistibles;

10° L'intoxication morphinique seule entraîne rarement un état de déchéance mentale, suffisant pour déterminer la perte complète de la responsabilité. Elle ne produit jamais d'impulsions irrésistibles;

11° La morphinomanie peut, au contraire, mener à des modifications de l'état mental, dans le cours desquelles les impulsions irrésistibles sont possibles. Elle entraîne donc des conséquences médico-légales importantes. L'état mental développé chez les morphinomanes par l'*abstinence* ou par un retard plus ou moins prolongé dans les piqûres, doit entrer en ligne de compte dans l'appréciation du degré de responsabilité de ces malades;

12° L'usage de la morphine doit être évité ou très sévèrement surveillé chez les malades, chez lesquels on aura une raison, si faible qu'elle soit, de prévoir une aptitude à la morphinomanie;

13° La morphinomanie est une affection grave, non seulement au point de vue de l'individu, mais au point de vue de ses conséquences sociales et médico-légales. Elle est tenace, rebelle aux méthodes de traitement; elle récidive avec une facilité très grande;

14° Lorsqu'un malade est devenu morphinomane, tous les efforts du médecin doivent tendre à faire disparaître cette affection. La première et la plus indispensable de toutes les conditions de la réussite du traitement, est la surveillance exacte et rigoureuse du malade qui doit être mis dans l'impossibilité absolue de se procurer de la morphine à l'insu du médecin;

15° Cependant, on ne saurait admettre l'internement du malade dans un asile d'aliénés ou une maison de santé, contre sa volonté, sauf les cas où la maladie ayant provoqué des manifestations dangereuses pour sa sécurité personnelle ou la sécurité publique, le morphinomane se trouvera placé dans des circonstances analogues à celles de certains genres d'aliénés et justiciable, en raison de son état mental, de la même législation;

16° La passion de la morphine ayant, au point de vue de la santé et de la moralité publiques, les conséquences les plus graves, notamment au point de vue de la dépopulation, il serait bon qu'une législation sévère intervînt pour interdire la vente frauduleuse de la morphine. La facilité avec laquelle on se procure aujourd'hui l'alcaloïde en dehors des prescriptions et du contrôle des médecins est la principale raison, la cause la plus efficace de l'accroissement du nombre des morphinomanes;

17° Chez les morphinomanes invétérés, il ne faut pas beaucoup compter sur l'efficacité du traitement. Lorsqu'il réussit, le résultat ne se maintient ordinairement pas. La suppression totale de la morphine n'est pas toujours possible et doit être, dans les cas invétérés, attentivement surveillée. La guérison complète et définitive est rare et ne peut guère être espérée que chez ceux dont la passion pour la morphine est de date récente, et qui ne présentent aucune tare nerveuse héréditaire ou acquise.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYRINGOMYÉLIE (1)

Par M. le docteur I. Bruhl,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — 1° La syringomyélie par gliomatose médullaire doit avoir aujourd'hui sa place marquée dans le cadre nosologique des affections spinales;

2° Elle se traduit cliniquement par des troubles particuliers de la sensibilité, consistant en analgésie et en thermo-anesthésie, avec persistance de la sensibilité tactile, par de l'atrophie musculaire, qui, le plus souvent, affecte la forme du type Aran-Duchenne, par des troubles trophiques variables à l'infini;

3° Grâce à cette symptomatologie, la syringomyélie peut être diagnostiquée; ce diagnostic a, d'ailleurs, été plusieurs fois vérifié à l'autopsie;

4° Anatomiquement, la seule variété de syringomyélie bien connue au point de vue clinique, c'est la gliomatose médullaire, c'est-à-dire une lésion spéciale à la névroglie que nous considérons comme différente du tissu conjonctif par son origine et par ses réactions histo-chimiques;

5° La syringomyélie par gliomatose aboutit d'ordinaire à la formation d'une cavité centrale, considérable, occupant une grande étendue de la moelle, et simulant l'hydromyélie avec laquelle elle a été jadis confondue;

6° Le gliome de la moelle s'excave : le fait est indéniable; mais nous ignorons encore le pourquoi de l'excavation. Que le gliome soit excavé ou non, il donne lieu à la même symptomatologie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 juin 1890, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Decourteix, Pitrat, Legrand, Saillet et Témoin.

— Par décision ministérielle, en date du 11 juin 1890, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés, savoir :

M. le médecin principal de deuxième classe Van Merris, pour les fonctions de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Tours.

MM. les médecins-majors de deuxième classe d'Arras, pour le 70e d'infanterie; et Goumy, pour le 9e cuirassiers.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Romeyer (Jean-Paul-Marcellin), pharmacien de première classe, est institué chef des travaux physiques et chimiques.

— M. le docteur Thiéry, prosecteur de la Faculté, est envoyé en mission en Angleterre, en Suède et en Russie, pour y étudier l'organisation de l'enseignement chirurgical.

— La Société de secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer (croix rouge française) vient de tenir son assemblée générale annuelle. Le compte rendu des opérations du dernier exercice a été présenté par le maréchal de Mac-Mahon, président de la société. Il résulte de ce rapport que la Société a distribué, l'année passée, 96 000 francs, ce qui porte le total des secours distribués par elle, depuis 1871, à 3 200 000 francs. Les dépôts de matériel, qui ont obtenu le grand diplôme d'honneur en 1889, ont été augmentés pour une valeur de 100 000 francs; 200 000 francs ont été consacrés à l'acquisition d'un nouveau train sanitaire et aux cours de dames infirmières et de brancardiers; quatre-vingt-quatre nouveaux comités se sont formés et portent le nombre des membres à 42 000. MM. les docteurs Brouardel et Meige ont été élus membres du conseil.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, E. Lecrosnier et Babé.

Manuel du doctorat en médecine. Aide-mémoire d'anatomie à l'amphithéâtre, dissection, technique microscopique, arthrologie, myologie, angéiologie, névrologie et découvertes anatomiques pour la préparation du deuxième examen, par le professeur Paul Lefort. 1 vol. in-18, 284 pages, cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 16 juin 1890.

Sur les cinq années que l'étudiant français passe sur les bancs de la Faculté, la première année, tout entière, est consacrée à l'étude des sciences accessoires : physique, chimie, histoire naturelle. Rien de plus logique, en apparence, mais en apparence seulement.

Sans doute ces sciences, nécessaires au point de vue de la médecine pure, sont la base des études médicales, et il serait impossible à l'étudiant de mener à bien ses efforts, si ces premières notions lui manquaient. Mais, en réalité, ces notions indispensables ne lui manquent pas. Il a, au lycée, dans ses études secondaires, suivi des cours de physique, de chimie, d'histoire naturelle ; il a même, avant d'être admis à s'inscrire devant la Faculté, subi un examen spécial, le baccalauréat ès sciences restreint. Or, sa première année d'étude médicale n'est que la répétition de sa dernière année de collège. Son premier examen de doctorat n'est guère différent de celui qu'il a subi devant la Faculté des sciences. Il en résulte que l'étudiant, en première année de médecine, n'a rien ou presque rien à faire, qu'il retrouve, à peu de chose près, les livres qu'il vient de quitter, et que, conscient du peu d'importance de cette première année, fier de sa récente émancipation, il néglige ce qu'il devrait étudier, et quand, à la fin de l'année, il se présente devant ses juges, il est souvent reconnu insuffisant et ajourné. Ajourné, c'est-à-dire reporté à trois ou quatre mois; dans ce court espace de temps, l'étudiant doit devenir physicien, chimiste, etc. Sinon, nouvel ajournement, nouvelle perte de temps. Parcourez les dossiers des élèves de nos Facultés françaises, et vous constaterez fréquemment que des étudiants, devenus brillants dans la suite, se sont heurtés plusieurs fois devant cet examen qui les a quelque temps arrêtés.

En fait, il n'est guère possible à un élève, même studieux, même convaincu de l'importance de cette partie de ses études médicales, d'arriver à posséder tout son programme, Les travaux pratiques, qu'on l'oblige à suivre, ont-ils toute l'utilité qu'on leur attribue ; portent-ils toujours sur des points exclusivement médicaux des sciences nécessaires ? Demandez à l'élève ce qu'il y a appris et votre religion sera vite éclairée.

Mais, dira-t-on, et l'objection a été faite, l'étudiant a pu apprendre au collège les principes des sciences accessoires, il est nécessaire qu'il vienne devant une Faculté de médecine en apprendre les applications médicales.

Le fait est vrai, mais est-ce que, dans cette première année d'études médicales, l'étudiant aura véritablement et réellement appris ces applications des sciences accessoires à la médecine ? Évidemment non. Et cela pour deux raisons : la première, c'est qu'il lui sera impossible de pousser bien loin ces applications pratiques, pour la raison très simple qu'à ce moment, il ignore le premier mot des sciences vraiment médicales ; la deuxième, c'est que, dans cette année sacrifiée, l'étudiant pourra apprendre le point toujours restreint traité au cours par les différents professeurs, mais c'est tout.

En réalité, quoi qu'en puissent penser ceux de nos maîtres qui font des sciences accessoires leurs études de prédilection, il est étrange qu'un élève passe le quart ou le cinquième du temps qu'il consacre à la médecine, à l'étude de ces sciences accessoires.

Une réforme est donc nécessaire. Il faut épargner à l'élève cette perte de temps qui lui est infligée, il faut lui éviter l'obligation de recommencer, à son entrée à l'École de médecine, les mêmes études scientifiques qu'a nécessitées la préparation de son baccalauréat.

Le Conseil général des médecins anglais, qui vient de tenir, à Londres, sa séance annuelle, a bien compris les inconvénients d'un tel état de choses, et cette réforme des premières années d'études médicales a été résolue dans le sens que nous indiquons.

En France, les Facultés viennent d'être saisies par le ministère d'un projet de réforme. Voici ce que propose le ministre : A la fin de la seconde ou de la rhétorique, le futur candidat en médecine subirait son examen d'instruction littéraire, c'est-à-dire son baccalauréat ès lettres, selon un programme déterminé spécialement. Muni de ce premier diplôme, il serait astreint à s'inscrire près d'une Faculté des sciences pour parfaire son éducation scientifique. Après un deuxième examen, l'étudiant serait admis à s'inscrire près d'une Faculté de médecine et à commencer ses études médicales.

Le projet ministériel remplace la dernière année du lycée par un stage devant la Faculté des sciences ; il supprime

ainsi les chaires professorales qui correspondent aux sciences accessoires.

Telles sont les grandes lignes tracées dans la lettre ministérielle soumise à la délibération et à l'appréciation des Facultés. Espérons qu'avant de formuler leur opinion, les professeurs consultés se rappelleront que ce n'est pas trop de cinq années d'études vraiment médicales, pour instruire l'étudiant et en faire un médecin.

Au moment où la discussion paraît devoir s'engager, à l'Académie de médecine, sur la valeur de l'air surchauffé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, il nous a paru intéressant de faire connaître les conclusions d'une communication que le docteur Taylor vient de faire à la Société clinique de Londres.

Notre confrère a traité quatre phthisiques par les inhalations d'air surchauffé à 150 degrés. Aucun phénomène nouveau n'est survenu, ni aggravation, ni amélioration. Le traitement a été facilement supporté.

L'insuccès de cette thérapeutique aurait trouvé son explication. En effet, deux des malades, soignés par Taylor, étaient atteints de cavernes, ouvertes chirurgicalement. On put introduire un thermomètre jusqu'au centre de la caverne, et constater que, chez un malade, la température montait de 1 degré pendant l'inspiration d'air surchauffé; mais, chez le second, le thermomètre ne présenta aucune ascension. Il s'ensuivrait que l'air qui arrive dans les bronches tuberculeuses a perdu tout son excès de calorique, et que, par suite, il ne saurait présenter d'action thérapeutique.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Moty.

Fracture du col du grand os.

Les fractures indirectes des os du carpe sont, le plus souvent, des trouvailles d'autopsie sur les sujets qui ont succombé à de grands traumatismes; elles se présentent aussi comme complications des entorses graves du poignet, sous forme d'arrachement des portions d'os qui donnent attache aux ligaments, mais on les rencontre rarement aussi bien individualisées que dans l'observation suivante; elle mérite à ce titre d'être publiée.

D..., cavalier au 28e dragons, est emballé par son cheval dans le manège et tombe sur le côté gauche. Sa main, fléchie sur l'avant-bras, porte sur le sol par sa face dorsale et il ressent aussitôt une vive douleur dans le poignet. A l'infirmerie, le médecin-major de son corps constate à la partie dorsale de cette région une saillie anomale, dure, manifestement osseuse, arrondie, lisse et constituée sans aucun doute par la surface articulaire radio-carpienne des os du carpe. La luxation est facilement réduite et l'on termine cette heureuse intervention par un massage.

L'examen du malade à son entrée à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le 28 novembre 1889, lendemain de l'accident, donne les résultats suivants :

Antécédents pathologiques acquis ou héréditaires nuls, sauf quelques douleurs arthritiques à quinze ans. Constitution bonne.

L'avant-bras et la main gauches sont immobilisés dans un appareil, on les découvre et on constate un fort gonflement du dos de la main, ainsi qu'une douleur très vive à la pression au niveau des ligaments latéraux du poignet; l'axe de la main n'est pas dévié, les apophyses styloïdes ont conservé leur forme et leurs rapports normaux, les mouvements communiqués sont possibles mais très douloureux. Pas de crépitation.

J'estime donc n'avoir plus à traiter qu'une entorse, reliquat naturel d'une luxation plus ou moins complète du poignet réduite la veille, et, en conséquence, je prescris un nouveau massage, la compression ouatée et l'immobilisation sur une attelle palmaire.

1er décembre. Nouveau massage, le gonflement a sensiblement diminué.

10 décembre. Levée de l'appareil en vue de faire exécuter quelques mouvements à l'articulation. En exécutant ces mouvements, je cause au malade une douleur vive et je perçois nettement une crépitation osseuse; je constate alors que la douleur a disparu presque complètement au niveau des ligaments latéraux, mais qu'elle persiste en un point correspondant au milieu de la face dorsale du poignet et un peu au-dessous d'une ligne transversale joignant les extrémités des deux apophyses styloïdes; en faisant mouvoir la main ou en exerçant des pressions en ce point j'y perçois une crépitation bien localisée, et je constate en même temps qu'elle correspond exactement à un gonflement anomal, de forme elliptique, à grand axe parrallèle à celui de la main, peu saillant, mais très douloureux à la pression, s'étendant de 2 centimètres et demi en hauteur sur 1 centimètre et demi en largeur, et qui, eu égard à son siège et à sa consistance, ne peut être attribué qu'à une infiltration du tissu cellulaire périostique.

Le diagnostic de fracture du col du grand os est donc porté; un nouveau massage et l'immobilisation sur une attelle palmaire constituent tout le traitement; le 11, on renouvelle le massage et on remet l'attelle; du 15 au 18, le malade est atteint de grippe intercurrente; le 19, on enlève l'attelle et l'on reprend le massage et les mouvements communiqués tous les deux jours; la crépitation n'est plus perçue, la pression sur l'os malade n'est plus très douloureuse, mais il reste un cal dur, un peu volumineux; légère compression ouatée.

Le 23 décembre. On enlève tout pansement et l'on fait jouer tous les jours l'articulation du poignet qui, malgré la mobilisation hâtive, présente des mouvements notablement limités du côté de l'extension et de la flexion, la pronation et la supination restant normales.

Les doigts eux-mêmes offrent des mouvements limités et l'on sent une crépitation synoviale dans la gaine de leurs extenseurs.

Le 28 décembre. Je constate une atrophie assez marquée des muscles de l'avant-bras et de la main; en janvier, mon collègue M. le professeur Delorme prescrit l'électrisation faradique et la continuation des mouvements communiqués, et le malade qui, au commencement de ce mois, donnait 5 au dynamomètre pour la main gauche, arrive à 25, le 20 février. Il part en convalescence le 28 avril, ayant encore un peu de gêne des mouvements de flexion et d'extension et conservant au dos de la main une légère déformation due à l'exubérance du cal osseux du grand os.

Le moulage de ce poignet a été pris avant le départ du malade et déposé au musée du Val-de-Grâce.

Je dois ajouter quelques mots sur le mécanisme de cette fracture : en examinant les articulations dorsales du poignet il est facile de se rendre compte que la force qui agit sur elles, de manière à déterminer la luxation radio-carpienne, se transmet à la première rangée des os du carpe par ses moyens d'union avec la deuxième; or, ces moyens d'union, plus solides que la capsule radio-carpienne, mais moins résistants que le système ligamenteux carpo-métacarpien, subissent, au moment de cette transmission, un certain degré de distension et la deuxième rangée, elle aussi, tend à se luxer en arrière, mais la tête du grand os enclavée, pour ainsi dire, entre les surfaces articulaires correspondantes du scaphoïde et du sémi-lunaire, ne cède pas, et c'est le col du grand os qui se brise, après quoi la deuxième rangée peut se luxer elle-même si la capsule radio-car-

pienne a résisté. En dehors de ce dernier cas, il n'y a pas de véritable déplacement parce qu'aucun obstacle ne s'oppose à ce que le corps du grand os ne reprenne, par rapport à sa tête, la position qu'il occupe normalement, et il peut se faire que l'épanchement traumatique, empêchant la crépitation d'être perçue, rende le diagnostic très incertain pendant quelques jours comme dans notre observation.

Avant de terminer, j'appelle l'attention sur la gravité de ces fractures, au point de vue du pronostic fonctionnel. On sait que les lésions articulaires des membres supérieurs ont une grande tendance à se terminer par ankylose, et la fracture du col du grand os est articulaire par excellence, à ce point de vue; car l'os est encroûté de cartilage sur les deux tiers de son étendue, et le système articulaire qui le contient n'est autre que l'articulation médio-carpienne qui communique souvent avec la radio-carpienne. Connaissant cette fâcheuse disposition, nous avons mobilisé de bonne heure et avec une certaine énergie, et, cependant, ce n'est qu'au bout de quatre mois et avec des efforts constants que l'on est arrivé à rendre au blessé un poignet utilisable. Il faut donc considérer la fracture du grand os comme grave, et savoir qu'elle ne peut guérir sans ankylose que grâce à la persévérance du malade et du chirurgien, de telle sorte que, pour une lésion d'apparence insignifiante, il faut s'attendre à une incapacité de travail de près de six mois. Cette fracture est rare, nous n'en connaissons qu'un cas semblable au nôtre, c'est celui de Robert (1) dans lequel on n'avait pas constaté de luxation concomitante du poignet; mais l'observation publiée prématurément n'indique pas les suites ultérieures de la lésion.

Malgré cette pénurie d'observations, nous n'hésitons pas à considérer comme normale, dans le cas de traumatisme de cette nature, l'ankylose plus ou moins accusée des deux grandes articulations du poignet, et, nous fondant sur les données anatomiques, à classer cette petite fracture parmi les plus graves et les plus difficiles à traiter de la région radio-carpienne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juin 1890. — Présidence de M. Nicaise.

LECTURE

Gastrostomie. — M. **MONOD** lit un travail de M. Roux (de Brignolles) fils.

Un homme avait avalé une solution caustique qui ne tarda pas à déterminer des phénomènes de rétrécissement œsophagien.

Cet homme avait eu anciennement la syphilis et présentait une fistule trachéale (trachéotomie faite en Norwège).

Quand le malade se présenta à l'observation de M. Roux de Brignolles fils, celui-ci constata l'existence d'un rétrécissement œsophagien assez haut placé. L'état général du patient était mauvais (perte des forces, amaigrissement, etc.).

M. Roux (de Brignolles) fils se décida à pratiquer la gastrostomie. L'opération fut faite suivant la méthode habituelle. On adossa la séreuse viscérale à la séreuse pariétale. Les sutures furent faites avec du crin de Florence.

L'opéré mourut trois jours après de broncho-pneumonie, comme l'autopsie le prouva.

M. Roux (de Brignolles) entre dans des considérations théoriques sur la cause de ces broncho-pneumonies. Il a fait des expériences sur des chiens, après avoir compulsé les observations relatives aux cas mortels de gastrostomie. L'auteur pense qu'il s'agit de broncho-pneumonie d'origine réflexe. Les lésions nerveuses produites par la plaie stomacale auraient donné naissance à une congestion pulmonaire. Pour expliquer la terminaison funeste, il faut faire entrer en ligne de compte le mauvais état général du malade.

M. **TERRIER** rappelle, à ce sujet, la façon dont il pratique l'opération. Après avoir fait l'incision abdominale, il va à la recherche de l'estomac et l'attire hors de la plaie pariétale. Il fait alors, avec des fils de soie, des sutures qui passent à travers les tuniques de l'estomac, de façon à éviter la muqueuse gastrique et à décrire une anse parallèle à l'incision péritonéale; ils traversent ensuite la séreuse pariétale et une portion du plan musculaire de la paroi abdominale. Plusieurs fils sont placés tout autour de la plaie. Ces fils profonds étant posés, on diminue considérablement l'ouverture de la plaie. On ouvre l'estomac sur une étendue qui ne doit pas dépasser 1 centimètre. On suture alors la muqueuse de l'estomac à la peau.

M. Terrier a pratiqué trois gastrostomies et a obtenu de bons résultats.

M. **BERGER** pense que, dans certains cas, on peut faire l'opération en deux temps. On fixe l'estomac à la paroi abdominale, et deux jours après, on ouvre la cavité gastrique. Telle est la pratique du professeur Albert (de Vienne). M. Berger a fait une gastrostomie en deux temps. Comme M. Terrier, il préconise une ouverture très étroite de l'estomac. M. Berger a fixé l'estomac d'une autre façon que le précédent orateur. Il a établi un rang de sutures circulaires pour adosser le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Il a nourri le malade à l'aide d'une sonde introduite dans la fistule gastrique. Il a pansé la plaie avec de la craie préparée. Les obturateurs mis sur la fistule ne donnent pas de grands bénéfices.

Le malade de M. Berger a eu une survie de deux mois et demi.

M. **ROUTIER** a fait, lui aussi, une très petite ouverture aux parois de l'estomac. Les sutures traversent la musculeuse stomacale, le péritoine viscéral, le péritoine pariétal, le plan musculo-aponévrotique et la peau.

M. **REYNIER** a pratiqué trois gastrostomies. On a toujours de la tendance a faire les incisions de l'estomac trop grandes. La fistule gastrique augmente par suite de la présence de l'obturateur. Les tuniques stomacales se contractent sans cesse sur cet obstacle et finalement se laissent distendre. L'orifice s'agrandit.

L'opération en deux temps n'est pas très recommandable, parce que les malades se présentent au chirurgien quand ils sont déjà très affaiblis. On n'a pas le temps d'attendre. Il faut ouvrir l'estomac d'urgence et nourrir les opérés le jour même de l'intervention. Des lavements de peptone sont très utiles pour relever les opérés qui sont faibles et qui meurent d'inanition.

M. **TERRILLON** a fait sa première opération en 1884, de la même façon que M. Terrier. L'ouverture qu'il avait pratiquée à l'estomac était petite; elle n'admettait qu'une sonde n° 14. La malade a vécu pendant plusieurs mois.

Ce n'est pas tant la grandeur primitive de l'ouverture stomacale qui est à considérer que la qualité et la nature du suc gastrique. Certains sucs gastriques digèrent les plaies avec lesquelles ils entrent en contact.

Chez un des malades de M. Terrillon, l'orifice ne s'est pas élargi.

Dans un deuxième cas, le suc gastrique a produit une sorte de digestion de la paroi et de la muqueuse. Chez un troisième malade, M. Terrillon a évité l'action du suc gastrique sur la plaie, en pansant celle-ci avec des poudres alcalines.

M. **TERRIER**. Tout le monde est à peu près d'accord pour recommander de faire une ouverture étroite à l'estomac. Il ne faut pas oublier qu'on éprouve de la difficulté pour oblitérer ces fistules gastriques et que le suc gastrique agit sur les tissus autres que la muqueuse gastrique.

M. Terrier n'est pas partisan des opérations en deux temps. La gastrostomie est une intervention bénigne. Pourquoi ne pas la faire en un seul temps?

(1) Robert. *Annales de thérapeutique de Rognetta*, 1845, p. 146.

COMMUNICATION

Plaies de l'abdomen; perforation de l'intestin; expectation et laparotomie. — M. RECLUS. M. le docteur Lagrange (de Bordeaux) a rapporté l'observation d'un collégien qui s'était logé deux balles dans le ventre. Il y avait plaie pénétrante de l'abdomen. Un stylet pénétrait à 7 centimètres de profondeur. Quelques heures après, le pouls était petit, la face pâle. M. Lagrange prescrivit de la glace et des piqûres de morphine. Bientôt des douleurs vives apparurent. Le météorisme se montra. La fièvre s'éleva à 39 degrés. Des vomissements furent notés. Malgré tous ces symptômes inquiétants, le blessé revint à la santé.

M. Capetanakis a envoyé l'observation d'un homme âgé de trente-sept ans, et ayant reçu un coup de revolver au niveau de l'ombilic. Le cathétérisme prouva que la plaie était pénétrante.

La fièvre s'alluma; les douleurs devinrent vives; bientôt apparurent du météorisme, du hoquet et des vomissements. Application d'onguent mercuriel et de glace; extrait thébaïque à l'intérieur. La fièvre, qui était à 40°5, diminua et progressivement la guérison fut obtenue.

Dans un autre cas du même chirurgien, il s'agissait d'un homme de trente ans, qui avait reçu un coup de revolver autour de l'ombilic. La plaie était pénétrante. Il y eut de la tension du ventre et des douleurs irradiées. Cette fois encore, on obtint la guérison par la simple expectation.

M. Labbé a donné des soins à un homme de vingt-quatre ans, qui avait reçu un coup de revolver à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic. Cet homme, comme du reste tous les précédents, étant à jeun, M. Labbé fit mettre de la glace sur le ventre, pratiqua des injections de morphine et donna à l'intérieur de l'extrait thébaïque.

Il revint cinq heures après l'accident, dans le but de faire la laparotomie. Mais le blessé avait eu un frisson, la fièvre était à 40 degrés, il y avait des vomissements porracés. La mort semblait imminente. M. Labbé renonça à l'opération.

Cependant, le lendemain la fièvre était moins élevée et le malade, contrairement à toutes les prévisions, revint à la vie.

M. Reclus, lui-même, a observé un rôdeur de barrière qui avait reçu un coup de couteau dans le ventre. Il existait une plaie pénétrante au niveau de la région épigastrique. Le blessé prit de l'extrait thébaïque. Au bout de quinze jours, la guérison était obtenue. Cependant, M. Reclus vient de voir cet homme, trois mois après l'accident. Peut-être ce malade qui a la mine terreuse est-il atteint d'un abcès profond qu'il faudra évacuer.

La question reste posée entre l'abstention systématique et la laparotomie dans les plaies pénétrantes de l'abdomen.

S'il y avait à faire un choix entre les deux méthodes, il faudrait s'arrêter à l'abstention systématique qui a donné de meilleurs résultats.

Dans une première statistique qui porte sur 91 cas (dont il faut distraire 7 à 12 observations), M. Reclus a relevé 75 p. 100 de guérison, quand les malades ont reçu des soins médicaux et ont été traités par l'expectation chirurgicale.

Au contraire, les blessés qui ont subi la laparotomie sont morts dans la proportion de 78 p. 100.

La statistique des chirurgiens français est moins bonne encore. A part les cas de MM. Jalaguier et Vallin, qui se sont terminés par la guérison, tous les autres blessés, traités par la laparotomie, sont morts.

Il y a mieux encore. Les statistiques de Stimson sont plus convaincantes. Ce chirurgien a fait deux ordres de tableaux et de statistiques.

Dans un premier tableau, cet auteur a relevé tous les cas de plaie pénétrante, reçus dans dix hôpitaux de New-York, depuis 1875 jusqu'à 1885.

Sur 37 malades traités par l'expectation, il y a 20 guérisons.

Dans le deuxième tableau portant sur les malades observés de 1885 à 1889, on a compté 29 laparotomies pour plaie pénétrante de l'abdomen. Il y a eu 25 morts et 4 guérisons.

Stimson, au lieu de prendre les dix hôpitaux de New-York, a consulté seulement la statistique de deux hôpitaux de la même ville.

Sur 13 laparotomies, on compte 10 morts et 3 guérisons, soit 76,9 p. 100 de mortalité.

L'abstention, il est vrai, a donné à peu près les mêmes résultats. En effet, sur 17 blessés traités par l'abstention, on relève 13 morts et 4 guérisons.

Somme toute, les avantages restent encore du côté de l'expectation.

En Amérique, où l'on pratique si facilement la laparotomie, on commence à être un peu moins enthousiaste de cette opération. Il y a cependant des cas où la laparotomie est indiquée.

La laparotomie doit être faite quand l'intestin grêle passe à travers la plaie abdominale. Dans un cas, M. Reclus fut appelé près d'un blessé qui avait une longue portion d'intestin grêle hors du ventre. Les anses intestinales étaient rouges et épaisses. Un courant d'eau à 55 degrés amena la décongestion de l'intestin hernié qui fut réduit. La guérison survint.

En cas d'hémorrhagie, il faut appliquer, aux vaisseaux contenus dans l'abdomen et ouverts par le traumatisme, les règles générales de l'hémostase. Il faut aller chercher le vaisseau et le lier. La laparotomie est donc indiquée dans ces cas.

Dans d'autres cas, la percussion a révélé une sonorité périhépatique ; ou bien, il existe un tympanisme particulier ; parfois encore, des bulles d'air se dégagent le long d'une sonde introduite à travers la plaie abdominale : la laparotomie est encore indiquée.

La même opération doit être faite quand il y a issue des matières fécales.

Quand il existe des phénomènes intestinaux graves à la suite d'un coup de pied de cheval, il y a lieu de pratiquer la laparotomie. On sait que, dans ces cas, les déchirures qui portent sur l'intestin sont énormes.

Enfin, il est un point contesté. Quelle conduite faut-il suivre quand il existe un début de péritonite après une plaie pénétrante de l'abdomen ? Ici, il n'y a point de règles fixes. Il faut se fier au flair chirurgical. Aucune conclusion définitive ne peut être adoptée. M. Reclus, contrairement à ce qu'il avait avancé dans un précédent mémoire, pense que le début d'une péritonite, après une plaie pénétrante de l'abdomen, n'est pas une indication précise à faire la laparotomie.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 juin 1890. — Présidence de M. Hardy.

COMMUNICATION

Variété fruste de dermatite herpétiforme. — M. BROCQ. Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, nerveuse, quelque peu hystérique, syphilitique. Il y a quatre ans, elle fut renversée par une voiture; elle éprouva, de ce fait, une très vive émotion ; ses règles s'arrêtèrent. Le soir même et le lendemain, elle vit survenir sur ses cuisses des taches rouges, rappelant les piqûres de moustiques. On les prit d'abord pour de l'urticaire, puis pour des lésions syphilitiques. Le traitement spécifique fut institué sans aucun succès, au contraire. Le corps fut envahi tout entier, à l'exception de la tête. Pendant deux ou trois mois, on vit alors se produire des bulles remplies de sérosité pure ou de sérosité sanguinolente. Depuis près de trois ans la malade n'est restée que sept à huit jours exempte d'éruption. Le plus souvent, il se fait des poussées cutanées qui durent pendant quinze à vingt jours, puis reviennent après un intervalle à peu près égal.

Au moment où on put l'observer à Saint-Louis, on constata

que l'éruption était constituée au début par de petites papules qui augmentaient progressivement de volume et atteignaient les dimensions d'un demi-pois. Ces papules, excoriées par le grattage, prenaient l'aspect bien connu des papules de prurigo. Plus tard, ces lésions élémentaires s'étant étendues, on trouvait deux zones, l'une centrale, déprimée et pigmentée, l'autre périphérique, annulaire, formant une sorte de bourrelet. Enfin, au bout de quelques semaines, les lésions ayant progressé, il existait des placards limités par des bourrelets polycycliques. Au centre, une pigmentation plus ou moins marquée, donnant à la peau une coloration café au lait ou brunâtre. Ces éléments éruptifs étaient surtout développés sur le tronc. Ces lésions étaient le siège, non d'une sensation prurigineuse, mais d'une véritable sensation douloureuse.

De temps à autre, on pouvait observer de véritables poussées d'éléments ortiés très prurigineux, d'évolution rapide.

Comme traitement, on donna de l'arséniate de soude à la dose de 4 à 5, puis de 7 à 8 milligrammes, et de l'extrait de belladone.

Des lésions de la gorge, considérées comme des lésions syphilitiques, ayant été observées, M. Besnier institua le traitement par l'iodure de potassium. L'éruption n'en fut influencée, ni en bien, ni en mal. La malade, sortie de l'hôpital, y revint quelque temps après, l'affection cutanée ayant subi une véritable recrudescence. On poussa alors jusqu'à 2 centigrammes par jour la dose d'arséniate de soude, et on y ajouta des gouttes d'un mélange de teinture de belladone, de teinture de drosera et d'alcoolature d'aconit. Il s'est fait, depuis cette époque, une amélioration marquée; peut-être même s'agit-il d'une véritable guérison. Il faut dire, toutefois, que la teinture de belladone ayant été supprimée, on a vu survenir des poussées d'urticaire. La santé générale est restée parfaite.

Quelle est la nature de cette maladie? On ne peut s'arrêter ni à l'idée d'une forme particulière d'urticaire, ni à celle de déterminations syphilitiques. C'est une variété de ce que Duhring a appelé dermatite herpétiforme, de ce que M. Brocq lui-même a dénommé dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, de ce que Unna a proposé de décrire sous le nom d'hydroa, du pemphigus arthritique de Bazin, du pemphigus prurigineux de Hardy.

(Ces diverses dénominations ont été données à une affection chronique dans laquelle on rencontre des éruptions multiformes, papuleuses, vésiculeuses, bulleuses, qui procèdent par poussées successives et s'accompagnent souvent d'une sensation, soit de prurit, soit plus souvent encore peut-être d'une sensation pénible de douleur ou de cuisson.)

Ici, il est vrai, les bulles ne se sont montrées que d'une façon tout à fait passagère, au début de la maladie, depuis des années il ne s'en est pas produit de nouveau. Malgré cela, M. Brocq admet l'existence d'une variété sèche de la dermatite herpétiforme de Duhring, qu'il appelle, pour son compte, dermatite polymorphe douloureuse, chronique, à poussées successives. C'est une sorte de fait de passage entre la maladie de Duhring et les érythèmes chroniques.

M. BESNIER. Il y a dix ou quinze ans d'ici, on n'eût pas posé de diagnostic sur un cas semblable. Duhring et, après lui, M. Brocq, ont eu le mérite de donner à ces faits un centre de groupement. Les traitements les plus rationnels n'ont point donné de résultat. On n'a obtenu d'amélioration qu'avec un traitement tout à fait empirique : l'arsenic et la teinture de belladone. On n'est pas encore autorisé à croire à la possibilité d'une guérison complète. Cependant, certains cas se maintiennent guéris depuis dix-huit mois et même trois ans. Mais n'y aura-t-il pas de récidive?

PRÉSENTATION DE MALADES

Dermatite herpétiforme. — M. MOREL-LAVALLÉE présente une femme atteinte, depuis le mois de décembre, d'une affection bulleuse à poussées incessantes, à évolution continue, progressive. Ce qui domine ici c'est la lésion bulleuse. Il y a du prurit, et le grattage fait naître des stries vésiculeuses. On n'a pu trouver aucune cause appréciable au développement de cette éruption.

M. HARDY. Pour moi, c'est là du pemphigus. Depuis quelques années, on démembre le pemphigus avec une telle ardeur, qu'il n'en restera bientôt plus rien : les dermatologistes, autrefois, avaient fait de la synthèse ; actuellement, on démolit leur ouvrage en procédant par voie d'analyse. La dermatite herpétiforme n'est qu'une variété du genre pemphigus ; il ne faut pas élever chacune des variétés à la dignité de genre distinct. Distinguer des variétés du pemphigus est très bien, mais on a trop tendance à considérer des individualités comme des types distincts.

M. VIDAL. Au Congrès de dermatologie, M. Kaposi a fait le même procès à la dermatite polymorphe de Duhring et de M. Brocq. Il voyait avec regret la disparition du pemphigus; mais déjà le pemphigus syphilitique a été éliminé, le pemphigus arthritique de Bazin était très différent du pemphigus type. Duhring et M. Brocq en se basant sur le polymorphisme de l'affection, n'ont fait que pousser plus loin l'analyse et qu'accentuer une distinction légitime. Ils ont permis de grouper des faits jusque-là sans cohésion et confondus sous la dénomination de pemphigus.

M. HARDY. Cela est parfait; mais il ne faut pas mettre la variété avant le genre. C'est la bulle qui caractérise le pemphigus.

M. BROCQ. Ma malade n'a pas de bulle; elle rentre cependant dans le type de Duhring, donc le type de Duhring n'est pas caractérisé par la bulle, donc on ne peut pas dire que ce soit du pemphigus.

M. HARDY. Une maladie non bulleuse n'est pas, en effet, du pemphigus.

M. BESNIER. Nous partons de points de départ tout à fait différents; pour nous, la bulle ne peut pas servir de caractéristique. M. Hardy a décrit le pemphigus pruriginosus, en le distinguant du pemphigus ordinaire. Il a eu parfaitement raison. S'il était allé plus loin, s'il l'avait franchement séparé du pemphigus, il eût rendu le service, plus grand encore, que nous a rendu Duhring.

M. HARDY. Une lésion bulleuse causée par une brûlure, symptomatique d'une lésion nerveuse, n'est pas du pemphigus; mais quand il s'agit de poussées bulleuses successives, plus ou moins généralisées, il y a là quelque chose de particulier, un groupe, un genre morbide dont la bulle est la manifestation principale, la détermination figurée la plus accusée, et qui mérite pour cela le nom générique de pemphigus.

Forme végétante de syphilome de la langue. — M. HALLOPEAU présente un malade porteur d'une lésion de la langue assez complexe. Cet organe est augmenté de volume et bossué. Sa face dorsale recouverte d'une sorte de revêtement épithélial blanchâtre, épais, semblable à ce qu'on décrit sous le nom de psoriasis buccal, ou de leucoplasie. Sur un point, en rapport il est vrai avec des dents en mauvais état, il existe une ulcération végétante, bordée de saillies papillomateuses. Il y a des ganglions indurés à la région cervicale, sous l'angle de la mâchoire. La première idée, c'est qu'il s'agissait d'un épithélioma ulcéré ; toutefois, l'examen histologique a montré qu'il n'y avait pas d'élément épithéliomateux dans le fragment enlevé et soumis au microscope. Il s'agissait donc d'une variété particulière des glossites syphilitiques si bien étudiées par M. Fournier.

M. FOURNIER. Il faut, en effet, séparer la glossite gommeuse de la glossite scléreuse. Cette dernière pourrait être souvent confondue avec l'épithélioma, et cela à cause de l'existence fréquente de la leucoplasie linguale et de son incurabilité. Souvent, à la surface des langues syphilo-scléreuses, on observe un revêtement blanc, analogue au psoriasis, à la leucoplasie qui précède si fréquemment l'épithélioma. En second lieu, ces glossites scléreuses ne sont plus influencées par le traitement syphilitique qui donne de si bons résultats dans les glossites gommeuses. Tout à fait au début, on peut obtenir une certaine amélioration, plus tard, rien. Les îlots de sclérose ne sont plus susceptibles de régression.

M. OZENNE. N'y a-t-il pas ici à la fois de la syphilis et de l'épithélioma, de l'épithélioma en train de se greffer sur une lésion syphilitique? Il n'y a que trois mois que cela a débuté, ce qui n'est pas suffisant pour rejeter l'idée du cancroïde. D'autre part, les ganglions donnent bien l'idée d'une adénopathie symptomatique d'un épithélioma.

M. BESNIER. Des végétations papillomateuses, semblables à celles que l'on voit ici, au voisinage de l'ulcération, s'observent quelquefois au pourtour de lésions cutanées syphilitiques. On les voit aussi avec des lésions tuberculeuses; il n'y a donc là rien de caractéristique.

Quant à la leucoplasie, à la stomatite épithéliale qui se constate sur la langue, on peut se demander si elle est de même nature que celle qui précède l'épithélioma. Il serait curieux de savoir si on peut la distinguer histologiquement; par la clinique seule, la différenciation est impossible.

M. LAILLER. Ce malade a été soumis à un traitement mixte; son haleine a une odeur métallique évidente; il a certainement un certain degré de stomatite mercurielle. De plus, ses dents sont en mauvais état; et c'est sans doute au contact d'une dent anguleuse que l'ulcération linguale s'est produite. La cessation du traitement mercuriel, l'enlèvement de la dent en rapport avec l'ulcération, des soins locaux, amèneraient probablement une amélioration marquée dans l'état de la langue. En semblable condition, des applications de teinture d'iode sont très utiles.

M. HALLOPEAU. Le mercure donné d'abord a été suspendu, puis repris seulement depuis quelques jours. L'origine dentaire de l'ulcération est possible.

M. HARDY. Il y a certainement là de la stomatite mercurielle. Il est fort possible aussi qu'il y ait un épithélioma au début; l'existence de l'adénopathie est en faveur de cette idée.

M. FOURNIER. La leucoplasie buccale n'est certainement pas une unité morbide : il y a des leucoplasies. Le type principal, connu autrefois sous le nom de psoriasis buccal, a été bien décrit par MM. Debove, Mauriac, Vidal, Trélat. C'est celui qui précède l'épithélioma.

Un second type se rencontre dans la glossite scléreuse syphilitique; bien que la syphilis de la langue ne mette pas à l'abri du cancer de cet organe, il n'est pas, que je sache, suivi d'épithélioma.

Enfin, chez les fumeurs, chez les gens qui ont de vieux chicots dentaires, il existe une leucoplasie atténuée qui reste le plus souvent bénigne.

Ces deux derniers types ne sont pas identiques au premier, il est possible de les en distinguer.

M. MAURIAC. Pour ce diagnostic, le traitement antisyphilitique a une grande valeur. Sous son influence, la leucoplasie des syphilitiques ne s'aggrave pas, elle diminue plutôt; la leucoplasie non syphilitique s'exaspère au contraire.

M. VIDAL. La leucoplasie qui prélude à l'épithélioma est beaucoup plus marquée que la leucoplasie des fumeurs. La première est épaisse; elle peut donner lieu à de véritables lambeaux de desquamation : la seconde est opaline, sans épaisseur. Dans les lésions syphilitiques, la leucoplasie est un épiphénomène sans importance. Les lésions de la couche granuleuse sont plus marquées dans la leucoplasie pré-épithéliomateuse.

La muqueuse linguale est d'une vulnérabilité beaucoup plus grande chez les syphilitiques : chez eux, il se fait beaucoup plus rapidement une sorte de kératose.

Impetigo rebelle des lèvres. — M. HALLOPEAU. L'impetigo est rarement une maladie tenace. Le jeune homme que je vous présente portait, sur le bord libre de la lèvre inférieure, des croûtes épaisses jaunâtres mélicériques qui se renouvelaient avec une grande ténacité. L'affection avait duré des années, résistant aux divers traitements employés. Le malade était sur le point, à cause d'elle, de renoncer à continuer ses études au Conservatoire. J'eus recours alors à des scarifications (trois séances) suivies de l'application de pommade boriquée. La guérison fut rapide et complète.

M. VIDAL. Il s'agissait, sans doute, ici d'un eczéma séborrhéique, si l'on en juge par l'état séborrhéique de la peau du visage et du cuir chevelu. J'ai vu des cas semblables.

M. BESNIER est du même avis, il y a là un rapport certain avec la séborrhée. Les lésions du bord exposé des lèvres, souvent bénignes, sont aussi parfois très rebelles. On les a décrites autrefois sous le nom de psoriasis ou de pityriasis des lèvres.

Présence du mercure dans le liquide amniotique et dans les organes du fœtus. — M. CATHELINEAU. Une femme grosse était soumise au traitement mercuriel. M. Cathelineau eut l'occasion de rechercher le mercure dans le liquide amniotique et dans les organes du fœtus. M. Porak n'avait trouvé de mercure ni dans le liquide de l'amnios, ni dans l'urine du fœtus. Il pensait donc que le mercure ne passait pas de la mère à l'enfant.

M. Cathelineau a obtenu, au contraire, un résultat positif, il a trouvé le mercure dans le liquide amniotique; il a pu le doser. Le foie et la rate sont les organes qui en renferment le plus, 1 milligramme et demi pour 10 grammes de rate. Le cerveau est l'organe qui en renferme le moins, 0 milligramme 3 pour 10 grammes de cerveau.

La prochaine séance aura lieu, à l'hôpital Saint-Louis, le jeudi 10 juillet, à neuf heures. A. M.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 juin 1890, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bouchut et Leflaive.

— Par décret, en date du 11 juin 1890, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Biébuyck.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Aron, Froidure, Kéraval, Renard, Stackler, Jousset, Bonnet.

— Par décret, en date du 13 juin 1890, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de première classe. — M. le docteur Périnel, médecin de première classe de la marine, en retraite.

— Par arrêté ministériel, en date des 6 et 7 juin 1890, MM. les docteurs Angeard (de Mareuil-sur-le-Lay) et Pourteyron (de Saint-Vincent-de-Connezac) ont été nommés officiers d'Académie.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Sigalas, chef des travaux pratiques de physique, est chargé d'un cours complémentaire de physique à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Lamy, chargé des fonctions d'aide-préparateur de physique, est nommé aide-préparateur de physique en remplacement de M. Locquette, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Carvallo, docteur ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire d'enseignement de physique (emploi nouveau).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis, pendant les années 1885 et 1886, par le docteur Péan, membre de l'Académie de médecine, suivies des observations recueillies dans le service de l'auteur, du 1er janvier 1885 au 1er janvier 1887, et de la statistique des opérations de gastrotomie, pratiquées par lui du 1er janvier au 31 décembre 1887. 1 fort vol. gr. in-8° de 1264-VIII pages avec 75 figures dans le texte. — Prix : 25 francs. — Paris, Félix Alcan.

Ce volume forme le tome VII des *Leçons de clinique chirurgicale* de l'auteur, publiées à la même librairie.

Contribution à l'étude de la syringomyélie, par le docteur I. Bruhl. Volume in-8° de 221 pages, avec 12 figures et une planche hors texte. — Prix : 5 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Essai critique sur l'intoxication chronique par la morphine et sur ses diverses formes, par le docteur Régnier. Volume in-8° de 169 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

De la stérilisation par l'eau bouillante des instruments d'oculistique, par le docteur Bourgeois (de Reims). Broch. in-8° de 12 pages avec fig. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Laborde a terminé aujourd'hui sa communication sur les accidents chloroformiques. Cette dernière partie a trait aux différents moyens de prévenir ces accidents. Les chirurgiens y trouveront d'utiles indications pour l'emploi du chloroforme.

Au début de la séance, M. Féréol a fait un rapport sur un travail intéressant de M. Fr. Glénard (de Lyon), relatif à l'exploration du foie chez les diabétiques et à la fréquence chez eux d'accidents hépatiques.

Signalons enfin l'élection de deux nouveaux membres associés nationaux, MM. Hergott (de Nancy) et Bourguet (d'Aix).

HOPITAL NECKER. — M. RENDU.

Des monoplégies brachiales.

I

Les hasards de la clinique viennent d'amener, dans mes salles, quatre malades atteints de paralysie isolée des membres. Je profite de cette occasion pour étudier les monoplégies.

On dit qu'il y a monoplégie quand le membre supérieur ou le membre inférieur est paralysé. La monoplégie du membre supérieur est rare. Ordinairement, elle est accompagnée d'une paralysie du membre inférieur; c'est ce qui constitue l'hémiplégie.

Il y a quinze ou vingt ans, les conditions anatomo-pathologiques qui président à la production de la monoplégie brachiale étaient inconnues. On savait simplement que la paralysie d'un membre supérieur pouvait être due soit à des lésions cérébrales, soit à des lésions spinales, soit à des altérations portant sur le plexus brachial. Mais la doctrine des localisations cérébrales était ignorée.

Cependant, quelques faits cliniques auraient pu mettre sur la voie de cette découverte, qui a produit une révolution dans la science. M. Troisier, entre autres observateurs, avait publié, en 1868 ou 1869, un exemple de monoplégie avec autopsie. La lésion corticale était nettement signalée.

D'autres faits peuvent se rapprocher du précédent; c'est ainsi que la monoplégie brachiale avait été constatée dans le cours de plusieurs méningites tuberculeuses. Les lésions, relevées à la nécropsie, siégeaient dans la zone motrice.

Mais ces observations, éparses dans les recueils, n'avaient attiré l'attention ni des cliniciens, ni des anatomo-pathologistes.

Vous n'ignorez pas que c'est Fritz qui, en 1872, établit, par l'expérimentation sur les animaux, l'existence des zones motrices du cerveau. Ferrier, en Angleterre, ne tarda pas à confirmer la réalité des faits avancés par Fritz.

Voici, en résumé, quelques-uns des faits sur lesquels est basée la doctrine des localisations cérébrales.

Lorsqu'on excite, soit avec un instrument, soit à l'aide de l'électricité, la partie moyenne des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, on détermine des mouvements dans le bras opposé à l'hémisphère cérébral qui a subi l'excitation. C'est la partie moyenne des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes qui est exactement le centre des mouvements du bras. Si l'excitation porte sur la partie supérieure des deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, les mouvements du bras gagnent le membre inférieur correspondant. Si l'on excite la partie inférieure des mêmes circonvolutions, le membre inférieur reste immobile, mais le membre supérieur et la face sont le siège de contractions musculaires.

On peut donc dire que, le long des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, sont échelonnés les centres moteurs des membres inférieurs, des membres supérieurs et de la face. L'expérimentation a démontré qu'en détruisant ces centres moteurs, on obtenait des monoplégies.

Il s'agissait maintenant d'étayer ces faits expérimentaux par des faits cliniques.

En 1876, Maurice Raynaud publie un cas de monoplégie brachiale produite par des tubercules localisés dans la zone motrice du membre supérieur. M. Sabourin démontre qu'une monoplégie, observée par lui, était due à un ramollissement siégeant dans la même zone motrice.

D'autres nécropsies vinrent confirmer ce qu'avait révélé la physiologie expérimentale. Les lésions, trouvées à l'autopsie, siégeaient tantôt au niveau de la pariétale ascendante, tantôt au niveau de la frontale ascendante. Mais, dans les deux cas, les altérations étaient localisées à la

partie moyenne de l'une des circonvolutions, et parfois à la partie moyenne de ces deux circonvolutions.

Les notions font comprendre les différentes associations de la monoplégie brachiale :

1° Elle peut être pure. Dans ce cas, il n'existe aucune autre paralysie;

2° La monoplégie brachiale peut apparaître consécutivement à une paralysie du membre inférieur correspondant. Cette éventualité se présente parfois dans la méningite tuberculeuse;

3° La monoplégie brachiale peut être associée à une paralysie faciale. L'orbiculaire des paupières est intact. Les malades peuvent fermer les yeux, mais la face est paralysée;

4° La monoplégie brachiale s'accompagne parfois d'une paralysie faciale et d'aphasie. Il est inutile de vous rappeler que le siège du langage articulé est la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale. Or, celle-ci vient se jeter à la partie inférieure de la frontale ascendante.

Les faits cliniques ont démontré surabondamment que la nature des lésions est indifférente dans la production des symptômes. C'est la localisation, dans les différents points du cerveau, qui imprime à la maladie sa marche spéciale. Les tubercules, les gommes, le gliome, le sarcome, etc., sont capables de produire les mêmes symptômes.

Avant de pénétrer plus avant dans cette étude, il faut résoudre le problème suivant : une monoplégie brachiale isolée peut-elle être sous la dépendance d'une lésion des corps opto-striés? Au point de vue théorique, la question n'est pas résolue. Mais on peut affirmer que, en clinique, il n'existe pas un seul cas de monoplégie isolée avec des lésions localisées exactement aux couches optiques et aux corps striés. Il faut donc éliminer cette localisation. Quand il y a monoplégie provoquée par une lésion cérébrale, on peut et on doit avancer qu'il s'agit d'une altération portant sur la couche corticale des circonvolutions.

Cependant, il y a des monoplégies fonctionnelles, sans lésions connues à cette heure. Vous savez que la monoplégie hystérique est fréquente. Les monoplégies fonctionnelles peuvent être dues, soit à des modifications fonctionnelles de l'encéphale (ischémie, congestion), soit à des phénomènes d'inhibition.

Comment différencier les monoplégies fonctionnelles des monoplégies produites par des lésions cérébrales? L'état de la sensibilité et de la motilité suffit le plus souvent pour faire le diagnostic.

Il y a une quinzaine de jours, un jeune garçon était couché dans nos salles avec une monoplégie hystérique. Vous devez vous rappeler qu'il avait une anesthésie considérable, diffuse, dépassant le membre supérieur paralysé. C'est là un fait qui doit se graver dans votre mémoire. Parfois, la paralysie sensitive, comme la paralysie motrice, est localisée au membre supérieur, dans la monoplégie hystérique. Mais si vous étudiez soigneusement cette anesthésie, vous constaterez qu'elle s'arrête brusquement à la partie supérieure du membre et qu'elle ne correspond à aucune distribution nerveuse.

En outre, dans la monoplégie hystérique, toutes les modalités de la sensibilité altérée se rencontrent chez ces malades. Ils ont perdu la notion de la position de leurs membres; ils présentent de l'anesthésie articulaire et une altération complète du sens musculaire. Tout cela manque dans la monoplégie symptomatique.

Dans la monoplégie hystérique, les malades ont rarement une paralysie motrice absolue. C'est justement le contraire de ce qui existe dans la monoplégie symptomatique. Celle-ci est caractérisée par une perte absolue des mouvements et par des troubles nuls ou peu marqués de la sensibilité.

Dans la monoplégie hystérique, on constate des troubles vaso-moteurs. Le doigt mort est souvent signalé dans ces cas. La cyanose des extrémités n'est pas rare. La température est plus basse du côté paralysé, ce qui n'est pas la règle dans les paralysies symptomatiques. Enfin, dans la monoplégie hystérique, la transpiration locale est abondante.

Si, malgré tous ces signes différentiels, le diagnostic était encore douteux, on aurait recours à l'électricité pour trancher la question.

Les propriétés faradiques sont-elles conservées? il ne s'agit pas d'une névrite. On peut donc éliminer cette affection. Mais, dans la monoplégie symptomatique, comme dans l'hystérique, les propriétés faradiques persistent. Il reste donc à différencier ces deux espèces de monoplégie. Mais la sensibilité électrique est perdue dans la monoplégie hystérique, tandis qu'elle existe dans les monoplégies d'origine corticale.

En somme, le diagnostic de la monoplégie hystérique est simple.

Je veux vous parler d'une variété rare de monoplégie. Il s'agit d'une paralysie du membre par troubles circulatoires de l'encéphale. Un exemple récent s'est présenté tout dernièrement à notre observation. Un homme, atteint de tuberculose au troisième degré, était couché au n° 12 de la salle Chauffard. Il n'avait jusque-là présenté aucun phénomène du côté de l'encéphale, quand, un jour, il fut pris d'agitation. La nuit suivante, le délire éclata. Le lendemain, tout rentrait dans l'ordre. Mais la main droite était lourde, et, vingt-quatre heures après, apparaissait une monoplégie du bras droit.

Quelle était la cause de cette paralysie? S'agissait-il d'une méningite tuberculeuse? On avait le droit d'y penser, étant donné l'état des poumons de cet homme. Cependant, j'ai éliminé le diagnostic de méningite tuberculeuse, et l'autopsie m'a donné raison.

Ce malade avait de la cyanose, ses lèvres et ses doigts étaient bleuâtres. Il avait du gonflement des jugulaires et de l'anesthésie du membre supérieur droit. Cette anesthésie était extrêmement diffuse et disparaissait sous l'influence des frictions locales. Cet homme, qui avait une paralysie du bras, était parfaitement sain d'esprit. Son intelligence était nette. Il n'avait pas d'aphasie. Or, il serait bien extraordinaire de voir une monoplégie droite, dans le cours d'une méningite tuberculeuse, sans qu'il y ait de l'aphasie. Si la méningite avait touché la circonvolution frontale ascendante, elle aurait fort probablement atteint aussi la circonvolution de Broca. Cette raison plaidait donc contre l'hypothèse d'une méningite. Mais le lendemain, les troubles fonctionnels localisés au bras droit disparaissaient, l'anesthésie était moindre, le bras commençait à avoir des mouvements. Ce n'est certainement pas la marche de la tuberculose cérébrale.

Dans les états cachectiques, des troubles circulatoires du cerveau peuvent survenir. Il se produit des paralysies vagues qui se caractérisent par la brusquerie du début, par l'étendue et la diffusion subite, et la fugacité des symptômes.

Voilà les considérations qui m'ont permis de porter le diagnostic de monoplégie par troubles circulatoires de l'encéphale. A l'autopsie, nous avons constaté que le sang était coagulé dans les vaisseaux de la base. Il n'existait aucun caillot ancien. Pendant la vie, il y avait eu simplement gêne circulatoire. J'ai vu deux cas semblables.

UN CAS DE GOITRE EXOPHTHALMIQUE

CONSÉCUTIF A L'ABLATION DES OVAIRES,

Par M. le docteur Albert MATHIEU.

Le fait que nous allons rapporter nous a paru valoir la peine d'être publié : il s'agit d'un cas de goître exophthalmique, qui s'est montré chez une jeune femme assez rapidement après l'ablation des deux ovaires. Chez elle, comme il arrive du reste le plus souvent, l'écoulement menstruel n'a pas reparu; mais, chaque mois, il y a des phénomènes congestifs très intenses, et il semble bien qu'il y ait là une poussée vaso-motrice qui constitue le seul vestige de la fonction supprimée.

En 1886 et 1887, je fus appelé à donner mes soins à une jeune femme de vingt-six ans, veuve depuis peu de temps, mère de deux enfants, pour des métrorrhagies à répétition. Ces métrorrhagies étaient assez abondantes, assez fréquentes et assez durables pour amener un degré considérable d'anémie et de dépression. La malade avait des vertiges, des palpitations; elle était condamnée à passer au lit la plus grande partie de son existence. La cause de ces métrorrhagies était assez incertaine. Il y avait eu, à plusieurs reprises, des douleurs vives dans le bas-ventre. Par le toucher, on constatait surtout un point douloureux vers le cul-de-sac postérieur du vagin, et on croyait percevoir là un certain degré de résistance. Les mouvements d'élévation de l'utérus étaient douloureux. En somme, on pensait que, à la suite d'un accouchement, il s'était produit de la pelvi-péritonite, et que des fausses membranes occupaient le cul-de-sac péritonéal postérieur.

La malade, employée dans une grande administration, restait des mois entiers sans pouvoir paraître à son bureau. Les métrorrhagies allaient en se rapprochant, et leur durée augmentait. La situation n'était plus tolérable; se sentant menacée de perdre sa place, incapable de subvenir aux besoins de ses enfants, la jeune mère réclama une intervention énergique. Elle était prête à se soumettre à l'ovariotomie.

Mon excellent maître, M. le docteur Bouilly, chirurgien de la Maternité, qui s'occupe avec tant de succès de la chirurgie abdominale, voulut bien recevoir la malade dans son service. Il jugea que les accidents, produits par ces métrorrhagies répétées, étaient assez graves pour légitimer l'ablation des ovaires. Il la pratiqua au mois de novembre 1887. L'opération fut faite avec rapidité; elle réussit admirablement. On put constater qu'il y avait fort peu de lésions péri-utérines et des lésions limitées d'ovarite et de péri-ovarite. Je n'insiste pas; ce ne sont pas là les points de l'observation, si intéressants qu'ils puissent être, que je veux mettre en lumière. La guérison se fit promptement et, quelques semaines après, la malade sortait de l'hôpital.

Les métrorrhagies n'ont jamais reparu depuis; la malade a notablement engraissé. Elle a repris son service, qu'elle n'a pas quitté depuis plus de deux ans déjà. Elle a retrouvé toute sa gaîté, tout son entrain, et elle est très heureuse de s'être fait opérer, persuadée que, abandonnée à ses métrorrhagies, elle n'eût fait, depuis cette époque, que traîner en tout cas une vie misérable.

Au commencement de 1888, cinq ou six mois environ après l'ovariotomie, elle se présenta de nouveau à la consultation, se plaignant d'un état marqué de nervosisme, de bouffées de chaleur et de palpitations. Je n'eus pas de difficulté à reconnaître la maladie de Basedow, peu accentuée mais très nette : il y avait, pour cela, les phénomènes principaux de la maladie : l'exophthalmie, le goître, les palpitations, l'accélération du pouls, le tremblement.

L'exophthalmie est peu marquée, bien que facilement reconnaissable. Les globes oculaires sont un peu saillants; ce qui frappe tout d'abord, c'est la fixité du regard. Les divers mouvements de rotation des globes oculaires se font facilement; il n'y a pas cette ophthalmoplégie externe sur laquelle M. Ballet a récemment attiré l'attention. Cependant, il semble que les mouvements oculaires commencent avec une certaine lenteur, et c'est peut-être là, autant que leur saillie, ce qui donne aux yeux de bien des malades, atteints de goître exophthalmique, leur fixité si frappante. Les pupilles sont égales, normales, facilement mobiles. Le signe de de Græfe n'existe pas, c'est-à-dire que la paupière supérieure suit régulièrement la pupille dans son mouvement d'élévation.

Le corps thyroïde est augmenté de volume; il se présente sous la forme d'un goître globuleux, aplati, qui fait une saillie sensible au-dessus du sternum. Il n'est pas animé de battements bien marqués.

Les battements du cœur sont accélérés; il y a, par minute, de 115 à 130 pulsations. Ces battements sont nettement et énergiquement frappés. Il n'y a pas de souffle à la pointe. Autrefois, il existait un souffle anémique au niveau de l'orifice pulmonaire : il a notablement diminué, son existence même est parfois douteuse. Il y a assez souvent des palpitations soit sans cause connue, soit sous l'influence d'une marche un peu rapide, de l'ascension d'un escalier. Les carotides sont animées de battements sensibles. On voit également battre les radiales, et même l'artère dorsale du métacarpe au delà de la tabatière anatomique.

Les mains sont animées d'un tremblement, d'une sorte de vibration rapide : c'est le phénomène si bien décrit par M. Marie dans sa thèse (1883). On sait qu'il se rencontre aussi fréquemment, plus fréquemment même que l'exophthalmie, le goître, et l'accélération des battements du cœur, qui constituaient une sorte de trépied morbide.

Une des choses qui gênent le plus la malade, ce sont des poussées de chaleur, des bouffées congestives, qui surviennent périodiquement et durent pendant plusieurs jours. Sa face se congestionne, elle éprouve une sensation pénible de chaleur à la tête et de gonflement du cou. Il lui semble que sa respiration est plus difficile. Elle dénoue les brides de son chapeau et dégrafe le col de sa robe. Elle éprouve, à ce moment, une sorte de sensation de turgescence, une sorte de sentiment de malaise, presque d'angoisse.

Ces poussées congestives, à certaines époques, sont très rapprochées les unes des autres, pendant plusieurs jours de suite. La malade prétend que ces crises se montrent assez régulièrement tous les mois. Elle est persuadée qu'elles se produisent au moment où elle devrait avoir ses règles. Cependant elle n'éprouve rien de particulier du côté du bassin. Il n'y a aucun suintement sanguin par le vagin.

Pendant la durée de ces crises, la malade est dans un

état marqué d'agitation. Il lui est difficile d'appliquer son attention ; elle commet des fautes dans les « écritures » qui lui sont confiées. La nuit, son sommeil est agité par des rêves bizarres, quelquefois terrifiants ; et il lui arrive, pour échapper à l'état d'angoisse, de terreur, dans lequel elle se trouve, de se lever et d'aller demander asile à sa sœur, qui couche dans la salle voisine. Elle est très nerveuse, sans avoir du reste de signes ni de stigmates d'hystérie évidents.

Dans cette observation, je ne veux relever que deux points : 1° la survenue du goître exophthalmique à la suite d'une double ovariotomie ; 2° les poussées congestives, assez nettement mensuelles pour que la malade les attribue à une menstruation avortée. Est-il possible d'établir une relation de cause à effet, entre la suppression des ovaires et la production de l'ensemble symptomatique qui constitue la maladie de Basedow ?

La coïncidence, au point de vue du temps, est des plus nettes. Avant l'ovariotomie, aucun phénomène de goître exophthalmique n'avait été constaté. Après, dès la première fois où elle remit sa robe, la malade constata l'augmentation de volume de son cou. Les palpitations existaient déjà à ce moment ; mais elles faisaient suite directement aux palpitations anémiques antérieures. Au bout de quelques mois, l'ensemble symptomatique de la maladie de Graves-Basedow était au complet. Il n'a pas augmenté depuis. Il est, du reste, d'une intensité très atténuée. L'opération peut avoir été, de deux façons différentes, la cause ou l'occasion de l'apparition de cette maladie. Il est possible que ce soit la *castration* qui ait agi, et que, sous son influence, il se soit produit une véritable déséquilibration du système vaso-moteur. Il faudrait admettre, en tout cas, une prédisposition spéciale, car il ne semble pas que l'ovariotomie ait été signalée, jusqu'à présent, comme la cause possible du goître exophthalmique.

A la suite de la perte des ovaires, par atrophie ou excision, ce qu'on a surtout signalé, c'est la perte des attributs du sexe féminin : la voix devient masculine, les seins se flétrissent, les désirs sexuels disparaissent. Rien de semblable chez notre malade, même à ce dernier point de vue. Elle a pris un peu d'embonpoint, et c'est tout. Elle n'en est ni moins coquette, ni moins femme, au contraire.

On peut faire intervenir, non la castration elle-même, mais l'opération et l'inquiétude, la crainte, les soucis de la malade à cette époque ; la crainte, la peur, les émotions vives et tristes sont, pour la maladie de Basedow, une des causes les plus importantes. Pour M. le professeur Peter, l'émotivité et l'émotion marquent le point de départ du goître exophthalmique (1) : « Le goître exophthalmique est une névrose cérébro-bulbaire où l'émotivité joue le rôle primordial et prépondérant. » Notre malade, veuve depuis peu de temps, mère de deux enfants, menacée de perdre son emploi par le fait de ses hémorrhagies répétées, soumise à une opération grave, a passé par une série d'émotions tristes bien capables de provoquer l'apparition de la maladie de Basedow.

Récemment, j'ai eu l'occasion d'examiner une jeune femme atteinte d'un goître exophthalmique des plus accentués, chez laquelle on devait faire remonter à la première nuit de ses noces l'origine de tout le mal ; elle s'était trouvée si agitée, si émotionnée en présence de ses devoirs d'épouse, qu'elle avait commencé à éprouver des palpitations qui avaient continué depuis près de deux ans, et auxquelles s'étaient bientôt ajoutés les autres signes de la maladie.

(1) PETER. *Bulletin médical*, 23 avril 189).

Pour M. le professeur Peter, le goître exophthalmique est une névrose vasculaire ; c'est la névrose vasculaire qui va, par des localisations successives, constituer toute la maladie ; c'est à elle qu'il faut rapporter les diverses manifestations, dont l'ensemble constitue la maladie de Basedow. Cette névrose vaso-motrice est rendue évidente par les poussées congestives, l'existence de la raie méningitique, les poussées de sueurs, la sensation de chaleur excessive. Tout cela existait nettement chez la malade dont nous venons de rapporter sommairement l'histoire.

De plus, chez elle, ces poussées congestives paraissent s'être disciplinées, avoir pris les allures mensuelles de congestions cataméniales. La malade, tout au moins, est persuadée que ce sont ses règles absentes qui se manifestent de cette façon, et elle prétend que ces accidents reviennent aux époques auxquelles ses règles devraient se montrer. Je ne sais pas dans quelle mesure il faut accepter cette interprétation ; mais, en tout cas, pour ma part, je n'ai pas vu encore des poussées de ce genre aussi nettement accusées par les malades atteintes de goître exophthalmique que j'ai pu observer ; peut-être mon attention n'était-elle pas suffisamment attirée sur ce point.

Ce que l'on sait des femmes ovariotomisées permet d'admettre la possibilité de la persistance, chez elles, d'un mouvement congestif périodique, mensuel et menstruel. « Chez une femme opérée d'une double ovariotomie, M. Terrier constatait encore, quatre ans après l'opération, la persistance des règles normales. Et, cependant, les ovaires avaient été examinés par MM. Malassez et de Sinéty, ce qui ne peut laisser de doute sur la réalité de l'extraction de l'ovaire. Sur 27 observations d'ovariotomie double, rapportées par Goodmann, on en compte 10 dans lesquelles la menstruation persista après l'opération (1). »

Pour M. Boinet, auteur de l'article OVARIOTOMIE dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, la suppression des règles serait le fait habituel à la suite de l'ablation des deux ovaires. Si, dans certains cas, les règles peuvent encore se produire irrégulièrement un certain nombre de fois, elles finissent le plus souvent par disparaître complètement. Il n'est question ici que de l'écoulement sanguin. La chose est-elle vraie encore, lorsqu'il s'agit du *mouvement* périodique du système vaso-moteur ? Ce mouvement, désormais sans but, sans aboutissant physiologique, ne peut-il pas créer une névrose vaso-motrice ? Ne peut-il pas donner une allure particulière à une névrose telle que le goître exophthalmique, si ce goître ne peut pas être attribué à la suppression de la fonction ovarienne ?

LE DIABÈTE EST-IL UNE MALADIE TRANSMISSIBLE ?

Par M. le docteur A. RÉMOND.

Les théories par lesquelles on a cherché jusqu'ici à expliquer la pathogénie du diabète, ne se basent pas encore sur des faits suffisamment précis pour que l'on se croie en possession de la vérité définitive. Rollo et Proust ont créé la théorie gastrique que M. Bouchardat a faite sienne

(1) A. FERRAND. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. OVAIRE (pathologie).

et défendue pendant un certain temps pour l'abandonner ensuite; la théorie pulmonaire, celle de Miahle qui, pour plus de simplicité, attribuait au sang une acidité imaginaire, les idées de Claude Bernard et de Schiff sur le diabète hépatique, les travaux de Pettenkofer, Voit et Huppert, sur le rôle des variations dans l'activité oxydante des globules rouges, toutes ces doctrines anciennes, pour être séduisantes, n'en ont pas moins perdu tout ou partie de leur valeur.

Sera-ce dans le ralentissement diathésique de la nutrition que nous devrons, avec M. Bouchard, chercher le pourquoi de la maladie qui nous occupe? Trouverons-nous, dans les recherches expérimentales de Von Mering et de M. Lépine, la confirmation des idées anatomo-pathologiques de M. Lancereaux sur le diabète maigre? Ou bien ceux d'entre nous que tout cela ne satisfait pas, seront-ils longtemps encore réduits à l'empirisme et au tâtonnement absolu, et devront-ils, pour éviter une affirmation dont la forme seule serait précise, se borner au triste aveu de leur ignorance? La question n'est pas plus avancée qu'elle ne l'était il y a quelque vingt ans pour la tuberculose.

Est-ce parce que la mode est aux maladies contagieuses? Est-ce parce qu'instruits par le sort des diathèses d'antan, les hommes qui ont assisté à l'évolution actuelle de la médecine examinent de plus près et savent mieux voir les faits? Mais il semblerait qu'une idée nouvelle tende à se faire jour un peu partout sur la pathogénie du diabète.

C'est ainsi qu'il y a quelques jours paraissait un petit mémoire du docteur Schmitz [de Neuenahr (1)], dans lequel l'auteur se demandait si l'on ne pouvait pas, dans certains cas de diabète « conjugal » invoquer une contagion à défaut d'autre cause apparente.

Sur une série de 2320 diabétiques, Schmitz a rencontré 26 cas qui consistent très régulièrement à peu de chose près en ceci : Un diabétique est soigné très intimement et très assidûment par une personne saine; ordinairement il s'agit d'un mari et d'une femme qui ne sont point autrement parents l'un de l'autre, et qui n'ont pas vécu tous deux d'une façon tellement identique que l'on puisse dire qu'un même régime a exercé une même influence sur leur santé; néanmoins, au bout d'un temps variable, le conjoint resté sain devient diabétique à son tour.

Un exemple fera mieux comprendre ce que l'auteur a voulu dire. Voici une de ses observations les plus caractéristiques.

Un homme de trente-huit ans meurt, en quinze mois, d'un diabète grave, après avoir uriné des quantités de sucre oscillant aux environs de 40 grammes par litre. Sa femme, trente-quatre ans, bien développée, robuste, née d'une famille absolument saine, n'ayant aucun lien de parenté avec son mari, mère de deux enfants bien portants, le soigna avec le plus grand dévouement. Deux mois après la mort du mari, elle s'aperçut, par hasard, et à l'occasion d'un prurit intense dont elle souffrait, qu'elle urinait du sucre : environ 12 grammes par jour. Ce diabète, intermittent au début, resta léger. Deux ans après, cette femme se remaria avec un homme un peu plus jeune qu'elle, très robuste, et dont les antécédents personnels et héréditaires étaient absolument nets. Cet homme devint diabétique, et, un an après son mariage, il urinait 40 grammes de sucre environ.

(1) SCHMITZ DE NEUENAHR. *Berlin. Klin. Wochens.*, mai 1890.

Le régime ne put faire disparaître complètement cette glycosurie.

Dans d'autres cas, c'est par la cohabitation simple que la maîtresse d'un diabétique ou l'amie intime d'une femme que le diabète emporte rapidement, semblent avoir acquis la maladie qui nous occupe. Ici, on ne peut invoquer, comme dans la première partie du fait que nous avons résumé, l'influence des traumatismes moraux sur la nutrition générale.

Coïncidence fortuite, dira-t-on, pur hasard qui fait évoluer, dans le milieu restreint d'une ou de deux familles, plusieurs cas morbides qui, du fait de la statistique générale, devraient s'éparpiller entre un plus grand nombre d'individus.

Peut-être, en effet, sommes-nous en présence d'une erreur d'interprétation de ce genre, mais peut-être aussi y a-t-il là quelque chose de plus et la question posée par le docteur Schmitz n'est-elle pas aussi étrange qu'elle le semblerait au premier abord. Et d'ailleurs, cette coïncidence, en cas de diabète « conjugal », a déjà été notée et a déjà attiré l'attention. L'an dernier, à pareille époque, M. le professeur Debove a signalé, à la Société médicale des hôpitaux (26 juillet et 9 août 1889), huit cas de ce genre; MM. Rendu, Labbé, F. Dreyfus, Gaucher, Letulle, Gouraud, dans les mêmes séances, en ont aussitôt rapporté huit autres qu'ils avaient observés, soit dans leur clientèle, soit à l'hôpital.

La question, posée en France par notre maître, reprise et soutenue, d'une façon identique, par un médecin allemand qui ne paraît pas avoir eu connaissance des travaux étrangers, avait déjà autrefois été effleurée par M. Lecorché (6 cas sur 114 diabétiques).

Depuis ce temps, elle semble prendre corps et reposer sur des faits de plus en plus évidents. Quoi qu'il en soit, elle mérite qu'on s'y arrête, que les praticiens recherchent les coïncidences dans leur clientèle, que l'on essaye par le groupement des statistiques particulières d'apprécier la valeur des chiffres apportés par chacun. Nous ne pouvons donc mieux faire que de répéter cette interrogation, posée par le docteur Schmitz, il y a quelques jours : « Certaines formes du diabète ne seraient-elles pas transmissibles? » et que de manifester l'espoir que la clinique et l'expérimentation ne resteront pas impuissantes à répondre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juin 1890. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur E. Jolly (de Neufchâtel), intitulé : « Considérations sur les vaccines jennérienne et animale »;

2° Des plis cachetés adressés par MM. les docteurs Rottenstein, Duval (de Paris), A. Massy (de Bordeaux) et Babès (de Bucharest) [Acceptés].

RAPPORT

Exploration objective du foie dans le diabète. — M. FÉRÉOL fait un rapport sur une communication de M. Fr. Glénard, relative aux résultats objectifs de l'exploration du foie chez les diabétiques. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 447.)

M. Féréol rappelle d'abord la technique du « procédé du pouce », décrit par l'auteur; il ajoute qu'il a expérimenté ce procédé et en a eu de bons résultats, en l'associant, d'ailleurs, à la

palpation et à la percussion classiques, dont M. Glénard médit trop. Quant aux conséquences que M. Frantz Glénard tire de son procédé, M. le rapporteur se borne aux plus importantes : M. Glénard prétend que, dans 60 p. 100 des cas de diabète, le foie donne des signes d'altération et presque toujours dans son lobe droit; pour lui, le diabète, la lithiase biliaire et l'alcoolisme sont en connexion étroite; de plus, il existerait un diabète vrai produit uniquement par une affection du foie d'origine exclusivement alcoolique. Or, M. Glénard exerce à Vichy, ce qui explique comment il a pu trouver le foie en souffrance chez un grand nombre de ses malades, et il peut se faire que la proportion qu'il indique ne soit plus aussi exacte dans toute autre localité, dans tout autre groupement de malades. D'ailleurs, de ce que, 60 fois sur 100, il a rencontré le foie intéressé dans le diabète, il n'y a pas lieu de conclure évidemment que le diabète soit toujours le résultat d'un mauvais fonctionnement de cet organe.

On constate aujourd'hui une tendance marquée à revenir à la théorie hépatique de Claude Bernard. Dans une discussion récente à l'Académie, M. Worms s'est fait seul le champion du scepticisme scientifique en fait de théorie du diabète; M. Féréol pense que M. Worms, au moins sur ce point, pourrait bien avoir raison. N'y a-t-il qu'un diabète, ou y a-t-il des diabètes? La seconde hypothèse paraît plus probable que la première, et c'est pourquoi il semble qu'il est et sera toujours impossible d'édifier une théorie univoque du diabète. En revanche, il est fort possible et même probable qu'il y a au moins un type hépatique du diabète.

Dans l'état de doute et d'incertitude où nous laissent les théories multiples des auteurs, et même les opinions divergentes sur l'anatomie pathologique du foie lui-même, M. Frantz Glénard vient dire que, 60 fois sur 100, le foie dans le diabète donne des signes objectifs révélant un état pathologique ; c'est là un résultat qui n'a rien que de vraisemblable. Il s'agit, cependant, de savoir si cet état pathologique du foie a une action causale même secondaire dans l'évolution morbide, car cet état pourrait bien n'être qu'un résultat, ainsi que le pensait déjà Andral en 1875.

En ce qui concerne les connexions du diabète avec la lithiase biliaire, les recherches de M. Glénard ne font que confirmer une vérité déjà connue en raison des relations de celle-ci avec la diathèse arthritique. Il n'en est pas de même de l'affirmation de M. Glénard relative aux connexions du diabète avec l'alcoolisme, ce qui tendrait à admettre qu'il existe un diabète vrai produit uniquement par une affection du foie d'origine exclusivement alcoolique. M. Féréol pense que nombre de malades commencent par l'alcoolisme lent et inconscient pour aboutir au diabète ; il est sûr du moins de l'avoir observé plus d'une fois d'une manière certaine et principalement chez des diabétiques héréditaires.

Dans les autopsies déjà publiées de diabétiques, la lésion le plus fréquemment rencontrée est, en effet, la cirrhose sous ses deux formes hypertrophique et atrophique; presque tous les auteurs qui ont cherché à expérimenter l'action des divers ingesta sur la production du sucre urinaire, ont constaté que le vin et les alcools augmentaient la glycosurie; bon nombre d'excellents praticiens recommandent à leurs malades l'abstention totale de l'alcool, et, en général, on ne permet que le vin rouge étendu d'eau. Les observations cliniques de M. Glénard, sur ce point particulier, ont donc une réelle importance; il leur manque encore la consécration complète d'autopsies en corrélation avec les faits observés ; mais il est probable que son travail en suscitera d'autres dans le même sens, et il ne serait pas surprenant de voir un jour le type alcoolique du diabète adopté à côté du type hépatique.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux associés nationaux.

Première élection (votants 57, majorité 29) : M. Hergott (de Nancy) est élu par 54 voix contre 1 à M. Bourguet (d'Aix), 1 à M. Notta (de Lisieux) et 1 bulletin blanc.

Deuxième élection (votants 52, majorité 27) : M. Bourguet est élu par 35 voix contre 6 à M. Azam (de Bordeaux), 6 à M. Notta, 4 à M. Bouchacourt (de Lyon) et 1 bulletin blanc.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES ACCIDENTS DU CHLOROFORME

M. LABORDE, après avoir montré le mécanisme des accidents dus au chloroforme, aborde aujourd'hui la question de la prophylaxie de ces accidents.

Le traitement préventif des accidents chloroformiques doit obéir à deux indications : 1° s'opposer à la production des réflexes d'origine nasale ou laryngée; 2° si ces réflexes se produisent, éviter leur conséquence en diminuant l'irritabilité des centres cardiaques et respiratoires du bulbe, et surtout en diminuant le pouvoir inhibiteur des nerfs pneumogastriques sur le cœur.

Pour répondre à la première de ces indications, c'est-à-dire pour diminuer la sensibilité périphérique, on a conseillé l'emploi de la morphine. Assurément, la morphine diminue suffisamment la sensibilité périphérique, pour empêcher la syncope réflexe, mais en clinique on a reproché à la morphine de prédisposer à la syncope; c'est là une objection qui a peu de valeur, car elle n'est vraie que tout à fait exceptionnellement et pour certains malades déterminés.

Quoi qu'il en soit des avantages de la morphine, M. Laborde a cherché à la remplacer par une substance analogue, mais n'ayant pas les mêmes inconvénients, la narcéine.

Dès 1868, Rabuteau avait songé à utiliser la narcéine pour émousser la sensibilité périphérique, malheureusement cette narcéine était très peu soluble, et, par suite, très difficilement utilisable. MM. Laborde et Duquesnel sont arrivés à obtenir une narcéine spéciale, ayant les mêmes propriétés que la narcéine commune, mais parfaitement soluble.

M. Laborde a expérimenté ce corps au point de vue spécial en discussion, c'est-à-dire pour préparer les animaux qu'il voulait chloroformer ; or, avec lui, il obtenait un sommeil calme, tranquille, sans accidents, sans vomissements, sans torpeur consécutive. Chez le lapin, en particulier, cet animal si sensible à l'action du chloroforme, il a pu, en injectant la dose relativement considérable de 1 centigramme de narcéine, obtenir une chloroformisation sans incident d'aucune sorte, même avec du chloroforme impur. Bien plus, ayant mis le lapin soumis à la narcéine dans une cloche contenant des vapeurs chloroformiques à une dose qui, d'habitude, tue les animaux de cette espèce, le lapin a très bien supporté l'expérience, et il a survécu.

Un autre moyen, capable de rendre les mêmes services que la narcéine, au point de vue de la diminution de la sensibilité périphérique, consiste à badigeonner, avec la cocaïne la pituitaire, l'arrière-gorge et le larynx. En agissant ainsi, on évite, d'une manière absolue, les accidents qui peuvent résulter de l'absorption de la cocaïne, employée en injections.

En admettant que cette méthode ne soit pas applicable à la généralité des cas, M. Laborde croit qu'elle trouvera son indication, lorsque l'on craindra, d'une manière spéciale, une syncope cardiaque ou respiratoire.

Tous les moyens, dont il vient de parler, ont pour but d'agir sur les nerfs périphériques, origines du réflexe cardiaque ; on peut se demander s'il ne serait pas possible de faire plus et d'agir directement pour diminuer l'excitabilité du pneumogastrique et du centre modérateur du cœur; on peut réaliser cet effet au moyen de deux substances.

L'une d'elles est le curare ; malheureusement, à l'heure actuelle, cette substance ne peut être employée chez l'homme.

La seconde est l'atropine, qui agit moins activement et que l'on a employée pour cela. Les résultats expérimentaux fournis par l'atropine sont, pour ainsi dire, parfaits. L'emploi de l'atropine supprime parfaitement l'excitabilité du pneumogastrique. Les animaux sont comme si on avait sectionné leur pneumogastrique, et dès lors l'action du chloroforme sur le cœur et la respiration peut être considérée comme nulle.

Malheureusement, on ne peut obtenir de pareils résultats qu'avec des doses considérables d'atropine. M. Franck a montré que, chez le chat, 2 milligrammes sont nécessaires, 3 milli-

grammes chez le lapin, et 5 chez le chien. Si l'on voulait employer des doses analogues chez l'homme, cela aurait de graves inconvénients.

En ce qui concerne les effets toxiques du chloroforme, M. Laborde croit que, pour les éviter, ce qu'il faut avant tout, c'est doser exactement le chloroforme, de manière à ne pas dépasser les doses toxiques, si bien indiquées par Paul Bert.

Le cornet dont se servent les médecins de marine est, dans une certaine mesure, un appareil de dosage, puisque le chloroforme étant versé loin de la bouche du malade et à petite dose, ses vapeurs en petite quantité peuvent se mêler intimement à l'air qui pénètre dans les poumons. C'est sans doute à l'emploi de ce procédé qu'il faut attribuer le succès des chloroformisations par les médecins de la marine, qui n'ont, je crois, observé aucun cas de mort. La méthode, dite par gouttes successives, qui consiste à verser l'anesthésique constamment, mais goutte à goutte, sur la compresse, est dans le même cas (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 593 et 621). Mais la meilleure manière d'obtenir le dosage du chloroforme est encore l'appareil de Raphaël Dubois (1).

Enfin, une dernière précaution consiste à surveiller, à chaque instant et de la manière la plus simple, la respiration et le pouls. Pour cela, les procédés ordinaires peuvent suffire dans la plupart des cas, mais il arrive parfois que l'on soit embarrassé, et que l'observation de la poitrine ne suffise pas pour indiquer si le malade respire ou non. Pour obvier à cet inconvénient, il y aurait lieu de placer, sur la poitrine, un pneumocardiographe. Les mouvements du petit drapeau, facilement perceptibles, seraient l'indice le plus sûr du fonctionnement régulier du cœur et de la respiration.

(1) Cet appareil a été employé longtemps, avec succès, dans le service de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis.

COMITÉ SECRET

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Worms sur le prix Monbinne.

La séance est levée.

Par décret, en date du 14 juin 1890, M. le docteur Coutaret, chirurgien en chef de l'hospice de Roanne, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J.-A. Guillon, ancien président de la Société de médecine pratique de Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

22

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

66

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

S^t dép. dét. à Paris, Ph^{ie} LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

83

EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE DE RUBINAT

Source du docteur LLORACH.

L'analyse de l'Académie de médecine de Paris démontre que cette eau contient 103gr814 de substances fixes, dont :

SULFATE DE SOUDE	SULFATE DE MAGNÉSIE
96gr265	3gr268

Cette eau purge rapidement et sans irritation. Elle n'exige aucun régime.

Dose normale : un verre.

Prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs ordonnances **Rubinat, Source Llorach.**

82

BLENNORRHAGIE — CYSTITE
CATARRHES AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du **Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.**

56

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

51

DÉBILITÉ, ANÉMIE
MALADIES DE L'ENFANCE
sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, agréable au goût, possède les mêmes propriétés que l'**Huile de foie de Morue.**

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS, et Ph^{ies}.

33

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans **l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.**

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

75

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf
SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

97

POUDRE PURGATIVE DE ROGÉ

Approbation de l'Académie de médecine de Paris

« *Ce médicament, par son goût agréable, est un puissant moyen de vaincre la répugnance d'un grand nombre de malades pour les purgatifs; il n'occasionne ni soif, ni coliques, et, par conséquent, on peut dire de lui qu'il agit sûrement et agréablement.* »

(Extrait du rapport du Prof^r SOUBEIRAN à l'Académie de médecine.)

« *La* **Poudre de Rogé** *peut, dans presque tous les cas, remplacer les autres purgatifs salins.* » (Prof^r BOUCHARDAT.)

Avec un flacon de **Poudre de Rogé**, facile à emporter avec soi, on peut préparer partout, au moment du besoin, une limonade agréable contenant 50 grammes de citrate (pur) de magnésie. — La **Poudre de Rogé** se conserve indéfiniment, sans altération. — Pour l'emploi, verser le contenu du flacon dans une demi-bouteille d'eau ; laisser en contact pendant quelques heures, ou mieux, du soir au matin ; boucher la bouteille si l'on désire une limonade gazeuse.

Fabrication et gros : 19, rue Jacob, Paris, Maison L. FRERE. — *Détail* : 9, rue du Quatre-Septembre, et dans la plupart des Pharmacies.

NOTA. — La véritable **Poudre de Rogé** ne se vend qu'en flacons scellés à chaque extrémité d'un cachet imprimé en quatre couleurs.

PRIX DU FLACON : **2** FRANCS.

19

PHTHISIE, TUBERCULOSES

BRONCHITES, CATARRHES

LES CAPSULES COGNET

à l'Eucalyptol *ABSOLU* **iodoformo-créosoté**

constituent dans l'état actuel de la science L'ANTIBACILLAIRE PAR EXCELLENCE

Paris, 4, rue de Charonne, et toutes ph^{ies}.

37

MÉDICATION ANALGÉSIQUE
PRODUIT FRANÇAIS

EXALGINE BRIGONNET

*s'emploie, à la dose de 40 à 80 centigr. dans les 24 heures, contre l'***élément douleur**, *dans toutes les formes de névralgie.*

FABRIQUÉE PAR BRIGONNET ET NAVILLE
La Plaine St-Denis (Seine).

56

IODOL

Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drog^{tes}.

24

BAS VARICES DALPIAZ R. ST-HONORÉ PARIS, 275

Envoi gratuit sur demande du prix courant *médical* et des indications nécessaires.

84

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

63

GOUTTE

LIQUEUR DU Dr LAVILLE

Spécifique éprouvé de la **goutte.**

ACTION PROMPTE ET INFAILLIBLE
A TOUTES LES PÉRIODES DE L'ACCÈS.

1 à 3 cuillerées à café par 24 heures.

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM D'AUVERGNE

Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

RHUMES. BRONCHITES. GRIPPE

DÉPÔT : Paris, F. COMAR et Cie, 23, r. St-Claude.

79

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph^{ies}.

40

Guérison de l'**asthme** PAR LE **PAPIER FRUNEAU**

le seul récompensé à l'Exposition universelle 1889.

40 ans de succès. Toutes ph^{ies}. E. FRUNEAU, Nantes.

37

DRAGÉES GRIMAUD

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

14 récompenses.

INCONTINENCE D'URINE
Chlorose, Troubles utérins.

5 fr. dans t^{tes} Ph^{ies}. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE
au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans t^{tes} Ph^{ies}. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le lobule de l'insula et ses rapports avec l'aphasie.

Par M. le docteur Paul RAYMOND,
Ancien interne des hôpitaux.

I

« Lissencéphale jusqu'à trois mois, le cerveau humain, dit M. Hervé(1), commence à se plisser au delà de ce terme. La première anfractuosité qui apparaît à la surface de la vésicule hémisphérique est la scissure de Sylvius. Elle se présente alors (chez un fœtus de trois mois et demi) sous l'aspect d'une gouttière peu profonde et de forme triangulaire (fosse de Sylvius). Du fond de cette dépression s'élève un bourrelet obliquement dirigé en bas et en avant, séparé en avant du futur lobe frontal, en bas et en arrière du lobe temporal par des anfractuosités peu profondes : c'est le lobule de l'insula qui, à ce moment, est encore absolument lisse et à découvert sur toute son étendue. » Aux anfractuosités qui séparent ce lobule des bords de la fosse, Broca a donné le nom de rigoles : il y a donc trois rigoles, l'une inférieure, l'autre supérieure, la troisième antérieure, correspondant respectivement aux trois bords de la fosse. « Dans les mois suivants, dit Broca (2), on voit les bords de la fosse de Sylvius devenir de plus en plus épais : en même temps les lobes environnants s'élargissent, se subdivisent en circonvolutions et celles de ces circonvolutions qui bordent la fosse de Sylvius refoulées par leurs voisines empiètent peu à peu sur l'aire de la fosse qu'elles finissent par recouvrir entièrement en passant par-dessus le lobule de l'insula. Les trois rigoles deviennent ainsi très profondes. Le bord supérieur ou fronto-pariétal s'abaisse considérablement au-dessous du niveau de la rigole supérieure; c'est lui qui recouvre la plus grande partie de la fosse de Sylvius. Il forme une sorte de lambeau qui retombe par-dessus le lobe de l'insula et qui constitue l'opercule sylvien ou de l'insula. » A la naissance, la fosse sylvienne est complètement fermée par suite du développement des circonvolutions voisines qui finissent par recouvrir entièrement le lobule de Reil. Ce dernier se présente alors sous l'aspect bien connu : pour l'apercevoir, il faut relever l'opercule en même temps qu'on abaisse le lobe temporal et qu'on porte en avant le cap de la troisième frontale. Les digitations de l'insula apparaissent alors très nettement : au nombre de trois, elles peuvent présenter quelques variétés comme toutes les circonvolutions du cerveau, mais les dispositions principales ne varient pas et il n'est pas utile d'y insister davantage.

Broca avait distingué deux portions dans l'insula; l'une antérieure, volumineuse, plissée en éventail, seule décrite par Reil sous le nom d'insula et qu'il propose d'appeler lobule de l'insula, et l'autre plus étroite, formée par une circonvolution oblique, qui s'étend du bord supérieur du lobe temporal au bord inférieur du lobe pariétal et qu'il nomme le pli de passage temporo-pariétal profond. « Ces dispositions du lobe de l'insula doivent être distinguées, dit Broca (1), car l'anatomie comparée prouve qu'elles procèdent de deux plis différents, dont le développement relatif est très variable dans la série des mammifères. » Pour M. Féré, cette deuxième portion ne serait pas une dépendance de l'insula : elle ferait partie du lobe temporal. En raison de l'importance de ce dernier, comme siège d'une variété d'aphasie sensorielle, il est nécessaire d'être fixé sur cette région rétro-insulaire. Or, il semble résulter des recherches de M. Féré, de celles de Rüdinger qui a montré que cette région ne se développe qu'au septième mois, tandis que l'insula se développe au troisième, il semble résulter de ces recherches, que, contrairement à l'opinion de Broca, cette région postérieure ne fait pas partie de l'insula. En résumé, dit M. Féré (2), l'insula est rigoureusement limitée par les trois rigoles : tous les autres plis que l'on aperçoit dans l'écartement de la scissure de Sylvius doivent être rattachés aux différentes circonvolutions qui forment l'enceinte et concourent à recouvrir l'insula. L'importance de cette conclusion est majeure. Dans certains cas, en effet, les lésions de cette portion rétro-insulaire étaient accompagnées d'aphasie; si cette portion émane de la première circonvolution temporale, ces troubles du langage ne doivent pas surprendre : il faut les rapprocher de la paraphasie qui se montre à la suite de la surdité verbale, lorsque la première temporale est intéressée. Il sera donc

(1) HERVÉ. *La circonvolution de Broca*, 1888, p. 77.
(2) BROCA. *Mémoires d'anthropologie*, t. V.

(1) BROCA. *Revue d'anthropologie*, 1883, p. 385.
(2) FÉRÉ. *Anatomie médicale du système nerveux*, p. 85.

nécessaire en clinique de distinguer les lésions de cette portion rétro-insulaire de celles des digitations de l'insula proprement dite.

En dehors des plis secondaires qui rattachent le lobule de Reil à la première temporale, il en est d'autres qui le réunissent à la troisième frontale et à la deuxième pariétale. « Ces plis secondaires (gyri obliqui de Rüdinger) sont au nombre de sept ou neuf, la substance grise, en effet, s'étendant à travers les rigoles de l'insula vers les lobes voisins et les plis marginaux, dit M. Hervé, forment de petites élevures peu saillantes qui attiennent par leur base à la face profonde des circonvolutions précédentes pour gagner de là les rigoles séparant ces dernières de l'insula. » Seuls les plis qui réunissent l'insula à la circonvolution de Broca nous arrêteront. Ils ne se montrent qu'après le septième mois, lorsque se fait le plissement de l'insula et, à la fin de la vie fœtale, ils sont presque tous formés, mais ils sont alors beaucoup plus grêles que les plis analogues qui émanent de la première temporale. Des sillons peu profonds les séparent : certains de ces sillons se terminent sur les limites de l'insula, tandis que d'autres n'arrivent pas jusque-là par suite de la pression des plis entre lesquels ils sont situés. Les connexions de l'insula avec la première temporale d'une part, et la troisième frontale d'autre part, sont manifestes, et l'on ne peut être surpris de voir que certains auteurs ont considéré l'insula comme une sorte de chaînon qui relie la troisième frontale à la première temporale. En parlant des cas que nous allons passer en revue et dans lesquels l'aphasie résultait d'une lésion du lobule de Reil, M. Hervé se demande s'il n'y avait pas interruption des communications unissant la première circonvolution temporale (centre des représentations verbales auditives), au pied de la circonvolution de Broca (centre des images motrices d'articulation). C'est ce que suppose M. Dejerine, ajoute-t-il, et cette supposition acquiert un haut degré de vraisemblance, si l'on tient compte de ce fait que, chez quelques individus, la surdité verbale a pu entraîner des troubles de la parole volontaire (paraphasie), simulant à s'y méprendre ceux qui constituent l'aphasie proprement dite par lésion directe du centre idéo-moteur d'articulation. Ces connexions sont-elles absolument démontrées par l'anatomie? Il n'en est pas ainsi malheureusement : cependant, les travaux de Meynert et de Huguenin peuvent nous donner, à ce sujet, quelques renseignements intéressants. Huguenin, étudiant les fibres blanches qui s'étendent entre l'insula et l'avant-mur, y a reconnu plusieurs faisceaux suivant des directions différentes. L'un d'entre eux serait situé à la partie inférieure de cette substance blanche et aurait une disposition en crochet. Il commencerait à la base du lobe frontal en dehors, dans le territoire de la troisième circonvolution : il traverserait le lobule de l'insula, se recourberait ensuite en bas et en avant dans le lobe temporal et irait aboutir dans le voisinage du noyau amygdalien (1).

Tels sont les principaux détails de développement, de configuration, de structure du lobule de Reil, qu'il était important de rappeler parce qu'ils montrent bien que l'insula n'est pas une masse de substance grise isolée, mais qu'elle se relie, au contraire, intimement aux circonvolutions voisines. Or, celles-ci jouent un rôle capital dans les fonctions du langage, et il semble qu'une partie de ce rôle soit dévolue à ces circonvolutions qui relient anatomiquement et peut-être aussi physiologiquement le lobe temporal au lobe frontal. Ces connexions tendent aussi à faire considérer l'insula bien plutôt comme un lieu de passage que comme un centre autonome, présidant aux fonctions du langage, de même que comme une extension du territoire délimité par Broca. Nous devons maintenant examiner si les déductions que l'on peut tirer de l'enseignement clinique s'accordent avec cette manière de voir.

(1) Huguenin. *Anatomie des centres nerveux*, trad. française, p. 129.

II

En 1866, Meynert, se basant sur des considérations anatomiques et sur cinq faits cliniques, crut pouvoir étendre au lobule de l'insula le territoire du langage articulé. Il réunissait, en 1868, quinze autres cas qui lui paraissaient démontrer la réalité de son hypothèse (1). Mais, ainsi que l'ont fait remarquer tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, les faits de Meynert, sauf un seul peut-être, ne résistent guère à une critique un peu serrée.

En 1868, Cornillon (2) publia quatre observations qui paraissaient aussi prouver cette localisation, mais dans ces cas, les ganglions centraux, la capsule interne ou encore le faisceau pédiculo-frontal inférieur étaient plus ou moins intéressés et nous savons aujourd'hui que l'aphasie motrice résulte non seulement de la lésion du centre de Broca, mais encore de celle des faisceaux blancs qui en partent et qui se dirigent vers la partie antérieure de la capsule interne. Ces faits sont classiques, depuis les travaux de M. Charcot sur la capsule interne et de M. Pitres sur les lésions du centre ovale (1877). Par suite, les observations de Cornillon, non plus que celles de Meynert, ne peuvent servir.

En 1875, dans sa thèse d'agrégation, M. Lépine, après avoir rappelé les quelques faits publiés avant lui, rapporte une observation personnelle (3) et il écrit : « Il me paraît donc indiscutable qu'une lésion parfaitement limitée à un point de l'insula peut troubler le langage. » Il réclame, cependant, de nouvelles observations démontrant la possibilité de l'aphasie avec une lésion limitée de l'insula. Disons, à propos de cette observation de M. Lépine, que M. Bernard, dans sa thèse, se refuse à la considérer comme pouvant plaider en faveur de la localisation dans l'insula. La partie la plus antérieure de l'insula, dit-il, qui était atteinte, est justement celle qui intéresse la coupe pédiculo-frontale de M. Pitres, et il est bien difficile sur cette coupe de limiter exactement où se terminent les faisceaux blancs de l'insula et ceux qui émanent de la troisième frontale. Nous serons moins sévère que M. Bernard et avec Nothnagel, en présence de l'affirmation catégorique de M. Lépine qui mentionne l'intégrité de la circonvolution de Broca, nous retiendrons cette observation.

En 1879, M. Clozel de Boyer (4) passe en revue ces observations tout en faisant ses réserves sur la valeur de certaines d'entre elles : il en ajoute quelques autres dont une personnelle, et, fait intéressant en raison de la judicieuse critique et du soin que M. de Boyer apporte dans son travail, il se trouve que ces observations sont, elles aussi, sujettes à caution et que nous ne pouvons les utiliser. « Il

(1) Meynert. *Zeitschr. der Gesellsch. der Aerzte*, 1866.
(2) Cornillon. *Mouvement médical*, 1868, p. 244.
(3) Lépine. *Bulletin de la Société anatomique*, 1874, p. 364.
(4) Clozel de Boyer. Thèse de Paris, 1879.

me semble probable, conclut M. de Boyer, que le centre du langage peut quelquefois ne pas être limité au pied de la troisième circonvolution et s'étendre un peu sur l'insula. »

En 1883, dans ses leçons sur l'aphasie (1), M. Charcot s'exprime ainsi : « Il existe, cependant, on ne saurait trop le méconnaître, quelques cas tendant à établir que l'écorce du lobule de Reil peut exceptionnellement devenir, à l'exclusion de la circonvolution de Broca, le substratum de l'organisation des mouvements de la langue et des lèvres spécialisés pour l'articulation des mots. »

En 1885, Nothnagel écrit à ce sujet (2) : « Si l'on examine les matériaux cliniques de démonstration, on ne peut leur méconnaître une certaine insuffisance : les matériaux existants permettent les conclusions suivantes. Les affections de l'insula occasionnent des troubles de la parole : de même que pour la troisième circonvolution frontale, ici aussi c'est l'hémisphère gauche qui entre en ligne. »

De tous ces travaux, il ressort que, réserves faites au sujet des cas mal interprétés ou mal observés, on peut étendre à l'insula le territoire du langage, mais il faut attendre de nouveaux faits pour se prononcer définitivement. C'est à des conclusions semblables qu'arrivent MM. Font-Réaux (3), Grasset (4), Hallopeau (5). Il semble, dit ce dernier, que chez certains sujets au moins, le foyer dont la lésion produit l'aphasie soit un peu plus étendu que ne l'avait pensé Broca.

A côté de ces travaux dubitatifs, pour ainsi dire, voici deux mémoires absolument affirmatifs et un autre non moins nettement négatif. Le premier de ces mémoires est la thèse de M. Dufour (6), la seule, d'ailleurs, qui ait été exclusivement consacrée à cette question. Le second est l'important travail de M. Dejerine (7), sur lequel nous reviendrons. Quant au troisième, c'est la thèse de M. Bernard sur l'aphasie (8).

L'insula, dit M. Dufour, est un centre du langage ; l'aphasie peut être liée exclusivement à la lésion de l'insula gauche. L'insula, conclut M. Dejerine, joue donc un rôle important dans la fonction du langage articulé. Quant à M. Bernard, dans la partie de sa thèse où il traite de cette localisation, il conclut négativement, mais on sent le parti pris dans sa discussion, où n'interviennent pas d'ailleurs quelques autres faits qui auraient pu lui paraître plus probants.

Pour se retrouver au milieu de toutes ces hésitations et de ces contradictions, il fallait évidemment reprendre toutes les observations qui ne prêtaient pas à une contestation flagrante, les étudier à la lumière des données actuelles et les comparer aux faits bien observés qui ont été publiés dans ces derniers temps. Ces faits, sans être communs, on le comprend, n'ont pourtant pas manqué. On peut affirmer qu'ils ont plus de valeur que les premiers, parce qu'ils ont profité, d'une part, des objections qu'on avait adressées à ceux-ci et, d'autre part, des progrès chaque jour réalisés dans l'étude des localisations cérébrales. Ce double travail était nécessaire : les observations les mieux prises, celles qui paraissent les plus convaincantes, peuvent avoir été cependant mal interprétées, nous l'avons vu, en signalant l'important travail de M. de Boyer. En voici une autre preuve intéressante au plus haut degré, non seulement en raison de ce fait qu'il s'agit peut-être de la première observation où les rapports de l'insula avec l'aphasie purent être soupçonnés, mais encore en raison de son histoire. Il s'agit de l'observation publiée par M. Charcot (1) et qui se rapporte à une femme atteinte d'hémiplégie droite et d'aphasie. On trouva à l'autopsie un ramollissement jaune qui avait intéressé l'extrémité inférieure et toute l'étendue des deux circonvolutions postérieures de l'insula. Il y avait une intégrité complète de la troisième frontale, mais le noyau lenticulaire du corps strié en entier et le noyau caudé dans sa moitié postérieure étaient ramollis. Broca avoua lui-même, dit M. Bernard, que cette observation était contraire à sa localisation, qu'elle était la seule contraire sur les vingt observations régulières et complètes d'aphémie qu'il réunissait en 1864. Or, comme le fait très bien remarquer M. Bernard, les travaux ultérieurs de M. Charcot ont montré le compte qu'il fallait tenir des lésions de la capsule interne dans l'interprétation des faits et il est hors de doute que cette observation, utilisée par M. Dufour, par Nothnagel, par exemple, ne peut plus être considérée comme une preuve de la localisation dans l'insula. Pourtant, à l'époque où elle fut publiée, on aurait pu y voir un type parfait de cette localisation. Il est certain que plusieurs autres observations, publiées depuis, ne prouvent pas ce qu'elles paraissaient prouver à l'évidence et elles ont été prises cependant par des observateurs dont la compétence est indiscutable : la science actuelle leur donne une autre explication que ne pouvaient prévoir leurs auteurs.

Quelques nouvelles observations ont donc été publiées depuis les travaux que nous avons cités, et c'est à ces faits, comparés aux faits anciens, que la critique permet de retenir, qu'il faut demander la solution du problème. Allons-nous relater toutes les observations dans lesquelles on signale la coïncidence de l'aphasie avec une lésion du lobule de Reil ? Certes non, et nous éliminons absolument tous les faits dans lesquels il y a, en dehors d'une lésion de l'insula, une autre lésion non seulement du pied de la troisième frontale, cela est évident, mais encore du faisceau pédiculo-frontal inférieur, soit au niveau du centre ovale (Obs. de M. Seguin (2), Hebold (3), M. Marie (4), Wyman (5), M. Proust (6), etc., etc.), soit au niveau de la partie antérieure de la capsule interne au-dessus et en dedans du noyau lenticulaire [Obs. de M. Charcot] (7).

Nous négligerons aussi quelques observations dans lesquelles la lésion s'étend beaucoup trop, pour qu'on puisse accuser l'insula de préférence à telle ou telle autre partie

(1) Charcot. *Progrès médical*, 1883, p. 860.

(2) Nothnagel. *Traité de diagnostic des maladies de l'encéphale*, trad. française, p. 459.

(3) Font-Réaux. Thèse de Paris, 1886.

(4) Grasset. *Montpellier médical*, 1884, p. 331.

(5) Hallopeau. *Pathologie générale*, p. 656.

(6) Dufour. Thèse de Nancy, 1881.

(7) Dejerine. *Revue de médecine*, 1880, p. 174.

(8) Bernard. *L'aphasie et ses diverses formes*, Thèse de Paris, 1885, p. 218.

(1) Charcot. *Gazette hebdomadaire*, 1863.

(2) Seguin. *Amer. neurol. Assoc.*, 1877.

(3) Hebold. *Arch. f. Psych.*, 1885.

(4) Marie. Société anatomique, février 1881.

(5) Wyman. *Boston Med. Journ.*, 1880.

(6) Proust. *Progrès médical*, 1881. — Mathieu. Société anatomique, avril 1881.

(7) Il est bien entendu qu'on a voulu faire servir cette observation à la localisation du langage articulé dans l'insula, mais que M. Charcot ne l'a jamais donnée comme telle.

de l'encéphale [Obs. de Hughlings Jackson (1)], ou enfin quelques autres dans lesquelles la lésion s'étend aux lobes pariétal ou temporal, parce qu'il peut s'agir, dans ces cas, d'aphasies complexes, de troubles de la parole consécutifs à la surdité ou à la cécité verbale, troubles que nous ne connaissons pas encore assez bien pour les individualiser et qui peuvent n'avoir aucune relation avec les lésions de l'insula [Obs. de Cl. de Boyer (2), de West (3), etc.].

III

Observations. — I. Lépine (Société anatomique, 1874).

Femme de trente et un ans, frappée d'apoplexie à la suite d'une vive émotion. Intelligence nette. L'articulation des mots est difficile : la malade se trompe fréquemment pour certaines syllabes quand elle veut prononcer un nom propre. Le plus souvent, elle ne parvient à dire exactement son nom qu'après qu'on l'a prononcé devant elle. Pas d'amnésie : elle sait le nom de tous les objets. Hémiplégie droite, moindre au membre inférieur. Autopsie : foyer hémorrhagique, de la dimension d'une noisette, ayant envahi la substance blanche et une minime portion de la substance grise de la circonvolution la plus antérieure de l'insula. La circonvolution de Broca est absolument saine.

II. Voisin (*Gazette des hôpitaux*, janvier 1868).

Femme de cinquante-cinq ans. Aphasie consécutive à un ictus. La malade a un peu conscience de son état. Ne prononce pas une parole. Si on lui demande où elle souffre, elle indique le creux épigastrique et le front. Se fait comprendre par gestes. Sensibilité conservée ; pas d'hémiplégie droite. Autopsie : aucune altération des circonvolutions frontales. Sur l'insula gauche, on aperçoit, sur le repli qui la borde en arrière, une surface grenue, irrégulière, de couleur grise, d'une étendue de 10 millimètres. Ce ramollissement n'a pas plus de 3 millimètres de profondeur et n'intéresse que la substance grise de la circonvolution. La substance blanche sous-jacente et le corps strié sont indemnes. Une artère de moyen calibre qui se dirige vers l'insula est entièrement obstruée par un dépôt calcaire.

III. Vernet (Société anatomique, 27 octobre 1882).

Vieillard atteint d'apoplexie sans perte de connaissance. Le malade est aphasique. L'intelligence est conservée, mais il éprouve la plus grande difficulté à exprimer ses idées, quoique par moments il réponde assez bien aux questions. Le plus souvent, lorsqu'on lui demande le nom des objets qui se trouvent devant lui, il ne peut arriver à le trouver. Si on lui montre un verre, il simule l'action de boire, mais n'articule rien. Hémiplégie droite, sensibilité presque nulle de ce côté. Autopsie : aucune altération de la troisième frontale. Noyau hémorrhagique dans la substance blanche de l'insula. Anévrysme miliaire assez considérable au-dessous de la substance grise du lobule. Les noyaux centraux sont indemnes. Pas trace de lésions sur d'autres points.

(1) H. Jackson. *Edinburgh Med. Journ.*, 1865.
(2) Cl. de Boyer. Thèse citée, et Société anatomique, juin 1877.
(3) West. *Semaine médicale*, 24 juin 1885.

IV. Dejerine (*Revue de médecine*, 1885, p. 174).

Homme atteint d'aphasie motrice à début brusque, d'abord passagère avec paraphasie, puis permanente et absolue. N'a conservé que le mot « oui » et prononce sans cesse « bu bu bu ». Ne peut répéter les mots qu'on prononce devant lui. Pas d'aphasie sensorielle, pas d'agraphie, pas d'amnésie. Hémiparésie droite avec diminution de la sensibilité. Hémiparésie du facial inférieur droit. Autopsie : plaque de méningite tuberculeuse recouvrant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes dans leurs trois quarts inférieurs. La circonvolution de Broca est intacte dans toute son étendue : son bord postérieur seul (formant la lèvre antérieure du sillon qui sépare cette circonvolution de la frontale ascendante) est envahi par l'exsudat. L'insula tout entière est recouverte par un exsudat fibrino-purulent contenant des granulations tuberculeuses. La substance cérébrale est fortement congestionnée et ramollie à la surface. Sur des coupes, la circonvolution de Broca ne présente rien à noter. Les ganglions centraux, de même que les capsules interne et externe, sont indemnes.

V. Personnelle (Entrées de l'Hôtel-Dieu, 25 juin 1885).

Femme de quarante ans, prise d'un ictus apoplectique à la suite d'une dispute. Intelligence indemne : la malade fait signe qu'elle veut du pain. Elle est aphasique. L'aphémie est complète : la malade n'a conservé que le monosyllabe « ma ma ma ». Un jour, étant en colère, elle prononça le mot « m... » Elle ne peut chanter. Elle ne sait pas écrire et sait à peine lire, d'après les renseignements. Elle prend toutefois le livre qu'on lui tend, le fixe avec attention, le met dans le sens où il doit être lu, mais elle ne le peut lire à haute voix. Elle comprend les phrases écrites qu'on lui fait lire, mais elle ne peut y répondre que par la mimique. Elle se fâche, si, par des paroles ou par des phrases écrites, on semble ne pas s'intéresser à elle. Il lui est impossible de répéter les mots. La mimique est très accusée. Pas de surdité, ni de cécité verbale. Par suite du manque d'instruction de cette femme, il est impossible de savoir s'il existe de l'agraphie. La malade comprend parfaitement ce qu'on lui dit : elle lève le bras sain pour prendre les objets qu'on lui désigne, mais il lui est impossible de les désigner spontanément. Hémiplégie droite ; sensibilité indemne. Meurt subitement. Autopsie. Les circonvolutions frontales sont indemnes : différentes coupes pratiquées sur le pied de la troisième frontale montrent qu'il n'y a aucune altération. Foyer d'hémorrhagie de la dimension d'une noisette, de 2 centimètres environ de long, sous l'insula gauche. Il n'atteint pas le faisceau pédiculo-frontal inférieur. Il a détruit l'avant-mur, la capsule externe, et s'étend jusqu'au corps strié qui n'est pas intéressé. La substance grise de l'insula n'est atteinte que dans son cinquième postérieur environ. Aucune autre lésion. Artères athéromateuses.

VI. Bouisson (Société anatomique, 19 octobre 1888).

Homme de vingt-deux ans, devenu en quelques heures aphasique, après avoir présenté de la céphalalgie et de la courbature. Il est incapable d'articuler aucune parole : à toutes les questions, il répond « aï aï ». Comprend néanmoins ce qu'on lui dit. Si on lui demande depuis combien de jours il est malade, il s'efforce de compter sur les doigts de sa main gauche, sans pouvoir réussir d'ailleurs à se faire comprendre. Il répond aussi de la tête à d'autres questions

concernant son âge, sa profession, etc. Il est capable encore de lire sa pancarte du regard. Il peut même ébaucher avec sa main gauche, d'une manière imparfaite, les lettres de son nom. Il y a donc simplement chez lui de l'aphasie motrice, sans agraphie et sans cécité ni surdité verbales. Hémiplégie droite, surtout des membres. Autopsie : la troisième frontale paraît intacte, mais au niveau du fond de la scissure de Sylvius, les circonvolutions de l'insula présentent un ramollissement grisâtre de 1 centimètre de long. Ce ramollissement n'entame pas du tout le pli du passage de la frontale et de la pariétale ascendante, au niveau de la partie inférieure de la scissure de Rolando. Néanmoins, dans sa partie la plus reculée, quand on soulève ce pli de passage, la substance grise qui se trouve en arrière et qui forme le fond de la scissure qui sépare ce pli de passage de l'insula, est ramollie. Vers la partie moyenne et supérieure des circonvolutions de l'insula, à la place de sa lobulation normale, cette partie moyenne est complètement affaissée et détruite. En longueur, le ramollissement a environ 3 centimètres et en largeur 1 centimètre; il s'enfonce sous forme de coin sur une profondeur de 2 centimètres.

VII. Sollier (Société anatomique, février 1888).

Homme de soixante-sept ans, atteint, il y a seize ans, d'une hémiplégie droite complète, causée par une attaque d'apoplexie. A cette époque, il aurait présenté de la paraphasie, demandant, par exemple, ses chaussures pour son pantalon, etc. Il présente une aphasie presque absolue ; il a encore à sa disposition quelques mots rares, qu'il prononce à voix basse et qui sont très difficiles à saisir. Souvent même, il ne peut rien répondre et se contente de faire des signes avec la tête. Il ne répète pas les mots qu'on prononce devant lui. Sa mémoire est très affaiblie. Autopsie : circonvolution de Broca intacte ; ancien foyer hémorrhagique au niveau des circonvolutions de l'insula, empiétant sur le noyau lenticulaire. Il occupe la capsule externe, et a détruit l'avant-mur. Cette observation, recueillie dans le service de M. Dejerine, vient confirmer, dit M. Sollier, les faits déjà cités d'aphasie par lésion de l'insula seule.

VIII. Dufour et Demange (Thèse de Dufour, p. 10).

Homme de soixante et onze ans, présentant un affaiblissement intellectuel prononcé. Il est atteint d'aphasie, mais sans hémiplégie de la face, ni des membres. N'a à sa disposition que cette phrase : « Si vous voulez, si vous voulez. » Autopsie : la troisième frontale est saine dans toute son étendue. On trouve un ramollissement blanc qui occupe le lobule de l'insula, mais aussi toute la première temporale gauche et la base de la deuxième frontale. Ce ramollissement occupe toute la couche corticale dans une épaisseur de 4 à 5 millimètres. La substance blanche est intacte au-dessous des points ramollis. Aucune altération dans les corps opto-striés, ni dans la capsule interne. Cette observation est malheureusement bien incomplète quant à sa partie clinique.

IV

Voici, en résumé, huit observations qui nous paraissent à l'abri des critiques adressées à toutes celles que nous avons passées en revue. Que l'on retranche, si l'on veut, l'observation de M. Lépine, qui a été discutée, et même celle de M. Dufour, où il y avait une lésion concomitante de la première temporale, centre de la surdité verbale, il n'en reste pas moins un certain nombre d'observations qui ont entre elles des liens étroits de parenté, dont on ne peut pas ne pas être frappé et qui, toutes, présentent les mêmes symptômes :

1° Aphasie motrice pure et complète ;
2° Absence de surdité et de cécité verbales ;
3° Absence d'agraphie ;
4° Pas d'amnésie ; conservation de la mimique ;
5° Impossibilité de lire à haute voix ;
6° Impossibilité de répéter les mots prononcés devant le malade (Obs. de Dejerine ; la nôtre ; mais observation contraire de Lépine) ;
7° Paraphasie signalée dans deux cas (Dejerine ; Lépine) ;
8° Conservation de l'intelligence.

On reconnaît, dans ce tableau, tous les signes de l'aphasie motrice type ; il semblerait donc qu'on fût en droit d'établir cette équation : lésion de l'insula égale aphasie motrice. Néanmoins, deux graves objections se présentent tout d'abord à l'esprit. Si les altérations de l'insula peuvent déterminer l'aphémie, il doit en être ainsi dans tous les cas, une cause qui a produit un effet devant pouvoir le reproduire toujours. Faisons donc la contre-épreuve et voyons s'il est des cas dans lesquels une lésion de l'insula peut exister sans qu'il y ait eu le symptôme aphasie. De telles observations se sont précisément rencontrées. Broca, dit M. Lépine dans sa thèse, a fréquemment observé une large altération de l'insula sans aphasie. Nous-même avons observé, dans le service de notre maître, M. Lancereaux, le fait suivant. Un homme, atteint d'une hémiplégie droite avec déviation conjuguée de la tête et des yeux, ne présentant aucune trace d'aphasie, meurt trois semaines après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouve un ramollissement portant sur le lobe temporal et en partie sur le lobe pariétal : la digitation postérieure de l'insula était comprise dans ce ramollissement qui n'intéressait, il est vrai, que la substance blanche.

Voici d'autres faits qui sont cités par Nothnagel (1) : le premier est dû à M. Simon, on trouve une destruction telle de l'insula gauche, qu'il est impossible de percevoir aucune de ses circonvolutions ; or, pendant la vie, il n'y avait eu aucun trouble de la parole. Il est juste d'ajouter que la lésion était ancienne et que, dit Nothnagel, ces troubles de la parole avaient pu exister au début. Un fait, dû à Huppert, est beaucoup plus probant : on trouve une hémorrhagie des circonvolutions postérieures de l'insula et, pendant la vie, il n'y avait pas eu d'aphasie.

On pourrait donc en conclure, si jamais les faits négatifs prouvaient quelque chose, qu'une lésion des circonvolutions postérieures de l'insula, tout au moins, a pu ne pas donner lieu à de l'aphasie, la question étant, jusqu'à nouvel ordre, réservée pour les circonvolutions antérieures. Quoi qu'on puisse penser de ces faits, et quelque incomplets qu'ils soient même, il était nécessaire de les rapporter.

La deuxième objection est certes bien plus importante. Nous avons pris soin de relever l'indication des troubles moteurs qui accompagnaient les troubles de la parole et voici les résultats des huit observations. Deux fois seulement (Obs. de Voisin, Demange), il n'y avait pas eu d'hé-

(1) Nothnagel. Loc. cit., p. 399.

miplégie concomitante. Dans les six autres cas, il y avait une hémiplégie droite, deux fois incomplète, il est vrai, et quatre fois complète. Or, que savons-nous des fonctions du lobule de l'insula quant aux phénomènes moteurs ? Les judicieuses investigations de MM. Charcot et Pitres (1) les ont conduits à cette conclusion : « En ce qui concerne les phénomènes moteurs, nous pensons que l'insula de Reil fait partie de la zone, dite latente, et que ses lésions destructives ne provoquent pas *directement* de phénomènes moteurs. » Il faut avouer que les deux observations précédentes, de MM. Voisin et Dufour-Demange, viennent encore à l'appui de cette manière de voir. On serait donc tenté de tenir le raisonnement que voici : les faits semblent démontrer que les lésions de l'insula ne déterminent pas, *par elles-mêmes*, de troubles moteurs : ceux-ci n'existent que lorsqu'il y a une compression simultanée du faisceau pyramidal. Dès lors, si ce faisceau moteur est comprimé, il en doit être de même du faisceau pédiculo-frontal inférieur et l'aphasie, loin d'être liée à une altération de l'insula, n'est qu'un phénomène banal de compression. De fait, cette objection a été adressée aux partisans de la localisation que nous envisageons et elle a préoccupé les observateurs. Nous voyons, en effet, M. Quinquaud, dans le service de qui était mort le malade observé par M. Vernet (Obs. III ci-dessus) dire à la Société anatomique qu'il ne peut, dans les cas en question, expliquer l'aphasie non plus que l'hémiplégie par une compression de voisinage.

Je demande d'ailleurs, comme le demandaient déjà, en 1883, MM. Charcot et Pitres, qu'on réserve aujourd'hui encore cette question des localisations motrices dans l'insula, en raison de quelques cas d'hémiparésie tout au moins liée à une altération de l'insula si limitée que *la compression* devient inadmissible.

Disons donc, en résumé, que si la lecture de quelques observations, bien prises et paraissant échapper à la critique, semble indiquer qu'une aphasie motrice peut être le résultat d'une lésion de l'insula, on peut opposer immédiatement les deux objections que nous venons de signaler, mais que la valeur de ces objections est elle-même restreinte en l'état actuel de nos connaissances.

Voici, d'ailleurs, un fait très important et qui serait bien en faveur de la localisation dans l'insula. Il s'agit d'un malade de dix-huit ans, observé par Vadham (2). Ce malade était ambidextre, mais plus fort du côté gauche. Il fut atteint, un jour, d'une hémiplégie gauche et d'aphasie qui persista trois mois; puis, survint un retour graduel mais incomplet de la parole. A l'autopsie, on trouva une destruction de l'insula *du côté droit.*

Disons, à ce propos, que, dans les lésions signalées dans l'insula du côté droit, on relève bien pendant la vie des troubles de la motilité, mais pas de troubles de la parole concomitants (3).

On est donc en droit, nous semble-t-il, de déduire de ce qui précède la proposition suivante : il existe des cas dans lesquels une lésion de l'insula du côté gauche a donné lieu à une aphasie motrice. Chez un gaucher, une lésion de l'insula du côté droit a produit les mêmes troubles de la parole. Toute autre affirmation serait téméraire. Généraliser notamment et dire, comme on peut l'affirmer pour le centre de Broca : une lésion de l'insula détermine toujours de l'aphasie motrice, serait antiscientifique; étendre jusqu'à l'insula le centre de l'aphémie, si bien délimité par Broca, ne serait pas moins prématuré. Les faits sont là néanmoins. Contentons-nous de les enregistrer et cherchons à en tirer le meilleur parti possible.

(1) Charcot et Pitres. Localisations motrices dans l'écorce, *Revue de médecine*, 1883, p. 348.

(2) Vadham. *S.-Georges Hospit. Reports*, 1869, p. 254.

(3) Dufour. Loc. cit. — Perdrier. Thèse de Paris, 1882.

V

Les tentatives d'explication de cette aphasie n'ont pas manqué. Celle qui se présentait tout d'abord à l'esprit était d'étendre, un peu plus que ne l'avait fait Broca, le territoire du langage articulé ou encore de réunir les fonctions de l'insula à celles du pied de la troisième frontale. Serait-ce, dit M. Lépine, en cherchant l'explication de ces troubles du langage, parce que la lésion de l'insula qui est, comme on le sait, liée à la troisième circonvolution par d'abondantes fibres commissurales, produit sympathiquement un trouble dans les fonctions de cette dernière? Ou bien faut-il admettre que le territoire du langage s'étend à l'insula et présente ainsi une notable étendue ?

Pour M. Luys, ces troubles du langage sont la conséquence d'un désordre dans l'activité psychique. « Les opérations de l'élocution verbale sont des phénomènes d'ensemble, des phénomènes d'émission volontaire qui ont besoin, pour s'exécuter, du concours de toutes les activités cérébrales. » Une lésion de l'insula n'aurait donc rien de particulier, rien qui la différencierait des lésions des autres régions de l'activité psychique (1). Elle produirait l'aphasie au même titre que les lésions corticales voisines.

On s'est aussi demandé (Lépine, Dufour) si l'aphasie, résultant d'une altération de l'insula, n'était pas d'une nature particulière. « On pourrait se demander, dit M. Lépine, si ce vaste territoire ne pourrait pas être divisé en compartiments destinés à une certaine division du travail. Cette vue, purement hypothétique, trouverait quelque appui si l'on démontrait que certaines formes d'aphasie coexistent avec la lésion de certaines parties du territoire ; les formes dans lesquelles sont abolies une ou plusieurs opérations importantes de l'acte du langage, je suppose, se rencontrant avec la lésion de la troisième circonvolution, tandis que la lésion d'une circonvolution de l'insula accompagnerait une forme dans laquelle une opération moindre est compromise. »

Dans ces différentes explications, l'insula est envisagée comme un centre de mémoire des mots; mais il peut se faire aussi que ce ne soit qu'un lieu de passage des fibres qui relient les mémoires motrices aux mémoires sensorielles et que la lésion de ces filets commissuraux donne lieu à une variété spéciale d'aphasie. C'est à cette hypothèse que se rattachent Lichteim et M. Dejerine. La question se pose de cette façon : les différentes mémoires des mots étant respectées, existe-t-il des modalités différentes d'aphasie motrice relevant de localisations particulières (Dejerine)? Supposons, dit M. Dejerine, un individu ayant conservé intacts : sa mémoire auditive et sa mémoire visuelle des mots, d'une part, son centre moteur du langage et de l'écriture, d'autre part. Supposons, chez cet individu, l'existence d'une lésion siégeant sur les fibres qui réunis-

(1) Luys. Conférences de la Charité, in *Union médicale.*, 1886, t. II, p. 134.

sent les mémoires sensorielles aux mémoires motrices et l'on aura affaire à ce que Wernicke a désigné sous le nom d'aphasie de conductibilté.

Pour Lichteim, cette aphasie de conductibilité serait précisément localisée dans l'insula. Elle se traduit de la façon suivante : la parole et l'écriture sont encore comprises ; l'acte de copier est possible. Il y a paraphasie pour la parole spontanée, pour l'écriture volontaire, pour la faculté de répéter, pour la faculté d'écrire sous la dictée et pour la lecture à haute voix. En somme, les divers départements du langage restent indemnes, mais les voies de communication qui les relient étant interceptées, il en résulte des troubles de paraphasie.

Pour M. Dejerine, il y a plus : non seulement, les fibres qui réunissent les centres sensoriels aux centres moteurs sont interrompues, mais aussi les fibres qui relient ces centres moteurs au centre de l'idéation qui tient sous sa dépendance le langage volontaire ; il y a de l'aphasie motrice pure. En effet, ainsi que le fait remarquer M. Dejerine, il y a bien impossibilité de répéter les mots, ce qui semble indiquer que les fibres, qui réunissent le centre auditif au centre moteur, sont interrompues, mais il y a aussi perte de la parole volontaire, c'est-à-dire aphémie vraie, ce qui montre bien que les fibres qui unissent le centre d'idéation au centre moteur de la parole sont également interceptées.

M. Dejerine fait donc de l'aphasie par lésion de l'insula une sorte d'aphasie de conductibilité, bien plutôt qu'une aphasie par perte de la mémoire des mots. Pour lui, les fibres qui relient les centres des mémoires auditive et visuelle d'une part, et le centre d'idéation d'autre part, avec les mémoires motrices, passent par l'insula.

C'est là, bien entendu, une hypothèse, mais elle est très vraisemblable et elle se trouve en parfait accord avec ce que nous enseigne la clinique. Les centres du langage ont, entre eux, les relations les plus étroites et, de même que l'altération d'un de ces centres peut retentir sur les autres restés indemnes, de même, il est facile de concevoir qu'une lésion des fibres qui les réunissent puisse donner lieu à certains troubles de fonctionnement. Mais encore une fois ce sont là des hypothèses et il est bien plus facile de les avancer que d'en donner la preuve.

Pour notre part, nous éprouvons un certain embarras à conclure ; lorsqu'il s'agit de pathologie cérébrale, on ne saurait s'entourer de trop de précautions. Quelques auteurs ayant rapporté des observations qui paraissent démontrer la possibilité d'une aphasie avec lésion limitée à l'insula ; ayant moi-même observé un fait de ce genre, j'ai tenté de rapprocher ces faits en éliminant, autant que possible, les causes d'erreur. Il m'a semblé que cette aphasie n'était pas sous la dépendance d'une lésion du centre de Broca et qu'elle ne devait pas non plus être attribuée à une compression des fibres blanches qui partent de ce centre. Si l'on admet que cette lésion de l'insula agit *par elle-même*, il ne s'ensuit pas qu'on doive conclure que le lobule de Reil est un centre du langage articulé. Il faudrait, en effet, pour cela, être fixé sur l'action d'un centre sur un autre, sur les phénomènes à distance, les phénomènes d'irradiation, etc., toutes questions qui sont loin d'être élucidées. Nous ne savons même pas s'il est nécessaire, pour que ces troubles du langage se produisent, que la lésion porte sur la partie antérieure de l'insula, sur sa partie postérieure ou sur une portion quelconque du lobule de Reil. Enfin, il n'est pas permis d'affirmer, bien que ce soit l'hypothèse la plus plausible et celle à laquelle je me rattacherai le plus volontiers, que l'insula est le lieu de passage des fibres qui relient les centres de réception du langage aux centres d'émission et que sa lésion peut donner lieu à une aphasie de conductibilité. Le seul point qui me paraisse indiscutable est le suivant : une aphasie motrice peut être produite par une lésion de l'insula sans qu'on soit forcé de faire intervenir, pour l'expliquer, une lésion des centres du langage, tels que nous les connaissons actuellement. On peut en tirer cette déduction clinique : étant donné un aphasique moteur, penser à la possibilité d'une lésion de l'insula. Si cette aphémie s'accompagne des symptômes que nous avons signalés, se demander si le diagnostic d'une aphasie de conductibilité par lésion de l'insula ne peut être admis. Il ne faut pas se dissimuler, je le répète, que des objections valables peuvent être opposées à une telle manière de voir : il est donc nécessaire d'attendre que des observations nouvelles viennent nous éclairer sur les fonctions du lobule de l'insula ; nous pourrons alors conclure en toute connaissance de cause.

LE CANCER

VENANT COMPLIQUER L'ULCÈRE ROND DE L'ESTOMAC (1)

Par M. le docteur Rosenheim.

Il est maintenant bien démontré que le cancer de l'estomac peut succéder à l'ulcère simple, à l'ulcère rond. C'est là un fait important qui explique bien les allures du cancer de l'estomac dans certains cas, sa marche très prolongée et quelques-unes des circonstances cliniques qui peuvent le précéder ou l'accompagner. C'est ainsi qu'on a quelquefois attribué au cancer de l'estomac une durée très prolongée, trois, quatre et jusqu'à dix ans. D'autre part, on sait que, dans la grande majorité des cas, lorsqu'on recherche l'acide chlorhydrique par les réactifs colorants dans le contenu d'un estomac cancéreux, on n'obtient qu'un résultat négatif. Avec le cancer qui succède à l'ulcère rond, au contraire, il serait habituel de rencontrer encore une notable proportion d'acide chlorhydrique et même une réelle hyperchlorhydrie. On comprend combien, dans ces conditions, le diagnostic peut devenir difficile. Les symptômes observés peuvent être en rapport avec les qualités du suc gastrique dans ces cas particuliers. L'appétit persiste plus longtemps, il n'y aurait pas de dégoût pour la viande, il pourrait y avoir de grands vomissements de sang, comme dans l'ulcère rond, et l'on observerait des douleurs vives, en broche, comme dans ce même ulcère. Tout cela est un peu schématique ; cependant, il y a grand intérêt à connaître cette forme particulière du cancer gastrique, dès maintenant mise nettement en lumière.

Dittrich (de Prague) a signalé le cancer consécutif à l'ulcère rond ; il l'aurait vu 8 fois sur 160 cas de cancer. Hauser a fait voir la relation étiologique entre les deux ; il a montré qu'il n'y avait pas là simple coïncidence de deux affections différentes, mais que le cancer succédait *in situ* à l'ulcère. Lebert a vu le cancer prendre 9 fois sur 100 son origine au niveau d'un ulcère. Brinton, Ewald, d'autres encore, ont constaté la même coïncidence, la même superposition.

(1) Rosenheim. *Zschr. f. Klin. Med.* Bd. XVII. Hft. 1-2.

Dans plusieurs cas, on a reconnu la persistance de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique jusqu'à la mort (Krukenberg, Wetzold, Kulcke, etc.).

Le cancer de l'estomac peut se développer tantôt au niveau d'une cicatrice, tantôt au niveau des bords d'un ulcère non fermé encore. L'irritation inflammatoire amène la prolifération des éléments cellulaires des tubes glandulaires, et il se constitue de véritables végétations épithéliomateuses. C'est ainsi qu'au niveau des lèvres se constitue le cancer ou épithélioma des fumeurs sous l'influence d'irritations répétées.

Rosenheim rapporte quatre nouveaux cas de cancer gastrique, consécutifs à l'ulcère rond.

Dans le premier, il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, sujet déjà à des crampes douloureuses de l'estomac depuis environ dix mois. Dans l'espace de quinze mois, on vit apparaître les signes certains, par leur ensemble, d'un cancer stomacal : tumeur épigastrique, dilatation de l'estomac, vomissements marc de café, cachexie, douleurs. Cependant, quelque temps avant la mort, on trouvait encore 4 p. 1000 d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. A l'autopsie, on constata un cancer du pylore. Il avait pris naissance au niveau d'une cicatrice d'ulcère rond. La généralisation carcinomateuse s'était faite surtout dans les tuniques celluleuses et musculaires, la plus grande partie de la muqueuse étant restée saine. C'est là un fait qui appartient beaucoup plus à l'ulcère qu'au cancer, avec lequel on trouve habituellement la muqueuse atrophiée.

La seconde des malades de Rosenheim était une femme de trente-huit ans, atteinte d'une affection du cœur depuis l'âge de vingt ans. Depuis six mois, elle éprouvait des douleurs vives au creux de l'estomac. Bientôt survinrent des vomissements noirs et un état cachectique qui persistèrent jusqu'à la mort. Dans les derniers mois, on put percevoir une tumeur épigastrique; vers la même époque, l'acide chlorhydrique, jusque-là constaté, disparut du suc gastrique. Ici donc on voit l'acide présent à la période de l'ulcère, disparaître à la période du cancer secondaire. A l'autopsie, on trouva un carcinome squirrheux développé sur une cicatrice d'ulcère rond. La muqueuse gastrique était à peu près saine.

La troisième observation se rapporte à une femme de quarante-deux ans; ici l'autopsie fait défaut. En 1887, il y avait eu, à plusieurs reprises, des vomissements de sang; plus tard, des vomissements muqueux; ils persistèrent. La malade était très amaigrie, très anémiée. L'estomac n'est ni dilaté, ni paresseux dans ses fonctions motrices. A l'épigastre, on constate une tumeur qui fait saillie au-dessous du rebord des fausses côtes gauches. Le suc gastrique renferme de l'acide chlorhydrique. La cachexie continue à progresser.

L'auteur admet que, dans ces conditions, il devait s'agir d'une tumeur maligne greffée sur un ulcère rond antérieur. Une tumeur inflammatoire eût eu une marche moins rapide; la perte des forces n'eût pas été si prononcée. La cirrhose gastrique aurait eu, au contraire, une évolution plus lente. La gastrite scléreuse ne se rencontre guère, du reste, que chez les buveurs invétérés.

Dans le quatrième cas, il s'agit d'une femme de soixante-quatre ans, morte dans un état comateux après deux jours seulement de séjour à l'hôpital. Elle avait eu des vomissements et des selles noires. Dans les matières vomies, de couleur verdâtre, on put démontrer la présence d'acide chlorhydrique. L'autopsie fit voir un cancer médullaire qui occupait la cicatrice d'un ulcère rond.

On voit que la superposition ou la substitution du cancer à l'ulcère simple n'est pas une très grande rareté, puisque le même auteur peut baser un mémoire sur quatre cas personnels.

Il est intéressant surtout de savoir, qu'à un moment donné, les phénomènes du cancer peuvent succéder à ceux de l'ulcère rond, sans que pour cela l'acide chlorhydrique disparaisse du suc gastrique. Le phénomène principal est alors la tumeur épigastrique. Toutefois, il ne faut pas conclure de ce qui précède, que l'on pourra toujours reconnaître le cancer qui succède à l'ulcère simple. Il est possible que l'acide chlorhydrique disparaisse, soit parce que la tumeur marche vite, déborde rapidement l'aire de l'ulcère sous-jacent, parce que la muqueuse atrophiée devient incapable de fournir les matériaux d'un suc gastrique normal et normalement acide, soit parce que la sécrétion chlorhydrique se tarit par le seul fait de l'anémie et de la cachexie.

A. M.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juin 1890. — Présidence de M. Nicaise.

RAPPORT

Cystopéxie. — M. TERRIER a fixé la vessie à la paroi abdominale, après avoir pratiqué la laparotomie, dans le but de remédier à une cystocèle. Les suites opératoires furent simples, mais, plusieurs jours après l'opération, survint une bronchopneumonie qui détermina la mort de l'opérée. L'autopsie démontra que la plaie était réunie par première intention et qu'il n'y avait pas de péritonite. M. Dumorret pense qu'en cas de prolapsus de l'utérus et de la vessie, il faut opérer de bonne heure et faire l'hystéro-cystopexie.

M. Tuffier a communiqué deux observations ayant trait à des malades traitées par la cystopexie. Il pense que le poids de la vessie joue un certain rôle dans la production de la cystocèle. Ce chirurgien a fait des expériences sur des animaux et a pu se convaincre que la paroi de la vessie pouvait très bien être fixée à la paroi abdominale. Les adhérences se font très bien et la vessie fonctionne parfaitement, à la suite de ces opérations sur les animaux.

M. Tuffier pense à la possibilité de relever la vessie, du moins en partie, en agissant sur l'ouraque.

M. Tuffier a dilaté la vessie en injectant dans le réservoir une certaine quantité d'eau. On décolle le péritoine et on arrive sur les parties latérales de la vessie. A ce moment on vide partiellement la vessie et on fixe celle-ci par ses parties latérales à la paroi abdominale. On finit l'opération en raccourcissant l'ouraque.

M. Tuffier pratiqua l'hystéropexie pour remédier à un prolapsus utérin. Il se produisit une cystocèle. On ouvrit de nouveau le ventre pour faire la cystopexie. Mais la cystocèle ne fut pas entièrement guérie et force fut de pratiquer l'élytrorrhaphie antérieure. La guérison fut enfin obtenue.

M. Dumorret a pratiqué la cystopexie abdominale intra-péritonéale et M. Tuffier la cystopexie abdominale extra-péritonéale.

M. Terrier ne se prononce ni pour ni contre ces tentatives. Il sait que les opérations plastiques sur le vagin réussissent à guérir le prolapsus de la vessie. Il y a lieu de tenir compte des opérations faites par MM. Tuffier et Dumorret. Quand on ouvrira le

ventre pour faire l'hystéropexie, il sera peut-être bon de pratiquer en même temps la cystopexie.

M. BOUILLY pense que les opérations dont il vient d'être question ont été entreprises sans qu'on ait envisagé la pathogénie de la cystocèle.

Ce qui cause la cystocèle, c'est : 1° la mauvaise involution de la paroi vaginale qui est désormais trop ample et trop flasque; 2° la faiblesse du plancher périnéo-vaginal.

Ces deux éléments dominent toute la pathogénie du prolapsus. On peut suspendre la vessie à un point quelconque de la paroi abdominale et cependant la cystocèle se reproduit. La paroi vésico-vaginale est faible et trop ample. Il se produit un prolapsus de la vessie, sous l'influence d'une augmentation de la pression abdominale (efforts, etc.).

La colporrhaphie antérieure, combinée à la colpopérinéorrhaphie, donne d'excellents résultats dans la cure des prolapsus génitaux.

Les tendances de la chirurgie contemporaine semblent se borner à la recherche des procédés difficiles à exécuter, dangereux et inefficaces. Les opérations plastiques sur le vagin réussissent très bien. Leur exécution est facile. Les colporrhaphies ont fait leurs preuves. Chercher à guérir la cystocèle en raccourcissant l'ouraque, n'est-ce pas chercher à compliquer inutilement une question dont les termes sont bien posés et dont la solution est connue? Est-il facile et pratique de raccourcir l'ouraque? La cystopexie n'est-elle pas plus difficile, moins sûre et plus dangereuse que la colporrhaphie?

M. POZZI est du même avis que M. Bouilly. La preuve de l'inefficacité de l'opération, faite par M. Tuffier, est l'obligation d'avoir recours ensuite à l'élytrorrhaphie antérieure.

M. Pozzi n'est pas partisan des procédés qui consistent à suturer la vessie ou l'utérus à la paroi abdominale pour remédier au prolapsus de ces organes. Les liens qui s'établissent entre l'utérus ou la vessie d'une part, et la paroi abdominale de l'autre, sont absolument précaires. L'hystéropexie et la cystopexie sont des opérations contestables. Il est plus humain, plus sûr et plus efficace, de commencer le traitement de la cystocèle par une opération plastique sur le vagin. Il ne faut pas oublier que, souvent, il est aussi indispensable d'agir sur la paroi vaginale postérieure que sur l'antérieure, pour faire disparaître une cystocèle.

M. RICHELOT partage l'opinion de MM. Bouilly et Pozzi. Il ne faut pas essayer la cystopexie avant de faire la colporrhaphie qui réussit très bien et sans danger. M. Richelot est cependant partisan de l'hystéropexie.

M. TERRIER n'est pas opposé aux opérations plastiques faites sur le vagin, dans les cas de cystocèle. Parfois, ces interventions ne donnent que des résultats insuffisants. Il y a donc lieu de chercher à faire autre chose. La question de mécanique et de statique pelvienne, invoquée par M. Pozzi, n'est pas bien connue, quoiqu'elle soit classique, comme l'a dit ce dernier auteur. M. Terrier ne la comprend pas.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

La Société de chirurgie procède à l'élection d'un membre titulaire.

M. Bazy obtient	20 voix.
M. Delorme	11 —
Bulletin blanc.	1 —

M. Bazy est élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

COMMUNICATION

Contagion du tétanos et origine microbienne de cette maladie. — M. REYNIER a eu l'occasion d'observer une femme atteinte de tétanos. Il a pratiqué des inoculations de virus tétanique à différents animaux. M. Sanchez Toledo a aidé M. Reynier à faire les recherches bactériologiques. Le tétanos a été inoculé à des lapins, à des cobayes et à des souris.

Une femme de vingt-six ans tombe de fatigue, le 7 mai 1890, dans la commune de Noisy-le-Sec. On la transporte à l'hôpital. M. Reynier constate une gangrène humide des cinq orteils. Il n'y avait ni sucre, ni albumine dans les reins.

Au milieu de la nuit apparaît du trismus. Bientôt une crise tétanique se montre. La malade est placée dans une chambre obscure et on lui administre des injections d'antipyrine et du chloral à hautes doses.

Des inoculations furent faites à des animaux. M. Reynier obtint un résultat positif, un résultat douteux et un résultat négatif. M. Sanchez Toledo a trouvé le bacille de Nicolaier.

M. RECLUS a fait la kélotomie, il n'y a pas longtemps. L'opération avait bien marché; les suites étaient excellentes, quand le septième jour apparut du trismus et de la dysphagie. Ces phénomènes continuèrent pendant trois jours, sans apparition de nouveaux signes de tétanos. M. Sanchez Toledo fit le râclage de la plaie qu'on désunit légèrement. Le malade mourut de son tétanos. Le micro-organisme de Nicolaier ne fut pas retrouvé, mais les inoculations faites aux animaux donnèrent naissance au tétanos.

En faisant des recherches sur la terre de l'hôpital, où était mort ce malade, M. Reclus trouva le bacille de Nicolaier.

M. VERNEUIL fait remarquer que la malade de M. Reclus a contracté le tétanos dans la commune de Noisy-le-Sec. C'est la terre maudite où le tétanos existe toujours.

M. Verneuil cite un cas de contagion inter-humaine. La maladie fut contractée à distance dans une salle d'hôpital.

M. KIRMISSON a soigné un individu atteint de tétanos. Il a pratiqué des inoculations qui ont parfaitement réussi. Il a pu reproduire le tétanos chez différents animaux.

PRÉSENTATION DE MALADES

Péritonite tuberculeuse. — M. TERRILLON présente une malade, encore jeune, à laquelle il a fait la laparotomie pour tenter la cure d'une péritonite tuberculeuse grave. Ce fait présente ceci de particulier, c'est qu'il n'y avait pas d'épanchement dans la cavité péritonéale.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur (1), par le docteur KIRMISSON.

Les leçons que publie aujourd'hui M. Kirmisson ont été professées à l'Hôtel-Dieu, l'année dernière, pendant que ce chirurgien remplaçait M. le professeur Richet dans sa chaire de clinique chirurgicale. Sans négliger l'enseignement des différentes affections que le hasard amenait dans ses salles, M. Kirmisson s'est attaché, avec une sorte de prédilection, à l'étude des maladies de l'appareil locomoteur. Ce sont ces leçons sur les maladies des os, des muscles et des articulations, que le professeur a groupées aujourd'hui en un faisceau homogène.

Nous ne pouvons passer en revue et analyser en détail les trente-six leçons cliniques contenues dans le livre de M. Kirmisson; mais il est facile de donner une idée de la façon dont les leçons ont été conçues. Plusieurs qualités dominent dans le livre de M. Kirmisson : une érudition profonde, consommée, une possession absolue par l'auteur du sujet qu'il traite, et, enfin, une préoccupation constante, l'indication thérapeutique.

Ce sont, à ce point de vue, de véritables leçons cliniques, où l'élève quitte le maître riche de connaissances nouvelles, toutes marquées au coin de la saine pratique chirurgicale. Ajoutons à cela que l'auteur, avec la netteté d'esprit que chacun lui reconnaît, sait aller droit au but, sans s'arrêter à des détails insignifiants, ou s'attarder à des incidents sans portée. Une notion impor-

(1) Gr. in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson.

tante se dégage toujours de chacune de ces leçons cliniques, l'auteur sait la mettre rigoureusement en lumière et la détache avec netteté.

Les trois premières leçons sont consacrées à l'étude des ostéites : ostéite de développement, avec ses formes aiguë, chronique d'emblée, ses portes d'entrée variables; ostéomyélite traumatique prolongée; ostéomyélite de la syphilis héréditaire.

Les maladies articulaires sont longuement étudiées dans une dizaine de leçons. Nous signalerons la cinquième clinique qui traite des arthrites chroniques, et où le professeur donne les règles générales qui doivent présider au traitement rationnel de ces arthropathies. M. Kirmisson rejette, avec raison, ces interventions opératoires hâtives, trop vantées et trop pratiquées en Allemagne. Le véritable traitement est basé sur l'immobilisation, la révulsion et la compression. Ce n'est qu'en cas d'échec qu'il convient de recourir à l'intervention sanglante.

Dans les leçons qui suivent, M. Kirmisson applique ces principes généraux à la discussion des indications thérapeutiques applicables aux arthrites de l'épaule, du coude, de la hanche et du genou.

Mentionnons les leçons sur différentes ankyloses, sur la pseudarthrose, les fractures de la rotule, les kystes du poignet, le genu valgum, sur différentes déformations du squelette des membres, le torticolis, etc.

Enfin, quatre leçons sur le pied-bot et les différents traitements qu'il nécessite, terminent cet intéressant recueil.

Tel qu'il est, le livre de M. Kirmisson n'est pas seulement indispensable à l'élève, mais il est encore utile au chirurgien qui y trouvera discutées et appréciées les plus récentes conquêtes de la chirurgie orthopédique.

Traité de petite chirurgie gynécologique (1), par Mundé, traduit de l'anglais par le docteur Lauwers.

La gynécologie est certainement une des branches de la science chirurgicale qui s'est le plus modifiée depuis ces dernières années. Le diagnostic des affections vagino-utérines s'est perfectionné de jour en jour, et la thérapeutique, plus entreprenante et plus hardie qu'autrefois, s'est complètement bouleversée. Mais, pour parvenir à ce degré de perfectionnement, il a fallu des méthodes nouvelles d'examen et de pansement, il a fallu faire table rase des anciens errements, et mettre en pratique des procédés nouveaux. Le livre de M. Mundé est l'exposé des procédés actuellement usités. C'est bien, comme l'indique son titre, un livre de « petite chirurgie » gynécologique.

Les deux tiers du volume sont consacrés à l'examen des malades, à l'ordre qu'il faut suivre dans l'exploration des organes génitaux, et aux pratiques de la petite chirurgie. L'interrogatoire, la position à donner à la femme, l'examen à l'aide du doigt, à l'aide d'instruments, l'exploration du vagin, de l'urèthre, de la vessie, de l'utérus, du rectum forment la première partie de l'ouvrage. On y trouvera d'excellents conseils de pratique journalière.

La deuxième partie rend compte de la technique de différentes petites manœuvres gynécologiques : applications médicamenteuses sur le col, tamponnement du vagin, manœuvres thérapeutiques sur la muqueuse utérine, dilatation rapide ou lente de l'utérus, curettage de la cavité utérine. Les pessaires sont longuement étudiés, leur rôle dans les déviations utérines, quoique basé sur des appréciations peut-être un peu théoriques, est minutieusement discuté.

Enfin la troisième partie du livre de M. Mundé traite de quelques opérations de gynécologie : la trachélorrhaphie, ou opération d'Emmet, et les opérations plastiques sur le périnée, la vulve et le vagin. Les grosses opérations gynécologiques, qui n'intéressent que le chirurgien de profession, sont complètement laissées de côté.

On voit, par ce court exposé, quel est le but de ce traité de petite gynécologie : mettre le médecin à même de bien examiner ses malades, le familiariser avec toutes les ressources de la gynécologie moderne, et lui permettre de mener ainsi à bien le traitement de nombreuses affections utérines, jusqu'ici difficilement curables.

A. R.

(1) Gr. in-8°. Prix : 20 francs. — Bruxelles, A. Manceaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 13 juin 1890, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée active retraités Weill et Servent.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités d'Hennezel, Thierry et Boucher.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active retraité Guillemot.

— Par décret, en date du 17 juin 1890, M. le docteur Camus, ancien médecin de deuxième classe de la marine, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décrets en date du 18 juin 1890 :

I. Il est enjoint à toute personne logeant un ou plusieurs voyageurs venant d'Espagne, d'en faire la déclaration à la mairie de la commune dès l'arrivée du voyageur. Cette obligation s'applique non seulement aux aubergistes et aux logeurs en garni, mais encore à tout particulier.

La même déclaration devra être faite par les personnes ci-dessus dénommées pour tout cas suspect survenu dans leur maison et dès l'apparition des premiers accidents.

Les contraventions aux dispositions du présent décret seront constatées par des procès-verbaux et poursuivies conformément à l'article 14 de la loi du 3 mars 1822, qui punit d'un emprisonnement de trois à quinze jours et d'une amende de 5 à 50 francs quiconque aura contrevenu, en matière sanitaire, aux ordres des autorités compétentes.

II. Est interdite, jusqu'à nouvel ordre, l'importation d'Espagne en France, par les frontières de terre et de mer, des fruits et légumes poussant dans le sol ou à niveau du sol.

— Un concours pour une place de médecin-adjoint à l'hôpital civil de Tours s'ouvrira le 15 décembre 1890, à l'Hospice général de Tours.

Pour tous renseignements, s'adresser au bureau de l'Économat de l'Hospice général de Tours.

— Un concours pour la nomination à cinq places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le 11 août 1890, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices civils de Marseille.

— M. Daniel soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 23 juin, à deux heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Recherches anatomiques et physiologiques sur les bractées de l'involucre des composées. »

— Vendée : Poste médical vacant, excellent, avec la pharmacie. — S'adresser, pour tous renseignements, à M. le docteur Roblin, à Saint-Hilaire-de-Chaléous (Loire-Inférieure).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 23 juin 1890.

La Faculté de médecine vient de décider, à l'unanimité, la suppression du baccalauréat ès-sciences restreint. Tous les professeurs ont donc été d'accord pour reconnaître, avec nous, que la première année d'études médicales faisait double emploi avec la préparation au baccalauréat ès-sciences restreint.

Mais la difficulté s'est montrée dès qu'il s'est agi de savoir comment on remplacerait ce baccalauréat supprimé, comment l'étudiant devrait acquérir ces notions indispensables de physique, chimie, histoire naturelle. Le futur étudiant suivrait-il, pendant une année, les cours et les exercices pratiques d'une Faculté des sciences, serait-il inscrit devant une Faculté de médecine, où il subirait une année préparatoire, avant de pouvoir prendre sa première inscription d'étudiant en médecine ?

La Faculté ne s'est pas prononcée à cet égard, et elle a réservé son opinion. Cela se comprend, elle tient à ménager des droits acquis, elle hésite à se désintéresser absolument de ses futurs étudiants ; et puis, on dit tout bas que l'esprit de réforme n'est pas chez elle le souverain maître.

D'ailleurs, cette question d'organisation ne présente pour l'élève qu'un intérêt absolument secondaire. Le fait actuellement acquis est le suivant : le futur étudiant en médecine se présentera à la fin de sa classe de rhétorique pour subir son examen littéraire. La classe de philosophie sera supprimée et remplacée par une année préparatoire, pendant laquelle l'élève suivra des cours de physique, de chimie et d'histoire naturelle : que ces cours aient lieu à une Faculté des sciences ou à une Faculté de médecine. Après cette année qui remplace l'année de philosophie, l'étudiant subira un examen de capacité correspondant à l'ancien baccalauréat ès-sciences restreint et, muni de ce dernier diplôme scientifique, il prendra sa première inscription et commencera ses études de médecine par les travaux anatomiques.

Pendant ces dernières semaines, à la Société de chirurgie, on a longuement parlé et discuté sur l'opération de Kraske. On a même, à notre avis, parlé un peu trop longuement de cette méthode opératoire, car la discussion a souvent dévié et versé à côté ; et il nous semble qu'on aurait pu, en allant droit au but, être plus court et partant plus clair. On a parlé de rectotomie, d'extirpation de l'anus, d'incontinence des matières, etc., alors qu'il eût été simple de dire (ce qu'ont d'ailleurs fort bien dit certains membres de la Société) que l'opération de Kraske consistait en une méthode nouvelle s'adressant uniquement aux cancers haut situés du rectum. Si l'anus est atteint, ou même s'il est très proche du foyer néoplasique, l'opération de Kraske ne saurait être proposée.

La méthode opératoire du chirurgien allemand permet :

1° D'atteindre un néoplasme rectal, inaccessible par les anciens procédés opératoires ;

2° Après résection de la portion malade, de rétablir la continuité des deux bouts du rectum sectionné.

Le premier point n'est pas le plus important, nous dirons même qu'il n'est pas nouveau. Depuis longtemps, M. Verneuil avait enseigné que la résection du coccyx permettait d'atteindre les néoplasmes ayant, dans le rectum, un siège très élevé. D'ailleurs, la résection du sacrum, qui constitue une des parties nouvelles de l'opération de Kraske, n'est pas indispensable et, depuis quelque temps, à l'instigation de Wölfler, l'incision parasacrée, sans résection osseuse, a permis d'aborder le rectum et de l'attaquer sur toute sa hauteur.

Le deuxième point de la méthode de Kraske est le plus important. Grâce à la large incision postérieure, avec ou sans résection sacrée, le rectum peut être liberé, décollé de ses adhérences, et se trouver complètement isolé au niveau du point lésé. Une longue pince est placée sur le rectum, au-dessus de la portion à réséquer, une autre est fixée au-dessous, et la portion malade, ainsi circonscrite, est facilement extirpée. Une suture soignée rétablit ensuite la continuité des deux bouts.

Telle est, en quelques mots, la caractéristique de l'opération de Kraske.

On comprendra, sans que nous insistions plus longuement, que cette opération présente, sur l'anus contre nature qui, jusqu'ici, était la seule ressource thérapeutique à opposer aux cancers de la partie supérieure du rectum, deux avantages sérieux :

1° L'opération n'est pas une simple opération palliative,

destinée à rétablir le cours des matières, mais une opération radicale supprimant le néoplasme lui-même ;

2° Elle évite au malade l'infirmité répugnante, causée par l'incontinence des matières fécales, qui suit fatalement la création de l'anus contre nature.

Mais, envisagée au point de vue de sa gravité, l'opération de Kraske comporte un pronostic des plus sérieux. Les cas de guérison parfaite se comptent encore ; et, lorsque le malade n'a pas succombé, dans le plus grand nombre des faits, la cure opératoire a été traversée par des incidents plus ou moins pénibles.

En résumé, la méthode nouvelle n'a que des indications restreintes, mais précises ; elle s'adresse uniquement aux cancers *de la portion supérieure, avec intégrité de la portion inférieure et anale du rectum*. Elle constitue une opération grave, difficile dans son exécution et nécessitant, de la part du chirurgien qui l'entreprend, non seulement une pratique sévère de l'antisepsie, mais une habileté opératoire incontestable.

Alors même que les conditions locales de siège et d'étendue du cancer rectal permettraient de songer à l'opération de Kraske, il existe à cette intervention deux contre-indications formelles ; on ne devra jamais faire cette opération dans les cas d'envahissement des ganglions pelviens et lombaires, et on la repoussera absolument chez les gens débilités, soit par l'âge avancé, soit par une cachexie manifeste. La mort a, jusqu'à présent, suivi de très près l'acte opératoire, chez des sujets trop affaiblis pour résister au choc traumatique considérable produit par l'intervention.

DE LA VALEUR ANTISEPTIQUE

DU SULFATE DE CUIVRE EN OBSTÉTRIQUE (1)

Par le professeur TARNIER.

I

Le sulfate de cuivre, couperose bleue, vitriol bleu, vitriol de Vénus, est un sel qui se vend dans le commerce en gros cristaux d'un très beau bleu. Quand on chauffe ces cristaux à 230 degrés, ils perdent leur eau de cristallisation, s'effritent et se transforment en poudre blanche. Si on n'était pas prévenu de ce fait, on méconnaîtrait aisément le sulfate de cuivre quand il a pris cette apparence; mais cette poudre blanche, mise au contact de l'eau, s'hydrate immédiatement et reprend sa couleur bleue primitive.

Ce sel est très employé en agriculture, en viticulture, en teinturerie; on le trouve partout, à très bon marché, même dans les plus petits villages. Il est très soluble dans l'eau à la température ordinaire; il se dissout dans quatre parties d'eau.

La solution de sulfate de cuivre dans l'eau distillée est d'un très beau bleu, limpide, et ne s'altère pas; il n'en est pas de même pour la solution faite dans l'eau ordinaire que nous employons ici, à la Clinique. Nos solutions de sulfate de cuivre conservent, il est vrai, leur belle couleur bleue; mais, quand on examine les jarres dans lesquelles ces solutions sont contenues, on ne tarde pas à y remarquer un dépôt bleuâtre, floconneux, qui paraît abondant et qui occupe le fond de la jarre. Bientôt une partie de ce dépôt se détache du fond du vase et vient surnager. Comment expliquer ce phénomène? C'est que le précipité est peu dense et qu'en se formant il emprisonne quelquefois un peu de l'air contenu dans l'eau. Cet air rend le précipité plus léger encore et le fait remonter à la surface du liquide. Quand, au contraire, le précipité ne contient pas d'air, il tombe et reste au fond du vase.

M. Grimbert, pharmacien en chef de la Clinique, et M. Galippe, mon chef de laboratoire, ont bien voulu, sur ma demande, étudier avec soin ce précipité. Il résulte de leurs recherches qu'il est peu considérable, malgré les apparences contraires, puisqu'il ne représente en poids que 20 centigrammes par litre de solution. Il est formé par du sulfate de cuivre quadribasique provenant de la décomposition du sulfate neutre de cuivre par les sels alcalins et terreux contenus dans l'eau ordinaire. Pour éviter la formation de ce dépôt, il suffirait de neutraliser les bases alcalino-terreuses avec de l'acide tartrique à la dose de 20 centigrammes par litre. C'est là un fait intéressant à connaître, mais qui n'a aucune importance pratique; en effet, notre solution étant à 5 grammes de sulfate de cuivre par litre d'eau, ce dépôt n'a pas à nous préoccuper, car il ne diminue que fort peu le titre de notre liquide antiseptique. Je ne vois donc aucun avantage sérieux à empêcher la production de ce précipité floconneux par addition d'acide tartrique.

Le sulfate de cuivre est depuis longtemps employé en agriculture pour éviter le développement de certaines maladies des végétaux. Les cultivateurs, avant de semer leur blé, le plongent dans un bain de vitriol bleu. Cette préparation, appelée *chaulage*, a pour effet de détruire les germes du charbon et de la carie du blé. Les viticulteurs ont suivi cet exemple : ils préparent avec le sulfate de cuivre un liquide connu sous le nom de bouillie bordelaise et en arrosent les ceps de vigne atteints par le mildew.

En chirurgie, l'usage du sulfate de cuivre pour le traitement des plaies remonte à la plus haute antiquité, ainsi que le rappelait dernièrement M. le professeur Laboulbène dans son cours sur l'histoire de la médecine. Plus près de nous, en 1863, le docteur Notta (de Lisieux) a préconisé, pour le traitement de certaines fistules, l'emploi de la liqueur vétérinaire de Villate qui contient beaucoup de sulfate de cuivre, et M. Nélaton en a obtenu de bons effets. Il ne faut, cependant, pas oublier que deux cas de mort très rapide ont été observés chez des enfants, l'un par M. le professeur Herrgott (de Nancy), l'autre par Heine, après une injection de liqueur de Villate.

Avec l'antisepsie, un nouvel intérêt s'est attaché au sulfate de cuivre. En 1872, O'Nial, dans des expériences faites avec du bouillon de bœuf, constatait que le sulfate de cuivre est un bon antiseptique, un peu inférieur, toutefois, à l'acide phénique. En 1881, Jalan de la Croix publia un tableau indiquant la puissance antiseptique de différentes substances, parmi lesquelles le sulfate de cuivre figure en très bon rang. Dans sa thèse inaugurale soutenue en 1883, M. le docteur Miquel range le sulfate de cuivre parmi les substances très fortement antiseptiques; d'après lui, 90 centigrammes de ce sel suffisent pour s'opposer à la putréfaction d'un litre de bouillon de bœuf neutralisé.

Dans un travail publié en 1883, M. Riche dit qu'au laboratoire de M. Pasteur, le sulfate de cuivre est l'antiseptique employé de préférence, non seulement pour l'atténuation des virus, mais encore pour arrêter leur action dans certains

(1) M. Tarnier vient de faire, sur l'antisepsie obstétricale, une série de leçons qui seront prochainement publiées. Nous en détachons la leçon du 17 mai, relative au sulfate de cuivre.

liquides de culture. Paul Bert et M. Capitan ont expérimenté sur le virus de la morve et ont constaté qu'un décigramme de sulfate de cuivre stérilise un litre de bouillon virulent. M. Bochefontaine, dans des recherches publiées en novembre 1883, sur le pouvoir microbicide de sulfate de cuivre, n'a jamais vu des vibrions ou des bactéries se développer dans des solutions au 100e ou au 200e.

Arrivons maintenant à l'usage antiseptique du sulfate de cuivre en clinique obstétricale. Winckel (1) est le premier accoucheur qui ait employé les injections antiseptiques de cuivre, à une dose variable entre 1 gramme et 30 grammes pour un litre d'eau. En 1883, M. Charpentier, sur les conseils de M. Chamberland, a repris l'étude de cette question pendant qu'il remplaçait, à la Clinique, M. le professeur Pajot, et l'un de ses élèves, M. Marry, en a fait le sujet de sa thèse inaugurale, soutenue le 30 janvier 1884. Dans cette thèse, M. Marry décrit les expériences de laboratoire qu'il a faites et qui ont été contrôlées par M. Doléris; ces expériences se rapportent à l'arrêt de la putréfaction sur des morceaux de placenta plongés dans une solution de sulfate de cuivre. M. Marry relate, en outre, un assez grand nombre d'observations cliniques. Ces expériences et ces observations sont très favorables à l'emploi du sulfate de cuivre comme antiseptique; vous en trouverez le détail dans la thèse que je viens de citer.

Le 4 mars 1884, M. Charpentier lut, à l'Académie de médecine, un mémoire sur l'emploi du sulfate de cuivre en obstétrique, dans lequel il se loue beaucoup de cet antiseptique qu'il a employé, à la Clinique, chez 212 accouchées, avec les meilleurs résultats. C'est à la dose de 10 grammes par litre d'eau, que M. Charpentier, en 1883, employait le sulfate de cuivre, et c'est encore la même dose qu'il recommande actuellement : « Toutes nos malades, en un mot, prennent des injections vaginales : pendant les huit premiers jours, avec la solution de sublimé à 1 p. 2000; les huit jours qui suivent, avec la solution de sulfate de cuivre à 1 p. 100 (2). » Dans son traité, à la page 1142 du tome II paru en 1890, M. Charpentier dit encore : « Nous nous servons toujours, soit de la liqueur de Van Swieten dédoublée (1 p. 2000), soit du sulfate de cuivre à 1 p. 100, cela pendant les huit ou dix premiers jours. »

Après M. Charpentier, M. le docteur Debacker se montre aussi le partisan du sulfate de cuivre (3).

Malgré ces travaux, l'emploi du sulfate de cuivre comme antiseptique obstétrical est très peu répandu. J'ai cependant tenu à l'essayer; voici dans quelles circonstances : au commencement de cette année, deux femmes de mon service, dont je vous ai longuement raconté l'observation dans ces leçons, furent gravement malades par intoxication après deux injections faites avec une solution de bichlorure de mercure à 20 centigrammes par litre; l'une d'elles guérit, mais l'autre succomba. J'ai été très péniblement impressionné par ces faits, et sans vouloir renoncer au sublimé, qui m'a rendu de si grands et de si nombreux services depuis 1881, j'ai voulu expérimenter d'autres antiseptiques.

(1) Winckel. *Pathologie et thérapeutique des suites de couches*, Berlin 1878.

(2) Charpentier. *Traité pratique des accouchements*, t. I, p. 595. Paris, 1889.

(3) Debacker. *Nécessité de l'accouchement antiseptique*. Paris, 1884, G. Masson.

C'est ainsi que j'ai été amené à employer le sulfate de cuivre. Depuis le commencement de l'année, une de mes salles a donc été consacrée à cet antiseptique, tandis que, dans les autres salles, les malades étaient soignées avec le bichlorure de mercure, le bi-iodure de mercure, l'acide phénique, le naphtol.

J'ai tout d'abord employé la solution de sulfate de cuivre à 1 p. 100 (10 grammes par litre d'eau), recommandée par M. Charpentier, mais les déceptions ne se firent pas attendre : les femmes supportaient mal leurs injections; le contact du liquide était douloureux, il produisait une sensation de brûlure très désagréable, et quelques-unes de nos accouchées s'opposèrent à ce qu'on continuât, chez elles, l'emploi du sulfate de cuivre. Les infirmières aussi firent entendre des doléances, bien justifiées comme vous avez pu vous en rendre compte. Leurs mains, sous l'action du sulfate de cuivre, étaient devenues bleuâtres, œdématiées, rugueuses et sillonnées de crevasses. Je fus très surpris de voir de semblables altérations et je jugeai que le fait était assez intéressant pour mériter une présentation à l'Académie de médecine (séance du 28 janvier 1890). M. Fournier, qui examina les mains de l'infirmière la plus atteinte, déclara qu'il n'avait jamais rien vu de semblable. A ce sujet, je fis une enquête auprès du personnel qui était déjà à la Clinique en 1883, et j'appris qu'à cette époque les mains des infirmières étaient aussi endommagées par le sulfate de cuivre qu'elles le furent en 1890. C'est là un réel inconvénient, un véritable écueil pour l'emploi du sulfate de cuivre à 1 p. 1000. Je crois même qu'en Belgique on a dû renoncer à l'emploi de cet antiseptique, devant les réclamations formulées par les sages-femmes.

A ce propos, je vous signalerai un autre fait du même genre. En 1885, le Comité consultatif d'hygiène recommanda le sulfate de cuivre pour la désinfection des objets contaminés par les cholériques et la désinfection des vaisseaux. On l'employa dans ce but à la dose considérable de 50 grammes par litre; mais bientôt les matelots s'en plaignirent parce que leurs mains devenaient malades.

Me fallait-il donc abandonner l'emploi du sulfate de cuivre ? Avant de m'y résoudre, je voulus essayer une solution de moitié moins forte; j'employai donc le sulfate de cuivre à 5 p. 100, et j'observai attentivement, bien déterminé à l'abandonner s'il n'avait pas à cette dose une énergie antiseptique suffisante. Un premier fait important fut noté : la solution de sulfate de cuivre à 5 p. 1000 est bien supportée en injection, les femmes ne s'en plaignent pas; de plus, elle n'irrite pas les mains des infirmières, et si elle les colore un peu, cette coloration disparaît vite au lavage. Il ne restait que le point, capital, il est vrai, de savoir si à ce degré de solution le sulfate de cuivre est suffisamment antiseptique. Or, l'expérience m'a pleinement satisfait et j'ai pu constater que les deux salles soumises au sublimé et au sulfate de cuivre étaient précisément celles qui présentaient le meilleur état sanitaire. Cela ne m'a cependant pas suffi, et j'ai voulu savoir ce que l'expérimentation dans le laboratoire ferait penser du sulfate de cuivre. M. le docteur Vignal, que vous connaissez tous, et qui, vous le savez aussi, est attaché à mon laboratoire, en qualité de préparateur, a donc répété, avec le sulfate de cuivre, la série de nos expériences sur les antiseptiques; je vais résumer rapidement les résultats de ces recherches.

NOTE SUR UN CAS D'ENDOCARDITE INFECTIEUSE

CONSÉCUTIVE A UNE PNEUMONIE GRIPPALE

Par M. le docteur H. Surmont,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Lille.

Les complications les plus variées ont été observées au cours de l'épidémie de grippe dont nous avons été les témoins au commencement de l'année, et sont venues nous rappeler que l'infection grippale était tout autre chose que le catarrhe insignifiant auquel le public et beaucoup de médecins la croyaient réduite. Les troubles les plus graves ont été surtout communs du côté du système nerveux et de l'appareil respiratoire, mais le cœur n'a pas été non plus épargné, et MM. Peter et Huchard, en particulier, ont appelé l'attention sur la *grippe cardiaque*. Il s'agissait, dans les cas dont ces auteurs ont voulu parler, de malades présentant soit des phénomènes semblables à ceux de l'angine de poitrine (forme angineuse de Peter), soit des phénomènes graves de collapsus cardiaque, état syncopal et syncopes parfois mortelles, refroidissement des extrémités, *pouls instable*, etc. Le fait que je rapporte est d'un autre genre, et il y a eu, dans ce cas, un intermédiaire entre la grippe et la détermination cardiaque consécutive; cet intermédiaire a été une pneumonie. Certes, la pneumonie a été fréquente au cours de la dernière épidémie; mais il ne paraît pas en avoir été de même de l'endocardite pneumonique, dont je n'ai vu de relation faite par aucun des nombreux auteurs qui ont écrit sur l'influenza depuis quelques mois. C'est cette rareté même qui m'engage à publier l'observation suivante :

Observation. — Le nommé B... (Théodore) est un homme de soixante-trois ans, d'apparence vigoureuse, mais atteint d'artério-sclérose et alcoolique. Les accidents d'alcoolisme qu'il a présentés ont nécessité, à différentes reprises, son internement dans un asile d'aliénés.

Il est pris, vers le 15 janvier, de grippe à forme bénigne, réduite à un peu de courbature, des douleurs musculaires et névralgiques très supportables et un léger catarrhe laryngo-trachéal. Il ne voit pas de médecin, son malaise étant peu accusé; reste chez lui trois jours, puis, au bout de ce temps, bien que se sentant toujours malade, veut reprendre ses occupations. Il fait donc une sortie de quelques heures en voiture, prend froid, et rentre chez lui très fatigué. Le lendemain, il toussait davantage, avait un peu de fièvre et présentait quelques crachats teintés de rouge. C'est l'apparition de ce symptôme qui le décide à m'appeler, car il ne se sentait pas plus mal et n'avait, tout particulièrement, ni point de côté, ni dyspnée.

A l'examen, je trouve, au niveau du lobe moyen du côté droit, un noyau de pneumonie grand comme la paume de la main à peu près. Les autres organes paraissent sains; le cœur est peut-être un peu gros, et le deuxième bruit de la base est très marqué, éclatant, ce qui tient à l'état des artères chez notre sujet.

Les jours suivants, la pneumonie évolue silencieusement, comme elle s'était installée, mais régulièrement, et elle marche vers la résolution. Les râles humides succèdent aux râles crépitants; le souffle disparait. Bref, la guérison semblait proche, quand, le 27 janvier, c'est-à-dire huit jours après mon arrivée près du malade, et alors que la lésion pulmonaire était en pleine résolution, je constate, pour la première fois, un souffle léger à la pointe du cœur.

Le lendemain, le souffle a augmenté d'intensité; l'état général a changé, le malade a été très agité, la fièvre vive; on a noté un frisson.

29 janvier. Le malade a eu plusieurs frissons dans les vingt-quatre heures, la respiration est rapide, la température élevée. La nuit a été mauvaise : insomnie, agitation, palpitations, délire.

30 janvier. Même état général que la veille. Le souffle a beaucoup augmenté d'intensité; il est devenu râpeux et couvre les deux bruits, mais son maximum reste nettement à la pointe.

31 janvier. Monoplégie brachiale droite. L'état général infectieux est des plus manifestes. Les frissons se répètent plusieurs fois dans la journée; ils sont d'une violence telle que nous voyons le lit du malade trembler sous lui.

1er février. Apparition d'un peu de raideur de la nuque, qui va s'accentuant jusqu'à la mort du sujet, survenue le 2 au soir. Le malade a été aphasique pendant les vingt-quatre dernières heures de son existence; il a succombé sept jours après l'apparition du souffle.

Malheureusement, l'autopsie ne fut pas possible, le malade étant mort chez lui.

En résumé, voilà un sujet, déjà dégradé par l'alcoolisme, affaibli par la grippe, qui prend une pneumonie et, au décours de celle-ci, succombe, rapidement emporté par une endocardite mitrale suraiguë, dont la nature infectieuse, attestée par l'état général du sujet, les embolies multiples, les phénomènes méningés (raideur de la nuque), n'est que trop évidente. Le fait parle trop par lui-même pour que nous nous arrêtions à en discuter le diagnostic.

Du reste, l'endocardite infectieuse, consécutive à une pneumonie grippale, pour n'avoir pas été signalée, à ma connaissance, lors de la dernière épidémie, n'en est pas moins connue. J'en citerai, en particulier, une observation des plus intéressantes, tirée du service de M. Lancereaux, présentée par M. Bezançon à la Société anatomique (1), et dont l'étude bactériologique complète a été faite par M. Netter. Ce dernier (2), dans son mémoire classique sur « l'endocardite végétante ulcéreuse d'origine pneumonique », dit (p. 129) qu'il connaît plusieurs cas consécutifs à des pneumomonies grippales, survenus à Paris au printemps de 1886. Au surplus, les recherches de M. Ménétrier (3) ont prouvé que la pneumonie grippale n'était autre qu'une pneumonie fibrineuse franche à pneumocoques. Elle peut donc, tout comme la pneumonie dite *à frigore*, se compliquer d'une endocardite végétante ulcéreuse.

Les circonstances nous ont empêché de faire l'autopsie de notre malade, et, par conséquent, de pratiquer l'étude bactériologique des microbes déposés dans son endocarde; cependant, les faits connus aujourd'hui et bien mis en évidence par les remarquables travaux de MM. Netter et Jaccoud, en particulier, nous permettent, dans notre cas, d'incriminer le pneumocoque, sinon avec certitude, du moins avec de très grandes chances de ne pas nous tromper.

On sait qu'il existe deux variétés d'endocardite pneumonique, l'une vraie à pneumocoques, l'autre due à une infection secondaire causée par le streptocoque pyogène. Enfin, on connaît quelques cas plus rares d'association des deux microbes. Existe-t-il des signes cliniques qui permettent, dans un cas donné, de supposer à quel cas d'infection on a affaire? Les remarquables travaux de MM. Netter et Jaccoud permettent de répondre affirmativement à cette question; ils ont nettement établi, en effet, que l'endocardite due au pneumocoque, — et par pneumocoque j'entends désigner le microbe de Talamon-Franckel, — est plus précoce que l'endocardite à streptocoques, ne revêt pas la forme

(1) 2 mai 1886.
(2) Netter. *Archives de physiologie*, 1886, t. II, p. 106.
(3) Ménétrier. Thèse de Paris, 1887.

pyohémique et se montre souvent accompagnée de méningite. Ces caractères s'expliquent aisément, la méningite par la prédilection du pneumocoque pour les séreuses, la précocité du début par la brièveté de la vie du diplocoque de Talamon-Franckel, d'où résulte l'extinction rapide des foyers où se développe le microbe; enfin les infarctus suppurés et les abcès multiples sont essentiellement caractéristiques du streptocoque pyogène.

Mon observation présente donc tous les caractères cliniques de l'endocardite à pneumocoques; deux points seuls sont à relever : la rapidité de l'évolution du mal et l'existence d'infarctus encéphaliques. Mais la rapidité de l'évolution tient au terrain sur lequel l'affection s'est développée, dans un organisme profondément déprimé par l'alcoolisme, et, en dernier lieu, par l'asthénie grippale. Enfin, les infarctus encéphaliques, pour être plus rares que les infarctus hépatiques ou spléniques, ne sont pas tout à fait exceptionnels. En tout cas, ces deux particularités sont tout à fait insuffisantes à modifier notre conclusion, qu'il s'est bien agi, dans notre cas, d'une endocardite ulcéro-végétante à pneumocoques.

DE LA VALEUR COMPARÉE

DE LA TRACHÉOTOMIE ET DE LA LARYNGECTOMIE DANS LES CANCERS DU LARYNX

Par MM. les docteurs Ch. Fauvel et Ét. Saint-Hilaire.

I

La valeur de l'extirpation du larynx, dans les cancers de cet organe, a été l'objet de nombreuses et ardentes polémiques, lors de la maladie de l'empereur d'Allemagne. La question, qui se posait alors de savoir s'il faut ou non enlever un larynx cancéreux, n'est pas encore tout à fait résolue. On a dressé des statistiques, on a montré que, comme le cancer des autres organes, celui du larynx est curable par l'extirpation de la partie malade; mais à côté des quelques cas de guérison qu'on a pu relater, on a trouvé tant de cas malheureux où la mort est survenue soit des suites immédiates de l'opération, soit de récidive au bout d'un temps plus ou moins long, que beaucoup de médecins hésitent encore à enlever un larynx atteint de carcinome. Nous allons essayer de résumer l'état de la question. Quelques mots d'historique ne seront peut-être pas tout à fait inutiles.

En cette matière, comme en bien d'autres en médecine, l'expérimentation a précédé les essais sur l'homme. En effet, en 1829, nous voyons Albers (1) extirper partie ou totalité du larynx sur des chiens. Les résultats obtenus par lui ne furent pas très heureux; les animaux mouraient quand il enlevait tout le larynx; quelques extirpations partielles seules, en particulier celle de l'épiglotte, ne furent pas suivies de mort. Ces expériences n'engagèrent pas à pratiquer cette opération chez l'homme et bien que plusieurs chirurgiens aient admis la possibilité de guérir, par cette opération, le cancer du larynx, aucun ne l'a tentée. Il faut arriver à 1870 pour trouver des faits nouveaux. A cette époque Czerny (2) répéta les expériences d'Albers. Il enleva le larynx à des chiens et montra que ces animaux pouvaient

(1) Albers. Cité par M. Schwartz, Thèse d'agrég., p. 203, Paris, 1886.

(2) Czerny. Versache ueber Kehlkopfsextirpation, *Wiener Med. Wochens.*, 1870, n°s 27 et 28.

non seulement vivre sans larynx, mais encore émettre des sons si l'on avait soin de leur appliquer une canule imaginée par lui, et disposée de telle façon que l'air expiré faisait vibrer une anche métallique.

Trois ans après, le 31 décembre 1873, se basant sur les résultats obtenus expérimentalement par Czerny, Billroth fit sa première laryngectomie pour carcinome. L'opération réussit bien, mais le malade mourut sept mois après de récidive. Néanmoins, on savait, à ce moment, que cette opération était possible. A proprement parler, ce n'est pas là la première laryngectomie qui ait été faite chez l'homme. En 1866, Watson avait enlevé le larynx d'un homme de trente-six ans atteint de sténose syphilitique. Le résultat ne fut pas heureux, le malade mourut trois semaines après; cette observation ne fut pas publiée et resta inconnue jusqu'en 1881, au Congrès de Londres. C'est donc Billroth qui peut être considéré comme ayant fait, au point de vue scientifique, la première extirpation du larynx. Il a eu de nombreux imitateurs, et, depuis lors, cette opération a été tentée bien des fois. Les résultats obtenus ont été résumés dans de nombreuses statistiques.

En 1881, au Congrès international de Londres, Foulis avait rassemblé trente-deux cas d'extirpation totale et six cas d'extirpation partielle. Il y eut à ce sujet une longue discussion à laquelle prirent part MM. Schech, Schuller, Solis-Cohen, Félix Semon, etc. Mais les cas étaient encore trop récents et trop peu nombreux pour qu'aucune conclusion importante en fût tirée.

En 1885, Hahn [de Berlin] (1) fait paraître une statistique très complète des cas d'extirpation du larynx publiés jusqu'à cette époque. Deux ans plus tard, la maladie de l'empereur d'Allemagne met cette question à l'ordre du jour. En France, M. Baratoux (2) reproduit la statistique de Hahn et y ajoute les cas connus depuis 1885. Dans le courant des années 1887, 1888, nous voyons successivement paraître les statistiques de von Max Scheier (3), en Allemagne, de Salomoni (4), en Italie; M. Baratoux (5) traite de nouveau la question dans le *Progrès médical*, Morell Mackensie (6) publie un long volume pour justifier sa conduite auprès de l'empereur d'Allemagne.

Enfin, le docteur Eugène Kraus [de Vienne] (7) vient de publier, dans son journal *Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, une statistique très complète des cas publiés jusqu'à ce jour. Elle porte sur 160 cas d'extirpation totale et 80 cas d'extirpation partielle. Ces opérations n'ont pas toujours été faites pour du cancer. Ainsi, l'extirpation totale a été faite :

9 fois pour du sarcome;
1 — un polype adénomateux;
3 — des tumeurs tuberculeuses et lupiques;
3 — sténose syphilitique ou traumatique;
1 — une nécrose du larynx;
1 — une tumeur qu'il a été impossible de déterminer.

(1) Eugen Hahn. Ueber Kehlkopfsextirpation, *Sammlung Klin. Vortræge*, in Verbindung mit deutschen Klinikern herausgegeben von Richard Volkmann, 1885, n° 260.

(2) Baratoux. *La pratique médicale*, 22 novembre 1887.

(3) Von Max Scheier. *Deutsch. Med. Wochens.*, 7 juin 1888.

(4) Salomoni. *Estirpazione totale della laringe*, Cremona 1888.

(5) Baratoux. *Progrès médical*, 23 juin 1888 et suivants.

(6) Morell Mackenzie. *Frederick the Noble*, 1888.

(7) Eugen Kraus. Zur statistik der Kehlkopfsextirpation, *Allgemeine Wiener Med. Zeitung.*, 15 avril 1890.

Voici les résultats de ces 18 opérations : dans un cas de sarcome, le malade a été observé pendant quinze ans; il n'y a pas eu récidive; il peut donc être considéré comme guéri. Dans un autre cas de sarcome, le malade, observé pendant vingt mois, n'a pas eu de récidive. Dans un troisième cas, le malade est mort de tuberculose pulmonaire au bout de seize mois; le sarcome n'avait pas récidivé. Les six autres opérés sont morts, soit des suites immédiates de l'opération, soit de complications pulmonaires, soit enfin de récidive. Dans les neuf autres opérations, les résultats ont été bons dans trois cas, le cas de polype (observé deux ans et trois mois sans récidive), le cas de tumeur lupeuse et celui de sténose traumatique. Les six autres opérés sont morts des suites de l'opération.

L'extirpation totale a été faite 142 fois pour du cancer.

Voici les résultats obtenus :

10 fois, les malades ont été perdus de vue. Ces 10 cas ne doivent donc pas compter dans la statistique;

57 fois, les malades sont morts dans les premières semaines des suites immédiates de l'opération (pneumonie, pleurésie, septicémie);

38 fois, la récidive est survenue dans l'année qui a suivi l'opération;

5 fois, la récidive est survenue après une année : 1° treize mois; 2° deux ans; 3° deux ans et un mois; 4° deux ans et sept mois; 5° trois ans et quatre mois;

8 fois, la mort est survenue dans le courant de la première année d'affections diverses;

24 fois, les résultats ont été bons. Les malades, observés pendant plus d'un an, n'ont pas eu de récidive.

L'extirpation partielle a été faite 2 fois pour du sarcome :

2 fois pour de l'enchondrome;

2 — des tumeurs tuberculeuses;

8 — des sténoses laryngées de nature diverse (syphilis, traumatisme, etc.);

66 fois pour du cancer.

Dans les 2 cas de sarcome, dans 1 cas d'enchondrome, dans 1 cas de tumeur tuberculeuse et dans les 8 cas de sténose, l'opération a été suivie de succès. La mort n'est survenue que dans 1 cas d'enchondrome et 1 cas de tumeur tuberculeuse.

Voici les résultats des 66 extirpations partielles pour cancer :

11 fois, les malades ont été perdus de vue aussitôt après l'opération;

23 fois, la mort est survenue dans les premières semaines des suites de l'opération;

12 fois, récidive dans le courant de la première année;

2 fois, récidive après une année (treize mois, seize mois);

2 fois, la mort est survenue pendant la première année d'affections diverses;

16 fois, les résultats ont été bons. Les malades observés pendant au moins un an n'ont pas présenté de récidive.

Ainsi donc, les résultats sont un peu meilleurs dans l'extirpation partielle que dans l'extirpation totale; 29 p. 100 de guérisons dans la première, 18 p. 100 dans la seconde; mais les dangers immédiats de l'opération sont les mêmes; 43 p. 100 de mort par l'opération dans l'extirpation totale et 42 p. 100 dans l'extirpation partielle.

Nous pourrions ajouter à cette statistique quelques cas inédits, en particulier, celui que le docteur Semon (de Londres) a opéré avec le docteur Butlin, et dont il a bien voulu nous donner par lettre la relation; la malade est guérie; en outre, 2 extirpations du larynx ont été faites tout récemment à Paris, l'une au Val-de-Grâce, par M. le docteur Vautrin, l'autre à l'hôpital Saint-Louis, par M. le docteur Péan; mais ces opérations sont trop récentes et ne peuvent encore entrer dans une statistique.

Étant donnés ces résultats, il y a lieu de se demander si l'on n'a pas abusé un peu de l'extirpation du larynx, et si, dans bien des cas, la trachéotomie seule n'eût pas été préférable.

THÉRAPEUTIQUE

Préparation de créosote pour l'usage interne (Perry-Watson).

Créosote	XXIV gouttes.
Glycérine.	30 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger, q. s. p. f.	60 —

à prendre par cuillerées à café toutes les trois heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 juin 1890, est interdite, jusqu'à nouvel ordre, l'importation en France des drilles et chiffons, ainsi que des objets de literie, tels que matelas, couvertures, etc. venant d'Espagne.

— *Choléra.* — Une circulaire du ministre de l'Intérieur, adressée aux préfets, reproduit les instructions que nous avons déjà fait connaître. La circulaire nous donne cependant des indications nouvelles sur le rôle dévolu aux municipalités et aux autorités préfectorales. Celles-ci devront s'assurer, par des déclarations signées des maires, que le numéro du *Journal officiel*, édition des communes, qui contient plusieurs décrets rendus en exécution de la loi du 3 mars 1822, ainsi que le texte de cette loi, aura été publié et affiché. Aux termes de l'article 1er, « les dispositions pénales de la loi ne seront applicables qu'après cette publication ». Le numéro du *Journal officiel*, édition des communes, partira de Paris au plus tard le 23 de ce mois.

Les préfets donneront des instructions aux maires pour que, dès qu'une déclaration aura été faite en exécution du décret du 18 juin, un médecin soit chargé d'aller, pendant cinq jours, constater l'état du voyageur. « Je n'ai pas besoin d'insister sur les conditions spéciales de courtoisie qui s'imposent à cette visite », ajoute le ministre. Si un cas suspect se présentait, les préfets devraient en être avisés immédiatement, et le maire devrait prendre, sans aucun retard, les mesures prescrites par les instructions que nous avons fait connaître.

Le ministre prie les préfets de lui accuser réception de la présente circulaire, du décret et des instructions, et de l'informer dans les vingt-quatre heures des incidents sanitaires de toute nature qui viendraient à se produire dans leur département.

Une note du ministère du Commerce annonce que, par exception, le paquebot-poste le *Saint-Laurent*, de la Compagnie générale transatlantique, qui devait partir de Bordeaux le jeudi 26 juin courant pour les Antilles et Colon, n'effectuera son départ que le vendredi 27. Ce même paquebot ne touchera pas à Santander.

En conséquence, les correspondances à destination des Antilles, du Venezuela, de la Colombie, de l'Amérique centrale et du littoral du Pacifique, déposées à la poste à Paris dans la journée du 26, jusqu'à la dernière levée pour les courriers du soir, pourront encore profiter du départ du paquebot.

Le *Bulletin municipal officiel* publie les décrets relatifs aux mesures préventives. Ces mesures sont donc, dès aujourd'hui, applicables à Paris.

Outre les postes de Cerbère et d'Hendaye, deux autres postes ont été installés hier, l'un à Béhobie (Basses-Pyrénées), et l'autre à Perthus (Pyrénées-Orientales).

Des instructions ont été envoyées dans les ports à tous les directeurs de la santé, pour que les voyageurs d'Espagne, venant par mer, soient soumis aux mêmes mesures que ceux venant par terre ; que les suspects soient retenus ; que ceux reconnus sains soient munis du « passeport sanitaire » et que les maires soient avisés par carte postale de leur arrivée.

A Hendaye, la Compagnie du Midi a mis à la disposition de M. le docteur Netter un local pour l'installation d'une infirmerie.

M. le docteur Charrin a été invité à aller installer un service de surveillance à La Nouvelle (Aude), où arrivent beaucoup de provenances d'Espagne.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

22

ANALYSE DE JUIN DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de juin, a été faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1031.800
	gr.	
Beurre par litre	55.900	
Albumine	5.900	
Caséine	37.200	
Sucre de lait	52.900	
Sels	7.400	
Total des matières fixes	159.300	159.300
Eau		872.500

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.436
Acide sulfurique	0.128
Potasse	1.612
Soude	0.733
Chaux	1.717
Magnésie	0.233
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.541
Total	7.400

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. Nicolas, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

52

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

83

EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE DE RUBINAT

Source du docteur LLORACH.

L'analyse de l'Académie de médecine de Paris démontre que cette eau contient 103gr814 de substances fixes, dont :

SULFATE DE SOUDE 96gr265 | SULFATE DE MAGNÉSIE 3gr268

Cette eau purge rapidement et sans irritation. Elle n'exige aucun régime.

Dose normale : un verre.

Prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs ordonnances **Rubinat, Source Llorach.**

26

ANTIPYRINE EFFERVESCENTE

LE PERDRIEL

contre **Douleurs, Migraines, Mal de mer**, etc.

L'adjonction de **l'Acide carbonique** *supprime les crampes et nausées* produites par l'emploi du médicament.

Le Perdriel et Cie, Paris.

36

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les

Affections aiguës et chroniques de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

Dosage : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes

Phie Pelisse, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

22

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phtisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge. (Éch. fo).

55

PURGATIF GÉRAUDEL

AU CONVOLVULUS OFFICINALIS

LAXATIF — RAFRAICHISSANT
TONIQUE — DIGESTIF

Le problème à résoudre était de trouver un produit commode, agréable, bien dosé, efficace, et en même temps non susceptible d'irriter l'estomac et les intestins.

Le **PURGATIF GÉRAUDEL** est exclusivement composé de substances végétales.

Nous lui avons donné la forme de tablettes, ce qui nous a permis de le doser exactement, d'en faciliter l'emploi et de le rendre aussi agréable qu'efficace.

DOSE & MODE D'EMPLOI

On prend une seule tablette à la fois, le matin à jeun, un quart d'heure avant de déjeuner.

Il faut les sucer ou les croquer avant de les avaler.

Si l'on voulait obtenir un effet plus grand, il suffirait de prendre notre purgatif deux ou trois jours de suite suivant le tempérament, à la dose de une ou deux tablettes par jour.

Pour purger les enfants de six à douze ans, une ou deux tablettes, prises le matin à jeun, suffisent.

On peut manger après avoir pris nos tablettes et vaquer à ses occupations comme d'habitude.

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et Absorption

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires normales.

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé.

Mode d'emploi. — Sucer lentement en avalant la salive, une seule pastille à la fois. — On en prend 6 à 10 par jour entre les repas, et principalement le matin et le soir.

GROS : Chez l'inventeur, A. GÉRAUDEL, pharmacien à Sainte-Ménehould (Marne).

Détail : Dans toutes les Pharmacies de France et de l'Etranger.

ENVOI D'ECHANTILLONS GRATUITS

à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

84

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

33

VARICES, HÉMORRHOÏDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

Elle a pour *adjuvant indispensable* ds le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais à l'Hamamélis** et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis.**

Dépôt : Phie Logeais, av. Marceau, et ttes phies.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100g

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

72

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50cgr. . . . *5 fr.*

1/2 étui de 10 cachets . . . . *2 fr. 50*

Phien, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

33

DYSPEPSIE, GASTRALGIE

ENTÉRITES guéries par les DRAGÉES de PANCRÉATINE PAULAY.

Dépôt gal : Phie Centrale, fg Montmartre, 52, Paris.

54

ALBUMINATE DE FER DE LAPRADE

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans ttes Phies. Gros : Dufilho, à St-Cloud.

N° 73. — JEUDI 26 JUIN 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 26 JUIN 1890. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'ordre du jour portait la suite de la discussion sur les accidents produits par le chloroforme. La parole a été donnée à M. François-Franck qui, depuis longtemps déjà, a étudié expérimentalement la chloroformisation sur les animaux à l'état sain et à l'état pathologique. Ce sont les résultats de ces nombreuses expériences qu'il fait connaître à l'Académie. La première partie de ce travail, qu'il a lue dans cette séance, est consacrée aux accidents du début de la chloroformisation. Il a étudié successivement ces accidents indépendamment de toute lésion préalable du cœur et du poumon, puis en présence de lésions cardiaques ou pulmonaires, expérimentalement produites. On comprend aisément tout l'intérêt qui s'attache à cette étude que M. François-Franck a exposée dans le style clair et élégant qui lui est habituel.

L'Académie a entendu deux rapports, l'un de M. Cornil sur un travail de MM. Babès et Marinescu, relatif à la morphologie et à la pathologie des terminaisons nerveuses des muscles; l'autre de M. Guéniot, sur la curieuse observation que M. Thévard a présentée dans la dernière séance; puis une communication de M. Duplouy sur deux cas de hernie ombilicale étranglée. Enfin, M. Lagneau a lu la première partie d'un travail sur les moyens propres à retarder le ralentissement de l'accroissement de la population en France. Nous attendrons la fin de cette lecture pour en présenter l'analyse à nos lecteurs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Le criminel (1).

VIII

Nous allons avoir à étudier l'hystérique au point de vue médico-légal. Le mot «hystérie» a complètement changé de sens, depuis les temps anciens, et aujourd'hui encore il est en train de changer de place dans le cadre nosologique. Autrefois, on plaçait le siège de cette maladie dans l'utérus et le divin Platon disait : « L'utérus est un animal qui veut concevoir; quand il ne peut pas concevoir, il entre en fureur. » On semblait confondre alors la nymphomanie et l'hystérie. Or, la nymphomane est une femme qui a des appétits sexuels exagérés qu'elle ne peut assouvir, *lassa sed non satiata*, mais qui ne présente pas nécessairement des stigmates d'hystérie : la nymphomanie et l'hystérie sont deux syndromes qui peuvent s'associer mais qui peuvent aussi exister isolément.

Du reste, il est établi maintenant que l'hystérie n'est pas l'apanage exclusif de la femme. On n'a résolu cette question que dans ces dernières années et Landouzy, le père, avait fait un livre pour démontrer que l'hystérie est propre au sexe féminin. On avait bien noté déjà quelques hommes qui avaient eu des attaques; Bernutz a même réuni ces observations dans son article du *Dictionnaire de Jaccoud*, mais seulement à titre de curiosités.

Sous l'influence de l'École de la Salpêtrière, le domaine de l'hystérie s'est considérablement étendu. M. Charcot a très bien démontré que, à la suite de certains traumatismes, un individu pouvait, alors même que le coup n'aurait été que faible, être pris d'accidents nerveux, tels que paralysie d'un bras, monoplégie d'une partie du corps, avec anesthésie concomitante, accidents absolument identiques comme forme et comme marche à ceux qu'on observe chez les hystériques femmes. M. Charcot a créé ainsi la catégorie des hystériques mâles. Ce qui distingue les deux sexes au point de vue de l'hystérie, c'est que le caractère de l'homme hystérique est très différent de celui de la femme et que les actes commis de part et d'autre ne se ressemblent en rien.

Nous nous occuperons surtout des caractères mentaux des hystériques femmes. Ils peuvent apparaître, dès l'enfance, chez les petites filles de huit à quinze ans, et se prolonger toute la vie.

Le premier point à établir, parce qu'il domine toute la vie de l'hystérique, est celui-ci : l'hystérique ment, elle simule à chaque instant et elle simule admirablement. Il faut donc que nous, médecins légistes, nous ayons des points de repère certains, pour être sûrs de ne pas nous laisser tromper. Ce serait, en effet, une erreur de croire que toutes les hystériques ont des convulsions; la plupart n'en ont pas. Mais il existe un certain nombre de signes ou stigmates, au moyen desquels on peut toujours les reconnaître. Je vous rappellerai les principaux. Les hystériques ont, en général,

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 577.

une anesthésie cutanée, qui peut n'occuper que la moitié du corps et avoir des limites absolument tranchées; c'est là le caractère le plus important et le plus facile à constater. Il y a de plus cette particularité que, dans l'immense majorité des cas, lorsqu'on se sert d'une aiguille pour explorer la sensibilité, il ne sort pas de sang après la piqûre. Comme anesthésie ne pouvant pas être facilement simulée, je vous recommande celle des muqueuses : il est vrai qu'on voit tous les jours des acrobates qui supportent sans sourciller des douleurs beaucoup plus intenses que celles d'une piqûre d'épingle, mais si on met le doigt dans l'arrière-gorge de la simulatrice, si on lui chatouille le nez avec une plume, il lui est impossible d'éviter le réflexe provoqué par cette excitation.

M. Charcot a trouvé, avec MM. Landolt et Parinot, un autre caractère très important, c'est le rétrécissement du champ visuel et la dyschromatopsie : peu à peu, chez l'hystérique, la notion des couleurs disparaît et elle disparaît dans un ordre invariable, qui est celui-ci : violet, vert, bleu, jaune et rouge; quelquefois le bleu permute avec le rouge. Quand la dyschromatopsie est complète, l'hystérique voit tout en gris. Il est assez difficile, si on soumet à cet examen une femme qui n'a pas séjourné longtemps à l'hôpital, qu'elle ne commette pas quelque erreur de simulation; aussi quand la disparition des couleurs est régulière, peut-on se croire en présence d'une hystérique. A côté de ces deux signes, en voici un troisième que je vous engage à chercher avec le plus grand soin, je veux parler des zones hystérogènes. Une pression exercée sur la région ovarienne provoque et arrête une attaque, le même phénomène peut se produire si on touche le vertex, le mamelon, le pli du coude, le poignet, etc.; il est rare de ne pas trouver deux ou trois zones dans les lieux d'élection, chez une femme qui est atteinte d'hystérie, et il importe de faire la recherche d'une manière complète, afin de s'assurer qu'on n'est pas trompé.

Je n'ai pas à m'arrêter sur les actes commis par une femme au plein d'une attaque d'hystérie. Cependant, dans la phase passionnelle de l'attaque, il peut y avoir des idées criminelles, mais elles sont constituées surtout par des souvenirs et ne vont jamais jusqu'à l'acte, en sorte que, dans cette période, je ne connais pas un seul fait médicolégal à relever. Nous nous occuperons donc exclusivement de la phase non convulsive de l'hystérie et du caractère propre à la femme hystérique.

Lorsqu'une femme est hystérique, la note principale de son tempérament est la mobilité d'esprit et de passion. Sa conversation est charmante, en raison même de cette facilité à passer vivement d'un sujet à l'autre. Mais l'hystérique est un peu moins charmante à rencontrer pour un mari. Elle est extrêmement égoïste et aussi disgracieuse dans son intérieur qu'elle est gracieuse à l'extérieur. Elle est capable d'inventer contre son mari toute espèce d'histoires, dans le but de se mettre en scène. Elle a une mobilité d'affection qui n'a d'égale que sa violence : quand elle aime, c'est avec passion, mais la passion est de courte durée. Ces retours soudains peuvent troubler singulièrement la tranquillité d'un ménage. Les femmes, elles-mêmes, reconnaissent cette singularité de leur caractère et elles appellent cela « avoir des toquades ».

Cette affection passionnée n'est pas réservée du reste exclusivement au sexe masculin : les hystériques peuvent avoir des amies qu'elles aiment aujourd'hui et qu'elles haïssent demain. Alors, quand arrive le tour de la haine, elles ne savent quel moyen employer pour nuire à leur ancienne idole : elles font des dénonciations à la justice, écrivent des lettres anonymes, et finissent parfois par brouiller toute une petite ville.

Il y a encore deux points sur lesquels je tiens à insister particulièrement. Il n'y a chez l'hystérique aucune réflexion, elle a une idée et la met aussitôt à exécution, ses actes ne sont pas délibérés. Quelles que soient les conséquences qui puissent en résulter pour elles, l'hystérique écrit et agit, pour obéir à sa passion.

C'est une femme qui veut paraître à tout prix et qui n'est même pas rebutée par l'idée d'aller en Cour d'assises, parce que là elle pourra raconter, à loisir et en public, toutes les tribulations dont elle aura été victime et toutes les aventures qu'elle aura eues.

L'hystérique ne recule devant rien, même devant les actes les plus dégoûtants, pour se rendre intéressante. Vous avez vu, dans les hôpitaux, des femmes anuriques, chez lesquelles les fonctions rénales et digestives sont réduites au minimum. Lorsqu'elles s'aperçoivent qu'elles deviennent dans la salle un objet de curiosité, elles veulent faire mieux encore, et on les voit alors vomir leurs urines et leurs matières fécales... parce qu'elles les ont avalées. Elles poussent l'amour de la simulation et de la parade au point de faire de semblables immondices.

DE LA VALEUR ANTISEPTIQUE

DU SULFATE DE CUIVRE EN OBSTÉTRIQUE (1)

Par le professeur Tarnier.

II

Dans une première série d'expériences, on met en même temps, dans un ballon, 100 grammes de bouillon nutritif, 2 gouttes d'une culture du streptocoque pyogenes et la quantité de sulfate de cuivre nécessaire pour que les 100 grammes de bouillon restent stériles. Il résulte de cette expérience qu'il en faut 165 milligrammes pour qu'un litre de bouillon reste stérile.

Dans la deuxième série, le bouillon nutritif est, en même temps, un bouillon de culture dans lequel le streptocoque s'est déjà développé; on ajoute à ce bouillon la quantité d'antiseptique suffisante, non seulement pour arrêter le microbe dans son développement, mais encore pour le tuer. Or, il faut 25 centigrammes de sulfate de cuivre par litre de bouillon, pour obtenir ce résultat.

Mais ces deux séries d'expériences sont très éloignées de ce qui se fait en clinique, où la durée d'une injection est relativement fort courte, où, par conséquent, la solution de sulfate de cuivre ne reste en contact, avec le vagin et ses microbes, qu'un petit nombre de minutes. Dans les expériences suivantes, nous nous sommes efforcé de nous rapprocher, autant que possible, de ce qui se passe en clinique.

Nous avons donc cherché à déterminer, dans une troisième série d'expériences, le temps pendant lequel il faut laisser le streptocoque en contact avec une solution de sulfate de cuivre pour qu'il soit tué. Un fil de cocon de soie est, à cet effet, trempé dans un bouillon de culture riche en streptocoques, puis plongé dans un bain antiseptique au

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 662.

sulfate de cuivre ; il est ensuite rapidement lavé afin d'enlever l'antiseptique qui pourrait lui rester adhérent, et mis dans un bouillon nutritif qui est porté à l'étuve. Si ce bouillon reste limpide, c'est que les streptocoques ont été tués ; si, au contraire, le bouillon nutritif se trouble, c'est que les streptocoques sont restés vivants et prolifères. Nous avons répété cette expérience, ainsi que les suivantes, avec des solutions à trois titres différents : 10 grammes, 5 grammes, 2 grammes par litre. M. Vignal a aussi trouvé que, pour tuer le streptocoque, il faut le laisser plongé :

25 min.	dans une solution de sulfate de cuivre à	10	p. 1000.
30	—	5	—
40	—	2	—

La même expérience fut répétée en se servant de petits carrés de flanelle, en remplacement du fil de soie qui est imperméable, tandis que la flanelle est très perméable. Ici (quatrième série de nos expériences), pour obtenir la mort du microbe, il faut que la flanelle séjourne dans le liquide antiseptique un peu plus de temps que lorsqu'il s'agissait d'un fil de soie :

30 min.	dans la solution de sulfate de cuivre à	10	p. 1000.
35	—	5	—
40	—	2	—

Si, au lieu de flanelle simple, on imbibe de streptocoques des morceaux de flanelle imprégnée d'albumine (cinquième série de nos expériences), il faut encore un temps plus long pour en obtenir la stérilisation :

40 min.	dans la solution de sulfate de cuivre à	10	p. 1000.
45	—	5	—
plus d'une heure	—	2	—

Des résultats identiques furent obtenus dans d'autres expériences (sixième série), où la flanelle albumineuse, au lieu d'être simplement plongée dans un bain de sulfate de cuivre, était placée sous un courant d'une solution antiseptique de même composition.

Dans les expériences précédentes, la flanelle a été lavée au sortir du bain antiseptique, avant d'être plongée dans le bouillon nutritif, et cette précaution a été prise pour bien enlever le sulfate de cuivre, qu'elle aurait sans cela porté avec elle dans le bouillon nutritif. Celui-ci aurait donc pu rester stérile à cause du sulfate de cuivre resté adhérent à la flanelle. Mais si l'on veut avoir assez de bonne volonté pour assimiler la flanelle albumineuse aux parois du vagin, on remarquera que celles-ci, après une injection vaginale, ne sont pas lavées avec de l'eau stérilisée, comme nous l'avons fait pour la flanelle de nos expériences précédentes. Il est donc intéressant de savoir ce qui arriverait si on ne lavait pas cette flanelle ; c'est ce que nous avons réalisé dans l'expérience suivante.

Dans une nouvelle série d'expériences, la septième, au lieu de laver la flanelle albumineuse au sortir du bain antiseptique, on se contente de la secouer rapidement et on la plonge telle quelle dans le bouillon nutritif ; cette flanelle retient donc et entraîne avec elle un peu de sulfate de cuivre, et une immersion de beaucoup moindre durée dans le bain antiseptique sera suffisante pour tuer le streptocoque.

6 min.	avec la solution de sulfate de cuivre à	10	p. 1000.
6	—	5	—
10	—	2	—

Cette deuxième série d'expériences nous paraît importante, car elle se rapproche autant que possible de la clinique et réalise à peu près les conditions d'une injection vaginale ou intra-utérine un peu prolongée. Elle montre qu'il suffirait qu'une injection, faite avec une solution de sulfate de cuivre à 5 p. 1000, durât 6 minutes pour que les streptocoques fussent tués, et l'on peut fort bien s'arranger de façon à ce qu'une injection dure 6 minutes. Si nous nous en rapportons à cette expérience, le sulfate de cuivre est donc un très bon antiseptique.

Mais la huitième série d'expériences est encore plus démonstrative, car elle est clinique au premier chef. M. Vignal et mon chef de clinique, M. Tissier, ont pris du mucus dans le col de femmes accouchées, depuis trois à cinq jours, et soignées avec des injections au sulfate de cuivre à 5 p. 1000 (trois injections en vingt-quatre heures). Le mucus a été mis dans du bouillon nutritif avec toutes les précautions convenables et 6 fois sur 10, ce bouillon est resté stérile. Quatre fois sur dix des microbes s'y sont, il est vrai, développés, mais ceux-ci n'ont jamais été des streptocoques, ni des staphylocoques, ni des vibrions septiques, ainsi que cela a été démontré par le microscope.

Toutes les expériences faites avec le fil de soie et avec la flanelle se rapportent au streptocoque, mais nous nous sommes assurés que, avec le staphylocoque, elles donnent, à très peu de chose près, les mêmes résultats : le sulfate de cuivre se comporte de la même façon envers le streptocoque et envers le staphylocoque. Mais il n'en est plus de même vis-à-vis du vibrion septique. Je vous ai déjà dit, à propos de ce vibrion, une chose qui vous avait surpris : l'expérimentation nous avait, en effet, démontré que l'acide phénique est plus puissant contre ce micro-organisme et ses spores que le sublimé. Il en est de même avec le sulfate de cuivre qui ne tue que très lentement les spores du vibrion septique à la dose de 10 p. 1000. C'est là un résultat imprévu, et c'est une nouvelle preuve de la nécessité de soumettre toute chose à l'expérimentation, et de ne pas se fier aux suppositions et aux vraisemblances.

Fort de toutes ces recherches de laboratoire, j'ai donc employé le sulfate de cuivre à 5 p. 1000. J'en suis très satisfait au point de vue clinique : les femmes soignées ainsi vont bien, et la salle qui est consacrée à cet antiseptique jouit d'un bon état sanitaire, sans morbidité. Mais je dois vous dire quels sont les inconvénients que l'expérience nous a révélés dans l'emploi du sulfate de cuivre.

Un premier inconvénient est le suivant : il est impossible de se savonner les mains dans une solution de sulfate de cuivre, car il se forme aussitôt des grumeaux bleuâtres qui s'attachent aux mains, et dont il est difficile de les débarrasser. Il en serait de même, si l'on voulait faire une toilette savonneuse de la vulve dans les mêmes conditions. Pour la toilette des mains et de la vulve, si l'on veut s'en tenir à l'antisepsie par le sulfate de cuivre, il faut donc faire successivement deux lavages : le premier avec du savon et de l'eau simple, le second avec une solution de sulfate de cuivre, qui, d'ailleurs, serait toujours insuffisante. Pour ces toilettes, mieux vaut donc à tous égards se servir simultanément de savon et d'une solution de sublimé à 0,40 p. 1000 au minimum.

Un autre inconvénient, peu important, il est vrai, mais ennuyeux, est le suivant : quand, immédiatement après l'accouchement, on fait une injection intra-utérine ou vagi-

nale au sulfate de cuivre, celui-ci se combine avec les matières albuminoïdes du sang, les coagule et on voit s'écouler de la vulve un liquide brunâtre, d'aspect sale, écumeux, vraiment désagréable à l'œil, qui rappelle l'aspect d'un putrilage, sans en avoir, bien entendu, l'odeur. A l'hôpital nous ne faisons guère attention à cet inconvénient, mais, dans la clientèle, on peut en éprouver quelques ennuis. De plus, ce mélange de sang et de sulfate de cuivre s'attache aux canules d'injection et les salit, mais quand celles-ci sont en verre, il est très facile de les nettoyer en les faisant tremper dans un bain aiguisé avec de l'acide nitrique.

Je viens de vous dire que le sulfate de cuivre présente l'inconvénient de coaguler le sang, mais est-ce bien un inconvénient quand on fait une injection intra-utérine? Examinons de plus près cette question. Le sang qui se coagule est, d'une part, celui qui s'était épanché dans l'utérus et qui s'écoule avec le liquide de l'injection; d'autre part, celui qui se trouve aux embouchures des vaisseaux utérins ouverts par le décollement du placenta. Il se forme donc des caillots aux orifices des vaisseaux, et ces caillots en restant à demeure assurent l'hémostase. En outre, si l'on suppose que le sulfate de cuivre en injection à 5 p. 1000 puisse être toxique, la présence de ces caillots à l'entrée des veines empêcherait le passage de la solution cuprique dans les veines et par suite son absorption trop rapide.

Mais le sulfate de cuivre est-il toxique? Cela ne fait aucun doute et chacun sait qu'ingéré à la dose de 5 centigrammes il produit des vomissements immédiats. Ces vomissements sont même une sauvegarde contre l'absorption du sulfate de cuivre. M. le docteur Galippe a, d'ailleurs, démontré sur lui-même, en ingérant courageusement, pendant plusieurs jours, du sulfate de cuivre, que ce sel est beaucoup moins toxique qu'on ne l'avait cru.

Plusieurs aliments, le pain, la viande, les légumes frais, le thé, le chocolat, contiennent du cuivre; de telle sorte que M. le professeur Armand Gautier a pu dire : « Ainsi, chaque jour, nous recevons presque 1 milligramme de cuivre métallique alimentaire. Mais ce n'est là qu'une quantité *minimum*. Si les légumes frais sont remplacés par des légumes conservés en boîte et reverdis au sulfate de cuivre, la quantité de ce métal, quotidiennement consommée s'élèvera à 7 milligrammes et pourra aller jusqu'à 40 milligrammes par jour. » On est donc revenu de la terreur qu'on avait des sels de cuivre; aussi le Comité consultatif d'hygiène a-t-il retiré, l'an dernier, la défense faite précédemment aux fabricants de conserves de colorer les légumes avec du sulfate de cuivre qui, à petites doses, est sans danger.

Si le sulfate de cuivre a quelques inconvénients, il les rachète par de réels avantages au point de vue de l'antisepsie obstétricale. Il se vend à si bon marché, qu'il est accessible à toutes les bourses; on peut se le procurer partout, à la campagne comme à la ville. Il est très soluble dans l'eau et point n'est besoin de subterfuges pour rendre sa dissolution plus facile. Sa solution est d'un beau bleu qui s'opposera toujours à ce qu'on le confonde avec une boisson quelconque; si par hasard on y goûtait, sa saveur, très désagréable et styptique, avertirait immédiatement de la méprise. C'est un antiseptique de moyenne puissance qui possède, en outre, un grand pouvoir de désinfection. Depuis plusieurs mois, il m'a rendu de bons services et j'en suis très satisfait; employé en injections, il n'a jamais été jusqu'ici suivi d'intoxication. Les expériences de laboratoire m'ont démontré qu'il détruit bien les microbes qui peuvent engendrer la fièvre puerpérale, moins bien et moins vite assurément que le sublimé, mais cependant avec une sûreté et une rapidité suffisantes. Il est moins bon, très médiocre même, en présence du vibrion septique ; c'est dire qu'on n'y aura pas recours contre l'infection putride causée par la rétention du placenta ou des membranes; mieux vaut alors l'acide phénique. Mais, dans les cas ordinaires, c'est un bon antiseptique et je crois devoir vous en recommander l'emploi, surtout pour les injections intra-utérines qui, lorsqu'elles sont faites avec du sublimé, peuvent être quelquefois suivies d'intoxication.

En résumé, vous savez que le sublimé est le meilleur des antiseptiques, et vous continuerez à vous en servir habituellement; mais vous savez aussi que, dans quelques cas, rares il est vrai, son usage a été suivi d'accidents redoutables, et vous n'oublierez pas qu'il y a des contre-indications à son emploi. Dans ces circonstances, vous repousserez donc le sublimé et vous aurez recours à un autre antiseptique, au sulfate de cuivre, par exemple, à la dose de 5 grammes pour un litre d'eau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juin 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un travail de M. Gervais (de Saugues) sur la rareté de la tuberculose pulmonaire dans la région de Saugues;

2° Un mémoire de M. Boucher, médecin militaire, intitulé : « Contribution à l'étiologie et à la prophylaxie de la fièvre typhoïde due à l'infection par les planchers. »

LECTURE

De la hernie ombilicale étranglée. — M. DUPLOUY (de Rochefort) rappelle que l'étranglement des hernies ombilicales est assez rare et prend, aux yeux de la plupart des médecins, un caractère de gravité tout à fait exceptionnel. Cependant, depuis l'antisepsie, les résultats de l'intervention ont été favorables, et la plupart des chirurgiens n'hésitent pas aujourd'hui à se prononcer pour l'intervention, contrairement à l'opinion des anciens.

Dans sa thèse, soutenue en décembre 1888, M. Barrier relève 22 opérations antiseptiques, dont 5 décès seulement; depuis cette époque, M. Duplouy a recueilli 11 faits nouveaux, avec 1 seul décès; 33 herniotomies ombilicales n'ont donné, en somme, que 6 décès, soit 18,2 p. 100.

Voici, en quelques mots, l'histoire de deux cas qui lui sont personnels. Le premier est celui d'une femme de trente-huit ans, qui portait une petite hernie ombilicale, grosse comme une noix, sans le moindre bandage. Elle fut prise subitement, le 4 octobre dernier, de vives douleurs, d'éructations, de vomissements et de constipation opiniâtre. La tumeur tripla de volume et le ventre se ballonna.

Le taxis ayant échoué et l'état de la malade étant très alarmant, M. Duplouy pratiqua, avec M. Duval, la herniotomie. Une anse intestinale, fortement congestionnée, fut, après avoir été lavée avec une solution mercurique, replacée dans la cavité abdominale, après que l'étranglement eut été levé. Deux masses épiploïques, fortement congestionnées, qui se trouvaient dans le sac, furent réséquées, et la cure radicale fut ensuite pratiquée.

La guérison a été complète.

Le second cas est celui d'une femme de soixante ans qui était

atteinte, depuis dix ans, d'une hernie ombilicale volumineuse. Cette femme fut prise d'accidents d'étranglement, le 18 novembre 1889. Elle fut opérée comme la précédente et guérit parfaitement.

De l'examen de ces 2 cas et des 9 autres que l'auteur a rassemblés, il résulte que la kélotomie ombilicale s'impose au même titre que dans les autres hernies, dès que l'étranglement n'est plus douteux et que les manœuvres du taxis sont manifestement impuissantes, et qu'elle doit être complétée par la recherche de la cure radicale, en fermant hermétiquement le ventre comme on le fait après toutes les laparotomies.

RAPPORTS

De la morphologie et de la pathologie des terminaisons nerveuses des muscles. — M. CORNIL lit un rapport relatif à un travail sur ce sujet, envoyé à l'Académie par MM. Babès et Marinescu (de Bucharest).

Les auteurs ont établi, d'abord, qu'il existe, au niveau des muscles, une grande analogie au point de vue des altérations histologiques entre les lésions causées par les microbes et celles qui résultent de toute autre cause, myopathie de nature quelconque.

Dans les myopathies primitives, MM. Babès et Marinescu ont vu que les vaisseaux des muscles étaient souvent, dès le début, atteints d'endartérite et de péri-artérite, que le tissu interstitiel était lui-même riche en cellules embryonnaires, que les lymphatiques étaient dilatés.

Lorsque la lésion est plus avancée, on constate une dégénérescence hyaline totale ou en bandes des faisceaux musculaires, en même temps qu'une augmentation du nombre de leurs noyaux. La lésion finale aboutit à la destruction totale de la fibre musculaire qui se fragmente, devient vasculaire et graisseuse; parfois même, le tissu cellulo-adipeux devient abondant au point de constituer presque une véritable néoplasie, qui est souvent plus volumineuse que le muscle lui-même.

MM. Babès et Marinescu font jouer un grand rôle aux lésions vasculaires dans la pathogénie des myopathies primitives et, dans quelques cas, ils pensent que ces lésions peuvent être déterminées par des anomalies de l'innervation; dans un cas de pseudo-hypertrophie musculaire, en particulier, ils ont constaté des lésions des cornes antérieures et de quelques ganglions du sympathique cervical.

En outre, les auteurs du mémoire ont retrouvé — dans diverses lésions musculaires, l'hypertrophie cardiaque de l'adulte, les métrites et certaines tumeurs utérines — des lésions musculaires tout à fait analogues; elles se caractérisaient surtout par de l'hypertrophie et par la formation de disques hyalins transversaux.

Le second point qui a fait l'objet des études de MM. Babès et Marinescu, ce sont les modifications subies par les nerfs moteurs et leurs plaques terminales dans les muscles malades; ils se sont servi dans ce but de la solution de chlorure d'or à 1 p. 100 et 1 : 300, précédée de l'action du jus de citron et de la dissociation dans la glycérine formiquée.

Après la section du nerf sciatique, ils ont constaté, chez le lapin, la prolifération et l'hyperplasie des noyaux fondamentaux de la plaque et la multiplication des noyaux des fibres nerveuses terminales, puis la dégénérescence de ces éléments, en même temps que la fragmentation et l'état embryonnaire des petits nerfs musculaires. Cette dégénérescence est suivie de l'apparition de faisceaux ombellés; ce sont des nerfs de nouvelle formation qui précèdent la régénération de la plaque.

Chez l'homme, ils ont constaté des lésions intéressantes de ces éléments dans diverses maladies nerveuses : dans l'atrophie simple, l'atrophie de la plaque; dans l'hypertrophie simple et dans la maladie de Thomsen, l'hyperplasie avec uniformité de la substance foncée de la plaque; dans la fièvre typhoïde, une simplification des plaques terminales et souvent un filament très fin à la place de la fibre nerveuse terminale; dans la pseudo-hypertrophie de l'adulte, une disparition des ramifications terminales avec prolifération des noyaux fondamentaux; dans la sclérose amyotrophique, une sclérose des petits nerfs musculaires avec formation de névromes fusiformes le long des nerfs. Ils ont constaté, en outre, que sur le nerf même, à côté de fibres nerveuses nouvelles, il en existe d'hypertrophiées; mais la plupart sont tellement atrophiées qu'on les confond avec le tissu conjonctif. Ils ont vu également, dans cette maladie, des fibres nerveuses excessivement hypertrophiées, terminées par une plaque terminale colossale. Enfin, dans un cas de polynévrite, la plaque présentait une prolifération excessive des noyaux.

Ces diverses lésions offrent un très réel intérêt.

Rupture de l'utérus. — M. GUÉNIOT lit un rapport sur une communication de M. Thévard intitulée : « Cas de rupture totale des insertions vaginales sur le col de l'utérus. » (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 616.)

Après avoir résumé l'observation de M. Thévard, M. Guéniot termine ainsi :

Après avoir traversé les dangers d'une péritonite, consécutive à la laparotomie, la malade finit par se rétablir complètement, et deux mois après l'opération, elle pouvait venir à l'Académie.

Grâce à l'examen attentif de cette *pièce justificative* nous avons pu, M. Tarnier et moi, nous rendre compte de la signification véritable d'un fait qui, d'abord, paraissait franchir les limites du vraisemblable.

Est-il exact que l'utérus ait été complètement séparé de ses attaches vaginales, ainsi que nos deux honorables confrères croient l'avoir constaté? S'il en était ainsi, les déchirures et le délabrement des parties molles du petit bassin eussent été considérables.

Une large ouverture eût mis en communication directe la cavité de l'abdomen avec celle du vagin. La vessie elle-même ne fût pas restée étrangère à ces dilacérations.

Bref, après cicatrisation de toutes ces plaies et déchirures, on devrait nécessairement trouver des cicatrices ou des indurations qui en seraient comme des témoins irrécusables.

Or, une exploration minutieuse des parties nous a permis de constater :

1° Que le vagin offre une profondeur et une amplitude normales;

2° Que sa muqueuse est, sur tous les points, lisse, humide, mobile et souple comme on l'observe dans les conditions régulières;

3° Que le col utérin se présente au fond du vagin, en son lieu accoutumé, mais qu'il est presque dépourvu de saillie;

4° Enfin, que le détroit supérieur du bassin offre un rétrécissement rachitique très accusé (environ 78 millimètres d'ouverture dans le diamètre promonto-pubien).

Ces particularités ne permettent pas d'admettre l'interprétation admise par M. Thévard. Il ne s'est pas agi, certainement, ainsi qu'il l'a cru, d'un arrachement des attaches vaginales de l'utérus, mais d'une lésion d'un autre genre.

J'admets qu'il y a eu une déchirure de l'utérus sur la paroi antérieure, à la jonction du corps et du col. De la sorte, ni la vessie, ni le vagin n'ont été intéressés, le col lui-même est resté en place et n'a été lésé que dans sa portion antérieure et supérieure. Celle-ci, très amincie et étirée par les contractions du corps, s'est rompue sous la pression du fœtus qui, ensuite, a été comme projeté à travers la brèche dans la cavité abdominale.

Cette manière de voir permet d'expliquer naturellement, et d'après un mécanisme connu, toute la filiation des phénomènes, depuis la genèse des accidents jusqu'à leur complète guérison.

La matrice, que M. Thévard trouva sous le foie, pouvait aisément occuper cette région, ayant été refoulée en haut par le corps du fœtus.

Quant à l'orifice utérin, orifice plus ou moins régulier, qui fut pris pour l'ouverture du col, on ne s'étonnera pas qu'il ait pu donner lieu à semblable méprise, car les bords de la déchirure offrent parfois une netteté propre à engendrer l'illusion. Quant à la disparition de la portion vaginale du col, elle est due, sans

aucun doute, à l'étirement que les contractions violentes et prolongées du corps de l'utérus ont exercé sur les fibres du col par suite du rétrécissement pubien.

Je suis donc convaincu que le fait d'une séparation complète de l'utérus d'avec le vagin n'a pas eu lieu. L'observation de M. Thévard n'en est pas moins intéressante et offre de précieux enseignements.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES ACCIDENTS PRODUITS PAR LE CHLOROFORME

M. FRANÇOIS-FRANCK lit un travail où il fait connaître les résultats de ses études expérimentales sur la chloroformisation des animaux à l'état sain et à l'état pathologique. Il communique aujourd'hui la première partie de ce travail relative aux accidents du début de la chloroformisation. Il résume cette première partie dans les propositions suivantes :

1° Les accidents nerveux cardio-pulmonaires, dus à l'irritation des premières voies respiratoires par les vapeurs du chloroforme, peuvent être graves par eux-mêmes, indépendamment de toute lésion préalable du cœur ou du poumon, surtout si les troubles respiratoires affectent la forme inhibitrice (inertie des centres nerveux par une sidération intense).

2° L'analyse détaillée des accidents montre que la suffocation peut résulter de la contraction, du spasme du larynx, de celui des petites bronches et des vaisseaux pulmonaires eux-mêmes ; elle établit aussi que le cœur, complètement arrêté ou non, est frappé d'une atonie qui le rend accessible à un excès de dilatation, parfois irréparable.

3° Les accidents cardiaques ne semblent pas aggravés par les lésions mitrales simples, sans myocardite, sans congestion pulmonaire, pas plus que par l'insuffisance aortique légère, si le myocarde est normal.

4° Ils prennent une importance beaucoup plus grande dans l'insuffisance tricuspidienne large, en raison des troubles circulatoires pulmonaires qui les accompagnent.

5° Ces accidents cardiaques sont plus redoutables encore dans les cas d'altérations nutritives du myocarde.

6° Ils se présentent avec leur maximum de gravité dans l'insuffisance aortique très large, surtout si celle-ci coexiste avec une myocardite qui diminue la résistance du myocarde ; ici, le cœur peut être brusquement frappé d'une inhibition irréparable.

7° Les accidents respiratoires spasmodiques, que produit l'irritation de la muqueuse naso-laryngée, peuvent déterminer la mort chez les animaux dont le champ respiratoire est déjà notablement restreint par des lésions pleuro-pulmonaires étendues.

8° Parmi les moyens préventifs proposés contre les accidents nerveux réflexes de l'irritation initiale, en outre des précautions obligatoires, l'insensibilisation de la muqueuse naso-laryngée par la cocaïne paraît appelée à rendre des services sans être exposée à aucun accident.

Je n'oserais en dire autant des anesthésies mixtes, surtout de la combinaison de la morphine et du chloroforme, que j'ai vue souvent amener la mort à bas bruit, sans extinction préalable des mouvements respiratoires.

La séance est levée.

THÉRAPEUTIQUE

Des mélanges médicamenteux explosifs.

D'après *Nice médical*, il existerait quelques substances médicamenteuses qui, associées ensemble, seraient susceptibles de produire des mélanges explosifs.

Le *chlorate de potasse* produit ces mélanges lorsqu'il est associé au *catéchu*, à la *noix de galle*, au *tanin*, il détone pendant qu'on opère le broiement. Son simple mélange avec du *phosphate de sodium* en poudre suffit pour amener une détonation. Ces phénomènes peuvent même se produire dans la cavité buccale si l'on associe, comme poudre dentifrice, le chlorate de potasse et une poudre de charbon.

Une partie d'*acide chromique*, mélangée à deux parties de *glycérine*, éclate immédiatement.

L'*iode* mélangée à l'*ammoniaque* donne naissance à de l'iodure d'azote qui est autrement explosif.

L'*acide picrique*, réduit en poudre, détone, mélangé à n'importe quelle substance.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

224. M. Saintu. Étude critique sur l'application du curettage de l'utérus au traitement des salpingites. — 225. M. Salmeron. De l'hystérie alcoolique. — 226. M. Baudouin. Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes pour rétro-déviations de l'utérus. — 227. M. Vaudey. Plaies et ligatures de la veine jugulaire interne. — 228. M. Soutakis. Recherches expérimentales et cliniques sur le monochloral et bichloral antipyrie. — 229. M. Poirrier. Contribution à l'étude du purpura alcoolique. — 230. M. Cazès. De la tension artérielle dans quelques états pathologiques. — 231. M. Wallerand. Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de la langue noire pileuse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés ministériels ont été nommés chevaliers du Mérite agricole : MM. les docteurs Dodin (de Challans) et Pallas (de Sabres).

— Par décision ministérielle, en date du 20 juin 1890, M. Aragon, médecin aide-major de première classe, a été désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

— M. le docteur E.-J. Moure, professeur libre de laryngologie, otologie et rhinologie, est chargé d'une mission en Allemagne, à l'effet d'y étudier les questions relatives aux maladies du larynx, des oreilles et du nez.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Jules Naudin (de Toulouse).

— M. le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 29 juin 1890, à dix heures du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des organes génitaux de la femme, par le professeur Carl Schrœder (de Berlin). Ouvrage traduit de l'allemand par le docteur Émile Lauwers (de Courtrai). 2e édition française, gr. in-8°. — Prix : 18 francs. — Bruxelles, A. Manceaux, 12, rue des Trois-Têtes.

Étude descriptive des médicaments naturels d'origine végétale, par le professeur Herlant, 2e fascicule avec planches coloriées. — Prix : 4 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Les denrées alimentaires, leurs altérations et leurs falsifications. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

16

SIROP DU DOCTEUR DUFAU

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie.

Diathèse urique. — Gravelle. — Cystite. — Catarrhe vésical. — Dysurie.

DIURÉTIQUE PUISSANT ET INOFFENSIF.

Hydropisies, affections du cœur, albuminurie.

et tous les cas dans lesquels la digitale et les autres diurétiques sont mal supportés.

Dose : Deux à quatre cuillerées de sirop par jour, à prendre à jeun de préférence, dans un verre d'eau froide ou chaude.

Boisson très agréable. Prix : **3** fr. le flacon.

PHOSPHURE DE ZINC (GRANULES TROIS CACHETS)

4 milligr. (1/2 milligr. de Phosphore actif).

Ces Granules sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé ($PhZn^3$). On peut donc être assuré de la pureté du produit et des effets qu'on est en droit d'en attendre.

Anémie, Rachitisme, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgie et autres Névroses, Métrorrhagies, Dysménorrhées, Spermatorrhées, Tremblement alcoolique ou mercuriel, Incontinence d'urine, etc.

Dose : Un, puis deux granules à chacun des principaux repas. Prix : **3** fr. le flacon.

99

SALICOL DUSAULE SALICYLATE DE MÉTHYLE (WINTER-GREEN)

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant, possède une odeur agréable, n'est ni caustique, ni vénéneux. S'emploie pur en *pulvérisations* ou additionné d'eau en *compresses, clavages*, etc. Le flacon, 2 fr. **Pulvérisateur Dusaule**, 6 fr. Dépôt : 105, rue de Rennes, Paris, et les Phies.

91

GRANULES ANTIMONIO-FERREUX

DU Dr PAPILLAUD

Médication ferro-arsénicale (arséniate d'antimoine 0,001mm par granule *et fer)*

Prescrits avec succès par le corps médical depuis plus de vingt années

pour combattre l'**Anémie**, la **Chloro-Anémie**, la **Chlorose**, les **Névralgies** et **Névroses**, les **Affections scrofuleuses** et **cutanées**, les **Troubles** de la **circulation** par **insuffisance**.

Dépôt général : Phie GIGON, 7, rue Coq-Héron, Paris, et toutes pharmacies.

Envoi de flacons d'essai à MM. les Docteurs.

241

LIQUEUR MARIANI A LA TERPINE ET A LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine pr cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

Dose : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

38

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète**, l'**Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

Mariani, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO PEPSIQUES

(Amers et ferments digestifs.)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

22

ANALYSE DE JUIN DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de juin, a été faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1031.800
	gr.	
Beurre par litre	55.900	
Albumine	5.900	
Caséine	37.200	
Sucre de lait	52.900	
Sels	7.400	
Total des matières fixes	159.300	159.300
Eau		872.500

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.436
Acide sulfurique	0.128
Potasse	1.612
Soude	0.733
Chaux	1.717
Magnésie	0.233
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.541
Total	7.400

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. Nicolas, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

66

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

66

PILULES DE SALICYLATE D'HYDRARGYRRE

De L. FRERE

PILULES IMPRIMÉES

Chaque pilule porte l'inscription SALICY. HG. UN CENTI. Des expériences récentes, faites par des spécialistes éminents, ont montré que le salicylate de mercure est supérieur à toute autre combinaison mercurielle, par la facilité avec laquelle il est toléré par l'organisme. Ce sel ne produit ni désordres digestifs, ni salivation à la dose de 4 à 6 pilules par jour. Son activité spécifique est au moins égale à celle de toute autre préparation hydrargyrique.

*Prix : **2** fr. le flacon de 50 pilules.*

Maison L. FRERE, 19, rue Jacob, Paris.

23

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté*. Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

40

Guérison de l'**asthme** PAR LE **PAPIER FRUNEAU**

le seul récompensé à l'Exposition universelle 1889.

40 ans de succès. Toutes phies. E. Fruneau, Nantes.

73

BROMURE DE CAMPHRE DU Dr CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique* et un « *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.* »

Chaque Capsule du **Dr Clin** renfme 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du **Dr Clin** renfme 0,10 } Camphre pur

Gros : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — Détail : *Dans les bonnes Pharmacies.*

24

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules** du **Dr Moussette**, à l'Aconitine et au Quinium calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles, ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales*, *douloureuses* et *inflammatoires*.

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

Dose : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

59

LE QUINIUM ROY GRANULÉ

formé de l'extrait aqueux et du quinium (extrait alcoolique à la chaux), représente poids pour poids la **POUDRE DE QUINQUINA CALISAYA.** Il est soluble dans l'eau et le vin.

A. Roy, pharmacien de 1re classe, Paris-Auteuil, et pharmacies.

Exiger la signature. *A. Roy*

25

VIANDE ET QUINA

VIN AROUD AU QUINQUINA

ET A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Aliment-médicament d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant, pour 30 grammes : 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.

Doses : 2 cuillerées à bouche avant chaque repas.

Prix : 5 francs.

Se vend chez Ferré, pharmacien à Paris, 102, rue de Richelieu, successeur de Aroud, et dans toutes les pharmacies de France et de l'Etranger.

83

EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE DE RUBINAT

Source du docteur LLORACH.

L'analyse de l'Académie de médecine de Paris démontre que cette eau contient 103gr814 de substances fixes, dont :

SULFATE DE SOUDE	SULFATE DE MAGNÉSIE
96gr265	3gr268

Cette eau purge rapidement et sans irritation. Elle n'exige aucun régime.

Dose normale : un verre.

Prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs ordonnances **Rubinat**, *Source* **Llorach.**

49

VACCIN DE GÉNISSE

pour 4 pers., **75** cent.; pour 20 pers., **1 fr. 50.**

Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

25

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. viande crue, Alcool, Ec. d'oranges am.

Phthisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Méningites microbiennes.

Par le docteur E. Adenot,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté.

Les microbes s'attaquent, on le sait, à tous les tissus, mais certains de ces derniers leur offrent un terrain tout particulièrement prédisposé, et peuvent exercer une véritable attraction sur leur développement; telle est, par exemple, l'action des méninges des jeunes enfants sur le bacille des tuberculeux. D'autres microbes peuvent se développer facilement dans les méninges, à la suite d'un traumatisme qui leur ouvrira une porte d'entrée, ou par d'autres voies quelquefois difficiles à mettre en évidence. Quelle que soit cette porte d'entrée qu'il aura suivie, le microbe en question pourra provoquer une inflammation méningée, accompagnée ou non de la formation de pus.

En fait, nous croyons que toute méningite est causée par un micro-organisme pathogène, et nous distrairons formellement des méningites *vraies*, microbiennes, les irritations plus ou moins chroniques des centres nerveux aboutissant à une hyperplasie conjonctive, à une sclérose interstitielle diffuse, comme celle qui accompagne la paralysie générale.

Cette conception de la genèse des méningites, basée sur les recherches modernes de la bactériologie, est nécessairement récente, et les méningites secondaires aux maladies infectieuses ont bénéficié, quant à leur pathogénie, des recherches concernant l'infection générale dont elles émanaient.

Toutes les causes invoquées jadis pour expliquer les méningites ont été, par suite, reléguées au second plan et ne sont plus considérées que comme des causes accessoires : telle est la congestion des méninges par paralysie réflexe des nerfs vaso-moteurs, à laquelle on faisait jouer un rôle prépondérant dans la méningite consécutive à la pneumonie; telle est encore l'imperméabilité d'une portion plus ou moins considérable du tissu pulmonaire produisant une stase mécanique du système veineux qui retentirait sur la circulation encéphalique.

La théorie de la *métastase* a joué, de son côté, un rôle considérable; elle était invoquée surtout dans l'explication de la méningite d'origine rhumatismale.

On connaissait aussi parfaitement les méningites développées dans le cours d'une endocardite et consécutives à une embolie, mais son rôle vecteur de micro-organismes pathogènes échappait complètement à cette époque. Aujourd'hui, l'idée que l'on doit se faire des méningites, quant à leur cause première, est toute différente; aussi on ne discute plus sur leur nature, mais seulement sur le genre du microbe qui peut être incriminé. Ces microbes sont divers, et il est probable que des recherches ultérieures en augmenteront encore le nombre; et dès lors, les causes accessoires que nous avons signalées, la congestion réflexe des méninges, la stase sanguine, n'interviennent que pour favoriser le développement de ces microbes, soit par le ralentissement dn courant sanguin, soit par le ralentissement des échanges nutritifs.

Les premières tentatives de microbiologie, appliquées aux méningites, remontent à 1875. Elles ont été effectuées par Klebs (1), dans un cas de méningite consécutive à une pneumonie. Malheureusement les moyens techniques, dont cet auteur disposait, ne permettent pas de tirer une conséquence nette de ses recherches.

Eberth (2), peu de temps après, trouva, dans un cas de méningite avec pneumonie, des *coccus*, tantôt isolés, tantôt réunis en *diplocoques*. Il trouva les mêmes micro-organismes dans les poumons, et put ainsi indiquer nettement la relation si discutée entre la méningite et la pneumonie.

Leyden (3), en 1883, dans une méningite cérébro-spinale, découvrit de nombreux *coccus*, et Leichtenstern (4) fit, de son côté, une observation analogue.

Senger (5), en 1886, dans des études sérieuses sur l'étiologie de la pneumonie, examina cinq cas de méningite purulente secondaire à cette affection, et trouva, dans l'exsudat des méninges et des ventricules, de nombreux *coccus* munis d'enveloppes. Il fit des cultures et pratiqua des inoculations à des animaux et principalement à la souris qui se montra très sensible.

La même année, Frænkel (6), dans un cas de méningite

(1) Klebs. *Arch. f. exper. Pathol.*, 4 Bd.
(2) Eberth. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 29 Bd.
(3) Leyden. Cerebrospinal meningitidis, *Centralbl. f. Klin. Med.*, 1883.
(4) Leichtenstern. *Deuts. Med. Wochens.*, 1885.
(5) Senger. *Arch. f. exper. Pathol.*, 20 Bd.
(6) Frænkel. *Deuts. Med. Wochens.*, 1886.

cérébro-spinale consécutive à une pneumonie, constata la présence d'un coccus identique au *diplococcus pneumoniæ* de Weichselbaum.

Bientôt après, Foa et Bordoni Ufreduzzi (1), dans des faits cliniques de même ordre, trouvèrent le même microbe que Frænkel, c'est-à-dire le *diploccoccus pneumoniæ* de Weichselbaum.

Deux ans auparavant (1884), ce dernier auteur avait trouvé des coccus capsulés dans des méningites pneumoniques, et en 1887, il signala un fait nouveau, c'est la présence du même microbe dans des exsudats méningitiques chez des malades dont les poumons étaient sains.

Weichselbaum, dans d'autres cas de méningite, décrivit en outre un microbe particulier, le *diplococcus intracellularis meningitidis*, dont nous reparlerons plus loin.

M. Netter, en 1886, remit aux *Archives générales de médecine* un mémoire sur la *méningite due au pneumocoque avec ou sans pneumonie;* ce mémoire ne fut publié que l'année suivante, et fut suivi, de la part de l'auteur, de nombreuses recherches et publications sur le même sujet; nous les signalerons au cours de cette Revue.

Goldsmith (2), Ortmann (3), Haüser (4), Bonome (5), Renvers (6), Monti (7), Bozollo (8), etc., ont publié des observations du même genre.

Dans une autre catégorie de méningites, sur laquelle nous reviendrons plus en détails, nous citerons les publications de Neumann et Schæffer (9), de MM. G. Roux [de Lyon (10)], de M. Netter et deux communications de nous (11), et enfin une récente communication de MM. Vaillard et Vincent à la Société médicale des hôpitaux.

Nous compléterons ce court aperçu historique chemin faisant.

Nous diviserons les méningites d'après le genre du microbe qui leur donne naissance, tout en reconnaissant que ce plan peut être sujet à plus d'une critique; il a au moins l'avantage de nous permettre d'être plus complet et de nous répéter moins. Il semble, au premier abord, que la division des méningites en *primitives* et *secondaires*, dût être plus rationnelle, car elle est plus conforme avec la clinique; malheureusement la clinique est loin de s'accorder toujours avec la bactériologie, aussi nous nous bornerons, dans cette Revue, à rechercher, dans un chapitre spécial, quels sont, dans l'état actuel de nos connaissances sur la question, les rapports qui les unissent l'une et l'autre; nous verrons que ces rapports sont encore de peu d'importance.

Nous passerons en revue deux grandes classes de méningites qui peuvent les résumer toutes : les *méningites cocciennes* et les *méningites bacillaires*.

(1) Foa et Bordoni Ufreduzzi. *Idem.*

(2) Goldsmith. Ein Beitrag zur Ætiologie der Meningitidis cerebrosp., *Centralbl.*, 1887.

(3) Ortmann. *Arch. f. exper. Path. und Pharmak.*, 1887.

(4) Hauser. *Munsch. Med. Wochens.*, 1888.

(5) Bonome. *Centralbl. f. Bacter.*, 1888.

(6) Renvers. Fall von cerebrospinalis Meningitidis, *Deuts. Med. Zeitung*, 1889.

(7) Monti. Contributo allo studio della meningite cerebrospinale, *Riforma medica*, 1889.

(8) Bozollo. *Riforma medica*, 1889.

(9) Neumann et Schæffer. Zur Ætiologie der eitrigen Meningitis, *Arch. de Virchow*, 1887.

(10) G. Roux. *Lyon médical* et *Bulletin médical*, 1888.

(11) Adenot. Méningite anomale due probablement au bacille typhique, *Lyon médical*, 1889; — Recherches bactériologiques sur un cas de méningite microbienne, *Archives de médecine expérimentale*, 1889.

Un chapitre spécial sera consacré aux *méningites mixtes*, à celles qui sont causées par plusieurs microbes. Nous dirons ce qu'il faut entendre actuellement par les mots de méningites *primitive* et *secondaire*, et de méningite *cérébro-spinale;* enfin, nous indiquerons les résultats connus jusqu'à présent, relativement aux voies suivies par les microbes pour arriver jusqu'aux méninges.

I

Méningites cocciennes. — Les méningites *cocciennes* peuvent se diviser en trois catégories :

1° Les méningites pneumococciennes;

2° Les méningites dues au bacille de Weichselbaum;

3° Les méningites dues aux microbes de la suppuration.

1° Les méningites *pneumococciennes* montrent la liaison intime qui unit l'inflammation des méninges et celle du poumon. Les premières tentatives exactes sur l'origine microbienne de la pneumonie, et qui sont dues à Eberth, se rapportaient justement à un cas de pneumonie accompagnée de méningite.

Sans vouloir discuter si l'inflammation du parenchyme pulmonaire est ou non le plus souvent sous la dépendance du *micrococcus pneumoniæ* de Friedlander, ou bien sous celle du *pneumococcus* de Frænkel et M. Talamon, il semble que ces deux micro-organismes puissent se rencontrer dans les exsudats méningés.

MM. Babès (1) et Netter ont constaté la présence du premier dans des méningites, et Foa, Rattow, Zaufal ont reproduit avec lui des méningites expérimentales.

Le second de ces micro-organismes, le *pneumococcus* de Frænkel et Talamon, se rencontre beaucoup plus souvent encore dans les méningites, et s'il est vrai que ce microorganisme soit le véritable agent de la pneumonie infectieuse, il paraît être principalement, d'après les recherches de M. Netter, une cause fréquente de l'inflammation des méninges.

M. Netter, le premier, a montré nettement que les méningites pneumococciennes peuvent survenir, soit secondairement à une pneumonie aiguë, soit encore primitivement, sans localisation préalable du microbe dans un autre organe.

En conséquence, il divise les méningites pneumococciennes en deux classes, et les considère : 1° suivant qu'elles *accompagnent la pneumonie*; 2° suivant qu'elles existent sans pneumonie, *à l'état sporadique*; et 3° quand elles sévissent *avec une allure épidémique.*

Quand la méningite accompagne ou suit la pneumonie, on a toujours trouvé le *diplococcus pneumoniæ* de Frænkel dans les méninges et dans la sérosité du poumon. Senger, Frænkel, Foa et Bordoni Ufreduzzi et M. Netter ont fait des constatations analogues; Foa et Bordoni Ufreduzzi ont cependant, dans certains cas, constaté la présence dans les méninges d'un micro-organisme qui différait légèrement par les caractères de ses cultures du pneumocoque de Frænkel et M. Talamon, aussi lui ont-ils donné le nom de *méningocoque*, à cause de la fréquence avec laquelle il se trouve dans les exsudats des méninges enflammées.

Haüser, chez un enfant, a trouvé le pneumocoque de

(1) Cornil et Babès. *Les Bactéries*, 2e édit., p. 407.

Frænkel; la méningite était aussi consécutive à une pneumonie.

Nous citerons enfin les tentatives expérimentales que Frænkel, Foa, M. Netter, etc., ont faites pour reproduire chez les animaux des méningites pneumococciennes.

La méningite *pneumococcienne sans pneumonie*, a été étudiée très complètement par M. Netter. Les recherches de cet auteur avaient été précédées par celles de Leyden (1), dont les descriptions microbiologiques sont d'ailleurs incomplètes.

Senger, Pio Foa et Bordoni Ufreduzzi (2) ont observé des méningites pneumococciennes sans pneumonie, le premier à la suite d'otites suppurées.

Les premières observations que M. Netter a publiées sur la question se rapportent à des cas d'endocardites compliquées de méningite. Il trouva le pneumocoque dans l'exsudat de l'endocarde et dans celui des méninges.

M. Netter a aussi rencontré le pneumocoque dans des méningites secondaires; dans un cas, la méningite était venue compliquer une fièvre typhoïde. L'auteur croit même que le pneumocoque est la cause de la méningite, bien plus souvent qu'on ne le pense, et il admet que probablement le pneumocoque de Frænkel et M. Talamon aurait été trouvé souvent dans les exsudats méningés si l'examen bactérioscopique avait été pratiqué.

Weichselbaum a, de son côté, publié des cas de méningites cérébro-spinales causées par le *diplococcus pneumoniæ*, on trouvera le résumé de ces observations dans notre thèse inaugurale (3). Celles de Renvers, de Monti, de Bozzolo, plaident dans le même sens.

Tizzoni et Mircoli (4) ont même publié une observation qui prouverait que le pneumocoque, après s'être fixé primitivement sur les méninges, peut n'envahir le poumon que secondairement.

La méningite due au pneumocoque sans pneumonie est donc absolument démontrée et M. Netter l'a prouvé surabondamment à la Société clinique, lorsqu'il a dit: « Aujourd'hui nous sommes en possession de 25 cas, sur lesquels 16 fois il s'agissait de pneumocoques. Retranchons 6 cas dans lesquels la méningite accompagnait la pneumonie, le pneumocoque reste encore en cause dans plus de la moitié des cas (10 fois sur 19). » Il résulte de cela que le pneumocoque peut causer l'inflammation des méninges, soit primitivement et, comme nous le verrons plus loin, par envahissement direct d'un microbe logé dans les cavités supérieures de la face, ou par tout autre moyen, soit secondairement à une fièvre continue, comme la dothiénentérie, ou à un état puerpéral, etc., ou secondairement encore à une lésion d'un organe voisin (endocardite, pleurésie, otite, amygdalite, etc.).

M. Netter exprimait donc une idée très juste, lorsqu'il faisait remarquer que le pneumocoque de Frænkel est un microbe pour ainsi dire banal, répandu partout et en grande quantité, et capable de déterminer des lésions variées par ses localisations multiples sur le poumon, les méninges, l'endocarde, etc. Cette multiplicité de localisation nous faisait donc penser que le terme de *pneumocoque* n'était plus parfaitement juste, puisque ce micro-organisme peut se fixer dans bien d'autres organes que le poumon. La dénomination de *diplococcus de Frænkel et de Talamon* a l'avantage de ne préjuger en rien de sa localisation.

2° La seconde classe de méningites cocciennes comprend les méningites par le microbe de Weichselbaum ou *micrococcus intracellularis meningitidis*. Weichselbaum a exposé ses recherches dans son article sur l'étiologie de la méningite cérébro-spinale aiguë. Le microbe en question se trouvait presque exclusivement à l'intérieur des cellules; il était, en outre, pathogène pour plusieurs espèces animales et spécialement pour la souris.

Goldsmith a publié un fait analogue à ceux de Weichselbaum; et M. Netter à deux reprises différentes a trouvé, dans des exsudats méningés, un microcoque généralement groupé en diplocoques, et le plus souvent inclus dans des cellules.

Malgré l'analogie qui existe entre les divers microbes de cette seconde classe de méningite coccienne, il est peut-être prématuré d'en faire une espèce absolument distincte. Goldsmith et M. Netter ont, d'ailleurs, insisté sur quelques détails morphologiques qui feraient supposer qu'ils ne se sont pas trouvés en face du même micro-organisme que Weichselbaum, et même d'un microbe bien défini.

3° La présence des *microbes de la suppuration* dans les méninges doit nous arrêter plus longuement, parce que ces microbes répondent à une entité microbienne bien déterminée et que leurs lésions sont caractéristiques. Et, cependant, malgré la diffusion extrême du *streptocoque* et du *staphylocoque* pyogènes, il est remarquable de constater que ces microbes n'ont été rencontrés que rarement dans les méninges. Ces microbes ne sont pas, du reste, les seuls à provoquer la formation de pus dans ces membranes.

Dans les observations où le streptocoque et le staphylocoque ont été signalés, ils étaient *ordinairement réunis à d'autres espèces microbiennes*, et il se peut même que leur pénétration n'ait été que secondaire à celle-ci. Nous verrons, à propos des méningites mixtes, que les microbes surajoutés étaient ceux de la suppuration. La présence des streptocoques dans une méningite suppurée a été signalée la première fois par Krause (1), à la suite d'une arthrite suppurée.

Deux ans après, Frænkel (2) les signala à son tour dans une méningite consécutive à une infection puerpérale. L'utérus aurait été la porte d'introduction. M. Netter a relaté aussi un fait de méningite suppurée à streptocoques consécutive à une pneumonie, aussi tout en repoussant la pyohémie comme cause ordinaire de la méningite pneumonique, il admet que ce mode pathogénique, soit possible quelquefois. Enfin, Neumann et Schaeffer, en 1887, ont signalé un fait de même ordre.

Dans ces cas de méningites de Krause, Frænkel, M. Netter, de Neumann et Schaeffer, l'infection paraît, d'ailleurs, avoir été primitivement générale; le sang a été le vecteur du microbe jusqu'aux méninges. M. Netter a publié depuis une observation de méningite suppurée par propagation directe du pus, à travers le conduit auditif interne dans une otite moyenne. Ce mode direct d'infection des méninges n'a rien qui doive nous étonner, et nous aurons à le rappeler lorsque

(1) Leyden. *Comptes rendus de la Société de médecine interne de Berlin*, 1883.

(2) Foa et Bordoni Ufreduzzi. *Giorn. della R. Acad. di Med. di Torino*, 1886.

(3) Adenot. *Des méningites microbiennes*, Thèse de Lyon, décembre 1889.

(4) Tizzoni et Mircoli. *Arch. ital. de clinica med.*, 1888, t. XXVII.

(1) Krause. Ueber die acute eitrige synovitis bei Kleinen Kindern, *Berlin. Klin. Wochens.*, 1884.

(2) Frænkel. *Journ. f. Klin. Med.*, 1886.

nous parlerons des voies empruntées le plus ordinairement par les microbes pour arriver aux méninges. Nous ne ferons que rappeler, pour y revenir plus loin, la récente communication de MM. Vaillard et Vincent qui, dans l'exsudat méningé d'un malade mort avec des symptômes typhoïdes sans lésion intestinale, trouvèrent le streptocoque pyogène associé à un bacille très analogue au bacille d'Eberth.

Le staphylocoque pyogène se trouve encore beaucoup plus rarement dans les méninges. La première observation que l'on ait recueillie est due à M. Galippe (1), et encore peut-on élever quelques doutes sur le résultat de ses conclusions. M. Galippe, en effet, a simplement trouvé le staphylocoque dans le pus d'une fistule ancienne causée par l'évolution d'une dent de sagesse, laquelle avait déterminé un abcès de la région maxillaire. Le malade mourut quelque temps après de méningite aiguë, malheureusement l'autopsie ne put être faite.

La rareté du staphylocoque dans les méninges peut être opposée, à bon droit, à la fréquence relative avec laquelle on rencontre le même microbe dans l'endocardite.

II

Méningites bacillaires. — En tête de cette classe de méningites, nous placerons celle qui est due au *bacille de Koch*. De celle-ci nous n'avons rien de particulier à dire. Sa description est trop classique pour que nous puissions faire autre chose que la signaler.

Nous avons, dans notre thèse inaugurale, rangé dans une même catégorie toutes les autres méningites microbiennes, observées, jusqu'à présent, sous le nom générique de *méningite par bacille éberthiforme*. Nous conserverons la même désignation parce qu'elle facilite la description dans un travail d'ensemble, et qu'elle répond en somme à l'expression de la vérité, tout en permettant de réserver l'espèce exacte du microbe considéré.

Neumann et Schæffer (2), les premiers, ont signalé une méningite par bacille autre que le bacille de Koch. Après un examen minutieux et des cultures suivies d'inoculations, ces auteurs concluent comme il suit : « Ce microbe présente des analogies avec le bacille typhique. Cette analogie est telle qu'il pourrait y avoir confusion et il est intéressant d'étudier les signes différentiels de ces deux bacilles. »

Ils ont noté quelques différences dans le mode de développement, et, en particulier, dans les cultures sur pomme de terre. Leur bacille forme, en effet, dans ce cas, au bout de peu de jours, un dépôt grisâtre limité au point d'ensemencement, tandis que, avec le bacille typhique, la pomme de terre se couvre d'une couche invisible à l'œil nu et étendue sur une grande partie de la section.

« La plus grande différence est celle qui ressort de la comparaison dans l'action pathogène vis-à-vis de l'homme. Jamais le bacille typhique ne produit de pus; jamais, dans les inoculations expérimentales, il ne produit de réaction inflammatoire locale, tandis que nous en avons toujours trouvé avec notre bacille. »

Comme on le voit, au premier rang de ces différences, Neumann et Schæffer font ressortir la propriété pyogène de leur bacille et concluent qu'ils ne se trouvent pas en présence du bacille d'Eberth.

Tout en admettant leurs conclusions, nous rappellerons que le bacille d'Eberth peut, comme on le sait actuellement, déterminer la formation de pus dans certaines conditions encore mal déterminées.

M. G. Roux (de Lyon) a publié, en 1888, deux observations analogues. L'une se rapportait à un cas de péri-méningite suppurée dans l'exsudat de laquelle il constata la présence des microbes de la suppuration (*staphylococcus pyogenes aureus* et *albus*), associés à des bacilles très semblables au bacille d'Eberth, et n'en différant que par leur manière de se comporter vis-à-vis de la gélatine qu'ils liquéfiaient, tardivement, il est vrai, mais à coup sûr.

La seconde observation de M. le docteur G. Roux concernait une méningite cérébro-spinale causée par un bacille comparable à celui d'Eberth, mais s'en éloignant aussi par plusieurs caractères. On trouvera dans notre thèse les deux observations en question, ainsi que des planches qui s'y rapportent et que M. Roux nous a communiquées.

Nous signalerons encore la communication que M. Netter fit à la Société clinique en 1889, et dans laquelle il mentionne une méningite déterminée par un bacille court, très mobile, présentant tous les caractères du bacille typhique, à l'exception de son mode de développement sur la pomme de terre, et l'observation publiée par nous sur une méningite par bacille typhique. Cependant, l'identité n'était pas absolue, aussi avons-nous fait quelques restrictions, bien que la possibilité de nous trouver en présence d'une méningite éberthienne primitive, sans fièvre typhoïde concomitante, nous ait paru parfaitement acceptable.

Notre bacille morphologiquement présentait bien les caractères du bacille d'Eberth, mais il s'en distinguait principalement par son mode de développement sur la pomme de terre; les cultures se présentaient en couche assez épaisse, légèrement brunâtre. La gélatine ne fut, d'ailleurs, jamais liquéfiée.

Le 14 mars dernier, MM. Vaillard et Vincent ont fait part, à la Société médicale des hôpitaux, d'un cas très analogue au nôtre. Il s'agissait d'un soldat qui, à la suite d'une grippe légère, avait présenté des phénomènes typhiques assez accentués et à l'autopsie duquel on trouva une légère congestion des méninges et des poumons, une augmentation très sensible du volume de la rate et pas la moindre lésion intestinale.

Les cultures faites avec la pulpe splénique, l'exsudat méningé, pulmonaire, etc., donnèrent un bacille semblable au bacille typhique. Dans la rate et l'exsudat méningé, les auteurs trouvèrent, en outre, un streptocoque. Ils se demandent si leur malade avait bien la fièvre typhoïde et ils admettent une infection typhique mixte, de forme anomale.

Nous croyons parfaitement que l'infection typhique peut se produire sans lésion intestinale primitive et que le bacille d'Eberth peut pénétrer dans l'organisme par une voie autre que la voie intestinale, pour aller se localiser dans les méninges, d'une façon primitive et en dehors de toute lésion des plaques de Peyer.

C'est ainsi que nous avons cru pouvoir, dans notre mémoire, admettre une *méningite éberthienne* primitive, sans fièvre typhoïde. (On pourrait expliquer de la même manière l'observation de MM. Vaillard et Vincent.) Notre malade n'avait pas plus de fièvre typhoïde que ceux de M. Netter,

(1) Galippe. *Journal des connaissances médicales*, 1889.
(2) Neumann et Schæffer. Loc. cit.

atteints de méningite pneumococcienne primitive, n'avaient de pneumonie.

On peut donc admettre, comme nous l'avons déjà supposé (1), que le « bacille d'Éberth est capable de déterminer une série de lésions et de troubles fonctionnels, suivant sa localisation à un moment donné, et de même que Weichselbaum a étudié les localisations rares du virus pneumonique, de même il peut exister des localisations rares du virus typhique ».

En admettant même que la pénétration du bacille se fût faite au niveau de la paroi intestinale, on est d'ailleurs parfaitement autorisé à ne pas regarder des lésions intestinales comme absolument nécessaires, et l'on sait que des microbes peuvent pénétrer à travers les tuniques de l'intestin, sans laisser de traces sur leur passage (le bacille tuberculeux par exemple). La difficulté principale consiste à savoir exactement à quelle espèce de microbe on a eu affaire dans les diverses observations de méningite par bacille éberthiforme. Les dernières recherches de MM. Rodet et G. Roux (de Lyon) pourraient simplifier la question, et l'évolution différente du *bacillus coli communis*, suivant les conditions dans lesquelles il se trouve et suivant ses localisations, pourrait concilier toutes les opinions. La forme clinique de certaines fièvres typhoïdes, à phénomènes nerveux prédominants, s'explique du reste fort bien et se trouve corroborée par le fait récent publié par M. Girode qui, chez un typhique, trouva dans le liquide céphalo-rachidien un bacille identique à celui d'Éberth.

MM. Chantemesse et Vidal, dans la dothiénentérie, avaient aussi rencontré le bacille typhique dans les méninges quatre fois sur huit recherches. M. Roussel (2), dans sa thèse inspirée par M. le professeur Pierret, est donc autorisé à admettre un *cérébro-typhus* ne différant de la fièvre typhoïde ordinaire que par l'absence de symptômes abdominaux.

En résumé, des observations qui tendent à se multiplier montrent que le bacille typhique ou des bacilles analogues, éberthiformes, qui ne sont peut-être tous que des modalités du *bacillus coli communis*, peuvent se localiser dans les méninges et y déterminer des désordres variables ; et enfin que cette localisation peut se faire d'emblée, créant un type clinique de méningite *éberthienne* primitive, sans fièvre typhoïde.

III

Méningites mixtes. — La coexistence de deux ou plusieurs espèces de microbes dans les méninges est parfois difficile à expliquer. Ordinairement, il semble que le microbe qui a pénétré en second lieu soit le plus ordinairement un microbe de la suppuration. Il est probable qu'il trouve une porte d'entrée soit dans une lésion locale déterminée par le premier microbe (ulcérations intestinales), soit par le moyen d'une infection générale latente. Dans tous les cas, il est plus fréquent de trouver, dans les méninges, les microbes de la suppuration associés à d'autres espèces microbiennes que de les trouver seuls. Nous avons vu, en effet, que le *staphylocoque* pyogène ne s'est trouvé qu'une fois seul dans les méninges (Galippe) et encore cette observation est-elle douteuse. Par contre, Monti (3) a vu le même micro-organisme associé au *diplococcus lanceolatus* de Frænkel et de M. Talamon, dans une méningite. Il a cherché à se rendre compte alors des conditions qui pouvaient favoriser cette infection mixte, en injectant le diplococcus sous la dure-mère d'animaux à expérience, en même temps que le staphylocoque dans le sang. Après plusieurs tentatives, il ne lui est arrivé qu'une fois d'obtenir une infection mixte et, dans ce cas, l'injection intra-veineuse de staphylocoque était très abondante et n'avait été pratiquée qu'après le début de la méningite. Dans l'exsudat méningé, il trouva en grande quantité le diplococcus et, en quantité moindre, le staphylococcus. Il conclut que les méningites mixtes doivent être attribuées à une infection secondaire qui se produit à une époque où le processus méningitique a déjà commencé.

Cette opinion semble corroborée par le fait publié par Renvers (1889), qui a signalé un cas de méningite cérébro-spinale *suivie* d'avortement. A l'examen bactériologique, il constata la présence de quelques streptocoques et staphylocoques et, en outre, le pneumocoque de Frænkel. La méningite avait débuté nettement avant tout phénomène du côté de l'utérus. Les microbes de la suppuration auraient pénétré par les voies utérines après l'avortement.

De même, dans les méningites secondaires à la pneumonie, les microbes de la suppuration qui étaient cantonnés dans les poumons, depuis un temps variable, ont été décelés par quelques auteurs dans les exsudats méningitiques. Quant à la présence de pneumocoques et de staphylocoques dans la méningite suppurée consécutive à une balle de revolver tirée dans la bouche, fait signalé dernièrement par M. Netter à la Société de biologie, elle ne doit pas surprendre, puisque le pneumocoque se trouvait dans le sinus sphénoïdal du malade, comme l'ont démontré des injections expérimentales sur la souris, et que le staphylocoque existe ordinairement à l'état normal dans la salive.

Les microbes pyogènes ordinaires ont été constatés aussi à côté des bacilles éberthiformes dans les méningites. M. le docteur G. Roux a noté, en effet, à côté de son bacille, les staphylococcus pyogenes aureus et albus.

Nous rappellerons encore le fait tout récent de MM. Vaillard et Vincent qui, à côté d'un bacille très analogue au bacille typhique, trouvèrent, dans la rate et l'exsudat méningé de leur malade, un streptocoque.

IV

Formes cliniques des méningites microbiennes. — Hâtons-nous de dire qu'il ne faut pas s'attendre à trouver un rapport exact entre les formes cliniques des méningites et leur nature microbienne ; aussi, ne peut-on absolument pas prendre, comme plan de l'étude des microbes dans les méningites, la division clinique en méningite primitive et méningite secondaire, ce serait s'exposer à bien des mécomptes.

Les microbes variés peuvent, en effet, provoquer des accidents identiques, témoin la septicémie gangréneuse et le charbon symptomatique qui, inoculés au cobaye, déterminent des accidents symptomatiques tout à fait comparables.

Il n'est pas possible, non plus, de rattacher la méningite à telle ou telle infection, en se guidant sur son allure spéciale et sur sa forme normale ou non.

On distingue, il est vrai, deux grandes classes de ménin-

(1) Adenot. In Thèse, loc. cit.
(2) Roussel. Thèse de Lyon, 1884.
(3) Monti. Loc. cit.

gites, celle de la base et celle de la convexité, et on rattache plus volontiers celle de la base à la tuberculose. Mais, cette localisation n'est pas absolue, et vient de ce que les tubercules se déposent plutôt suivant le trajet des vaisseaux.

Les symptômes seront la conséquence de l'étendue des lésions, de la rapidité de leur diffusion, de leur importance, et, avant tout, de l'organe lésé, bien plus que du genre de microbe qui leur aura donné naissance.

Gendrin, cependant, avait tenté jadis d'établir la qualité de l'épanchement séreux ou purulent d'une méningite, d'après l'intensité des symptômes et l'allure de la maladie.

Depuis la théorie microbienne, quelques essais ont été tentés aussi dans ce sens, à propos de la pneumonie et de l'endocardite. M. Netter a cherché à établir des types cliniques de l'endocardite correspondant à la nature de l'infection. Il n'est pas arrivé à des résultats précis. MM. Germain Sée et Jaccoud ont distingué, au point de vue clinique, les endocardites à pneumocoques et celles à microbes pyogènes. Mais ils sont loin d'être arrivés aux mêmes conclusions. Quant à la méningite, nous n'avons pu trouver de solution à cette question, si ce n'est l'opinion de M. Netter qui regarde la méningite à pneumocoque comme relativement bénigne.

D'ailleurs, comment poser le pronostic préalable d'une méningite, d'après un examen bactériologique? Cet examen ne serait possible que dans les cas de foyer purulent primitif, facilement accessible, tel que celui d'une otite purulente, ou dans des cas d'inflammation pulmonaire précédant une détermination méningée.

Cet examen serait, en outre, complètement illusoire, car le pronostic d'une méningite est naturellement toujours très grave, et si MM. Netter et Sevestre (1) ont pu attirer l'attention sur la gravité moindre des pleurésies métapneumoniques, lorsqu'elles sont dues au pneumocoque, cette bénignité n'est pas applicable à la suppuration des méninges par le même microbe; la gravité, dans ce dernier cas, ressortit non à l'agent virulent, mais à la fonction de l'organe atteint.

Suivant que les lésions seront plus ou moins étendues et que les méninges cérébrales seront envahies seules ou avec les méninges spinales, les symptômes seront, on le comprend, assez différents. Les réactions médullaires, s'ajoutant aux manifestations de l'encéphale, modifient assez le type clinique pour avoir permis la création d'une méningite classique, appelée *méningite cérébro-spinale*. La constance de cette forme clinique, l'allure, en général, aiguë de l'affection, sa nature souvent infectieuse ont pu faire croire qu'elle était causée par un microbe particulier. La méningite cérébro-spinale épidémique a été décrite principalement en Allemagne et l'on sait les liens par lesquels on a cherché à l'unir à la pneumonie dans certaines de ses formes les plus infectieuses.

Le pneumocoque, en effet, a été souvent constaté dans les méningites cérébro-spinales sporadiques ou épidémiques. Cette dernière ne doit pas être considérée néanmoins comme une maladie à part, comme une entité morbide. Le pneumocoque, et c'est l'opinion de M. Netter qui fait autorité en la matière, peut provoquer des épidémies de méningite cérébro-spinale, tout comme il détermine des pneumonies épidémiques. Les conditions hygiéniques, l'influence des saisons, les agglomérations, le surmenage physique expliquent suffisamment les épidémies de méningites cérébro-spinales qui se manifestent principalement dans les armées.

En un mot, la méningite cérébro-spinale peut se développer à la suite de plusieurs affections très disparates (le typhus, le rhumatisme, l'érythème noueux, la morve, etc.), et sous des influences microbiennes variées.

Il nous reste à parler encore des rapports des maladies infectieuses avec les méningites qui peuvent les accompagner ou les suivre.

Cette question est implicitement contenue dans celles des *méningites primitives et secondaires*. Nous nous placerons, bien entendu, au point de vue microbien tout en reconnaissant que cette division est toute clinique.

Les méningites *primitives*, dans le sens absolu du mot, doivent être très rares. Le plus souvent, elles sont consécutives à un état infectieux général; il faut, bien entendu, considérer à part les méningites par infection directe, comme celle que M. Netter a publiée, et qui se développent à la suite d'un traumatisme et de la pénétration d'un corps étranger dans la substance cérébrale.

Les méningites tuberculeuses semblent, au premier abord, souvent évoluer primitivement chez des enfants; or, presque toujours, on trouve des ganglions bronchiques caséeux à l'autopsie (Perroud).

Nous appellerons *primitives*, les méningites qui paraîtront constituer la localisation exclusive d'un microbe en dehors de toute autre manifestation morbide réelle ou reconnaissable: ainsi, dans le cas de méningite éberthienne primitive que nous avons publié, dans lequel, à part la méningite, il fut impossible de rien découvrir cliniquement ou même à l'autopsie.

Les méningites primitives, nous le répétons, sont rares, et le plus souvent on se trouve en présence d'une méningite *secondaire*. Nous appellerons ainsi celles qui ne se développent qu'après une autre localisation microbienne, que cette dernière soit ou non due au même agent pathogène que la méningite.

Celle-ci reconnaît alors plusieurs origines toutes différentes : elle peut être consécutive à une lésion des cavités voisines de l'encéphale, c'est alors une méningite secondaire par propagation directe; — ou bien elle se développe secondairement à une maladie infectieuse. Nous reviendrons plus loin sur les premières; quant aux secondes, on s'est occupé surtout de celles qui succèdent à l'évolution d'une pneumonie ou d'une fièvre typhoïde.

La méningite secondaire à la pneumonie a, comme nous l'avons vu, suscité bien des théories pour expliquer sa production.

Le rôle de l'*embolie* a pris, ces dernières années, plus d'importance, et on admet qu'elle peut transporter jusqu'aux méninges les agents pathogènes, bien que ce mode de production doive être considéré, en somme, comme assez rare (Netter).

Nous avons déjà parlé de la théorie *pyohémique* que M. Netter regarde comme exceptionnelle.

Actuellement, on considère la méningite pneumonique comme l'*effet de l'activité du microbe même de la pneumonie, le pneumocoque de Frænkel et Talamon* (Netter).

Bien plus, le pneumocoque détermine aussi, le plus ordinairement, les méningites secondaires aux affections géné-

(1) Sevestre. *Bulletins de la Société de médecine de Paris*, 1889.

rales autres que la pneumonie, par exemple, les méningites que l'on a observées dans la fièvre typhoïde.

La méningite secondaire à la fièvre typhoïde est très rare, bien qu'elle ait été signalée plusieurs fois (Raymond, Clozel de Boyer, etc.).

Freyhan (1), en 1888, a étudié les complications méningées de la fièvre typhoïde.

Dans les inflammations des méninges qui succèdent ou accompagnent la dothiénentérie, il est remarquable de constater qu'on a très rarement découvert le bacille d'Eberth. Peut-être ce bacille a-t-il peu de tendance à provoquer des métastases. Dans tous les cas, il place l'organisme dans un état d'infériorité telle qu'il se laisse facilement envahir par des agents pathogènes étrangers. Le pneumocoque a été signalé dans les exsudats méningitiques à la suite de la fièvre typhoïde (Netter). « Le pneumocoque, dit M. Netter, trouve sans doute, dans les sujets affaiblis par la dothiénentérie, un terrain favorable. » L'auteur a vu, en effet, aussi une pneumonie pneumococcienne au cours d'une fièvre typhoïde.

Senger, Frænkel et Simmonds ont fait des constatations analogues.

A côté de ces faits, il en existe cependant quelques-uns contradictoires :

Foa et Bordoni Ufreduzzi ont trouvé le bacille d'Eberth pur dans une pneumonie typhique.

Mirles (2) a retiré aussi une fois le bacille d'Eberth du cerveau d'un typhique. Cet auteur admet une relation entre le plus ou moins grand nombre de microbes et l'intensité des symptômes. Pour lui l'asthénie cardiaque précoce serait due à la présence de colonies dans les parois des capillaires cardiaques.

M. Girode, à la Société de biologie (1889), a signalé un cas d'endocardite maligne à la suite de la dothiénentérie; il a trouvé, dans les végétations des ventricules, un bacille très analogue à celui d'Eberth, qui se retrouvait dans le liquide céphalo-rachidien; ce qui pouvait expliquer des phénomènes nerveux graves, accusés par le malade.

Malgré ces contradictions, il ressort de l'ensemble des faits connus jusqu'à présent, que les complications si fréquentes dans la fièvre typhoïde (érysipèle, gangrène, abcès, etc.), sont causées ordinairement par des infections secondaires, par des microbes pathogènes étrangers à l'infection primitive, et Brieger (3) admet que les abcès, dans la fièvre typhoïde, sont dus aux microbes de la suppuration.

En nous résumant, nous conclurons que, dans la fièvre typhoïde, des méningites secondaires peuvent évoluer, causées le plus souvent par des micro-organismes pathogènes étrangers à la maladie, et plus rarement par le bacille typhique lui-même. C'est à peu près la même solution que l'on peut apporter en ce qui concerne le rôle des microbes de la pneumonie dans la fièvre typhoïde.

Il est probable que la littérature médicale s'enrichira de faits plus nombreux. Bien certainement la tuberculose peut ouvrir la porte à des méningites secondaires non tuberculeuses; et les maladies générales, les fièvres éruptives sont probablement dans le même cas. Malheureusement, on ne possède pas de renseignements sur ces divers points de la question.

(1) Freyhan. *Deuts. Med. Wochens.*, 1888.

(2) Mirles. *S.-Pétersbourg*, 1888.

(3) Brieger. Beitrag zur Lehre von der Mischinfection, *Zeitschr. f. Klin. Med.*, Bd. XI, 1886.

V

Voies d'infection. — Avec M. Netter, nous diviserons les voies suivies par les microbes, pour arriver aux méninges, en deux grandes catégories qui répondront chacune à une classe de méningite :

1° *Méningite métastatique ou par infection générale;*
2° *Méningite par infection directe.*

Dans les méningites métastatiques, le sang se charge de transporter aux méninges l'agent pathogène. Quant à la pénétration du microbe dans le sang, on comprend qu'elle puisse s'effectuer de manières très diverses, par une plaie extérieure, et par les sinus utérins au moment de l'accouchement.

Les méningites par infection directe sont, très certainement, beaucoup plus rares que les précédentes, bien que, dans ces dernières années, on ait tenté d'élargir leur cadre et de leur donner plus d'importance. La pénétration des microbes aurait lieu par les cavités de la base du crâne et par les orifices multiples qui sont ménagés dans les parois de la boîte cranienne. Dans certains cas, les deux procédés peuvent combiner leur action, c'est ainsi que les méningites consécutives aux érysipèles du cuir chevelu, par la propagation de la lésion au diploé et aux membranes du cerveau, sont sans doute favorisées par l'infection générale du sujet.

Les méningites *métastatiques* se produisent surtout pendant le cours des maladies infectieuses, par deux moyens. Le premier, qui semble au premier abord le plus rationnel, est loin d'être le plus fréquent. Il consiste dans une localisation simple du microbe de la maladie infectieuse sur les méninges. Par le second, un germe étranger profite d'une voie ouverte ou du terrain préparé pour produire des accidents méningitiques. Nous citerons quelques exemples :

M. Chauveau a vu que les bacilles charbonneux, inoculés aux moutons algériens, pouvaient déterminer une méningite charbonneuse mortelle, qui est bien évidemment, dans ce cas, effectuée par la voie sanguine.

La méningite par pneumocoque, dans les pneumonies, reconnaît aussi le même microbe de transmission des micro-organismes jusqu'aux méninges. Friedlander et M. Talamon, puis M. Netter les ont d'ailleurs trouvés dans le sang.

M. Netter ne croit pas, cependant, que la simple présence des pneumocoques dans les vaisseaux de l'encéphale soit capable de provoquer le développement d'une méningite, « pas plus, ajoute-t-il, qu'elle ne suffirait, dans les cavités cardiaques, à amener une endocardite ». Cet auteur considère, comme indispensable à la localisation du microbe, la production préalable d'une lésion quelconque du cerveau. En produisant des traumatismes légers de l'encéphale chez un animal, il est, en effet, parvenu à produire des méningites expérimentales par l'inoculation de pneumocoques dans le parenchyme pulmonaire.

Dans quelques cas, le sang peut se charger de transporter le micro-organisme pathogène jusqu'aux membranes d'enveloppe de l'encéphale, sans qu'il y ait, à proprement parler, une infection générale. Une endocardite pourra, par exemple, déterminer une méningite par l'intermédiaire d'un embolus septique.

Les conditions capables de favoriser le développement d'une méningite par infection générale sont très variées; elles peuvent être modifiées par une foule de circonstances difficiles à analyser. Nous rappellerons les travaux de

M. Chauveau, relatifs à l'action exercée par la surface de l'encéphale et les méninges sur le sang de rate, dans un organisme doué de l'immunité générale.

Le système nerveux et ses enveloppes jouissent incontestablement, vis-à-vis de certains microbes, de propriétés particulières, susceptibles elles-mêmes d'être influencées de certaines manières. Nous croyons pouvoir répéter, à ce propos, la supposition que nous émettions ailleurs à propos de la méningite secondaire dans la dothiénentérie, à savoir « que rien, jusqu'à présent, ne s'opposait à ce qu'il existât, en quelque sorte, une dose d'immunité pour le système nerveux dans le typhus abdominal type ; la voie intestinale, *suivie de lésions*, créant une incapacité relative pour le bacille d'Eberth d'envahir les centres nerveux. » Cette incapacité cesserait d'exister dans les infections par d'autres voies, et on aurait ainsi l'explication de notre méningite éberthienne primitive et de celle de MM. Vaillard et Vincent.

Cette dose d'immunité pourrait d'ailleurs être modifiée elle-même par l'état du sang [méningite suppurée à pneumocoque chez un diabétique (Ortmann (1)], par les conditions physiologiques du malade, par des lésions cérébrales d'ordre microscopique (Netter) et même par des troubles d'ordre dynamique (Adenot), etc., etc.

Enfin, nous signalerons aussi l'influence qu'exercent sans doute sur l'infection générale certaines conditions encore assez mal définies, telles que celles qui dépendent de la théorie de Metchnikoff ou de l'hypothèse de Büchner sur la valeur antiseptique du sang.

Il nous reste à indiquer encore quelles ont été, dans quelques cas, les portes d'entrée du microbe que le courant sanguin a charrié ensuite jusqu'aux méninges. Ces voies sont, avons-nous déjà dit, variables, mais quelques-unes valent la peine d'être signalées tout particulièrement.

L'appareil respiratoire, dans ses parties les plus inférieures, doit être incriminé et nous verrons tout à l'heure que les régions supérieures de cet appareil et de l'appareil digestif seraient plutôt le point de départ des méningites par infection directe. Nous croyons cependant qu'il ne faut pas pousser trop loin cette division, car l'infection générale a pu, dans quelques cas, se faire au niveau des fosses nasales ou de la bouche, et la présence dans ces cavités, des microbes trouvés ensuite dans les méninges, a pu induire en erreur, faire supposer une infection directe et méconnaître l'intermédiaire du sang et l'infection, en réalité générale, par le système circulatoire.

Le système digestif prend une importance capitale dans l'infection générale. M. Netter (2) a insisté avec juste raison sur le rôle de la cavité bucco-pharyngienne comme foyer redoutable de micro-organismes pathogènes.

La salive qui contient, d'après M. Vignal, jusqu'à vingt espèces de microbes (le pneumocoque, le bacille de Friedlander, les microbes pyogènes, etc.), et dans laquelle M. Biondi (3), Frænkel, etc., avaient déjà signalé plusieurs espèces microbiennes, peut être la cause de bien des accidents infectieux.

L'intestin recèle aussi un grand nombre de micro-organismes pathogènes (Vignal), et nous connaissons le rôle prépondérant qu'y joue le bacille typhique ou même le bacillus coli communis (Rodet et G. Roux). Ces microbes peuvent passer dans le sang, soit à travers l'épithélium sain, par l'intermédiaire des thèques, par exemple (Renaut); soit grâce à une ulcération accidentelle ou pathologique.

(1) Ortmann. Beitrage zur Ætiologie der acuten cerebrospinale meningite, *Arch. f. exper. Path. und Pharmak.*, 1887-1888.
(2) Netter. Microbes pathogènes dans la bouche des sujets sains, *Revue d'hygiène*, 1889.
(3) Biondi. Microbes pathogènes de la salive.

Nous avons publié une observation de méningite suppurée, consécutive à un ulcère cancéreux de l'estomac, et une autre dans laquelle l'infection s'était effectuée par les canaux biliaires atteints de cholélithiase suppurée. Enfin, la voie placentaire, l'utérus [Foa (1), Neumann, Frænkel (2), Netter (3)], les synovites suppurées [Krause (4)], ont été l'origine de quelques cas de méningite.

Les méningites par infection directe sont certainement moins fréquentes que les précédentes. La présence des micro-organismes pathogènes dans les cavités supérieures du tube digestif et de l'appareil respiratoire, a donné la clé de quelques cas de méningites suppurées qui seraient restées inexpliquées sans cela. Mais l'envahissement des méninges par des micro-organismes qui les aborderaient par les orifices de la base du crâne est une pathogénie bien grosse de conséquences. Le plus souvent, dans les observations, on n'a pas suivi le microbe sur tous les points du parcours ; de sa présence dans les fosses nasales, par exemple, et dans les méninges, on a conclu à l'infection directe, ce qui n'est, en somme, qu'une pure hypothèse. En outre, on admet difficilement qu'un organe de l'importance de l'encéphale ne soit pas mieux à l'abri d'un envahissement direct, d'un véritable coup de main. La théorie de l'infection directe a pris un grand développement, depuis les recherches sur les microbes des cavités naturelles.

On peut admettre, dans l'infection directe, quatre voies principales : la voie nasale (fosses et sinus); la voie pharyngienne; la voie auditive et la voie oculaire.

Voie nasale. — Besser (5) a étudié les microbes contenus dans les fosses nasales : il y a trouvé le pneumocoque de Frænkel et Talamon, etc.

Dans un cas de suppuration de l'antre d'Highmore terminé par méningite suppurée et pneumonie, il a constaté la présence du *diplococcus pneumoniæ* et du streptocoque pyogène. M. Vignal, M. Netter (6), Thost (7) ont fait des recherches de même ordre.

Dans une observation très démonstrative, MM. Netter et Iscovesco (8) ont cité une méningite pneumococcienne par propagation directe ; l'infection s'était faite par une tumeur cranienne insérée sur l'éthmoïde et saillante dans les fosses nasales.

Chiari (9) avait publié auparavant un cas de méningite suppurée, coïncidant avec une tumeur du corps pituitaire, qui envoyait un prolongement dans les fosses nasales.

Ce serait d'après un mécanisme de même genre que seraient produites les méningites, au cours des cholestéatomes du rocher, qui permettent la communication entre la cavité cranienne et les cavités auditives (10).

(1) Foa. *Deuts. Med. Wochens.*, 1884.
(2) Frænkel. Loc. cit.
(3) Netter. Société de biologie, 19 mars 1889.
(4) Krause. Loc. cit.
(5) Besser. Die Mikroorganismen der Leiftwage, *S.-Pétersbourg*, 1889.
(6) Netter. Loc. cit.
(7) Thost. Pneumoniekokken in der Nase, *Deuts. Med. Wochens.*, 1887.
(8) Netter et Iscovesco. *Bulletin de la Société anatomique*, 1880.
(9) Chiari. *Prager Med. Wochens.*, 1883.
(10) Klebs. *Arch. Virchow*, 1865 (Netter. *Bul. de la Soc. anat.*, 1888).

Il est donc permis d'admettre la possibilité, pour les microbes, de passer quelquefois des fosses nasales et des sinus craniens jusqu'aux méninges. Mais il faudrait serrer de plus près la question et connaître le chemin de cette propagation.

Dans le cas de tumeurs, la simple contiguïté peut avoir suffi; dans les autres cas, le passage sera favorisé par quelques tissus, de même que le virus rabique trouve une voie très favorable dans les nerfs (Di Vestea et Zagari (1), Bardach, etc.).

La gaine des nerfs a été invoquée, ainsi que le tissu conjonctif péri-vasculaire et la gaine lymphatique péri-capillaire de Robin. M. Netter, en effet, a trouvé des pneumocoques dans les gaines lymphatiques dans une méningite suppurée, et Thue (2) a remarqué, dans un cas de pneumonie, une voie lymphatique remplie de pneumocoques.

Senger (3) admet que les pneumocoques se répartissent là où ils trouvent les obstacles mécaniques les plus faibles. Aussi quand ils siègent dans les cavités des sinus craniens, ils peuvent suivre les espaces lymphatiques de His, et pénétrer dans la substance cérébrale, non parce que les vaisseaux ont une affinité pour eux, mais parce qu'ils sont entourés de tissu conjonctif lâche. Deux fois l'auteur trouva un petit vaisseau sanguin oblitéré par eux; il en a rencontré un grand nombre dans les anfractuosités des plexus choroïdes et dans l'épendyme des ventricules.

Dans quelques cas, plus fréquents même qu'on ne le croit, la propagation de l'infection a dû se faire par l'intermédiaire d'une thrombose ou d'une phlébite à point de départ variable. Les érysipèles du cuir chevelu agissent de cette manière et l'on connaît les rapports de la thrombose des sinus avec les affections de la face, du cuir chevelu, du rocher, de l'appareil auditif, de l'orbite, des fosses nasales, de la bouche, du pharynx, des lèvres, des dents et du cou.

Outre que le diagnostic est, d'ailleurs, très difficile entre une thrombose et une méningite suppurée, les deux affections peuvent coïncider, et si Knapp suppose que la méningite peut être antérieure à la thrombose des sinus, cela doit être très rare.

Voie pharyngienne. — Nous n'avons pas grand'chose à ajouter; nous avons indiqué le nombre considérable de microbes qu'on y rencontre.

La cavité bucco-pharyngienne a, en outre, des rapports très étroits avec la caisse du tympan, et les micro-organismes peuvent pénétrer dans l'appareil auditif par la trompe d'Eustache et déterminer des accidents qui vont nous occuper maintenant.

Voie auditive. — Elle donne accès aux méninges de plusieurs façons, par la muqueuse du conduit qui peut être altérée, par l'intermédiaire du sinus veineux, et enfin par la voie du nerf facial.

Gradenigo (4) a trouvé des altérations inflammatoires des troncs nerveux dans le conduit auditif interne. Il a constaté la propagation du virus le long de la gaine du nerf et poursuivi l'exsudat jusqu'au ganglion géniculé. Il a vu, le long du nerf acoustique, un exsudat hémorrhagique et purulent qui pénétrait entre les fibrilles nerveuses.

(1) Di Vestea et Zagari. *Giorn. intern. delle Scienze Med.*, 1888.
(2) Thue. Untersuchungen über Pleuritis und Pericarditis bei der croupösen Pneumonie, *Christiania*, novembre 1888.
(3) Senger. Loc. cit.
(4) Gradenigo. Congrès international d'otologie et de laryngologie, 1889.

Les microbes de l'oreille moyenne peuvent venir de plusieurs sources (conduit auditif externe, trompe d'Eustache, lésions osseuses, etc.).

L'étude des microbes trouvés dans les otites a donné lieu, ces dernières années, à plusieurs travaux importants. M. Netter classe les microbes des otites en quatre groupes, d'après la fréquence de leur présence dans le pus :

1° Otite due au streptocoque pyogène [Netter (1), Zaufal (2), Moos (3), Holst (4), Dunin (5)];

2° L'otite due au pneumocoque de Frænkel (Netter, Zaufal, Leyden, Senger);

3° L'otite causée par le pneumo-bacille de Friedlander (Zaufal);

4° L'otite liée à la présence des staphylocoques pyogènes [Frænkel et Simmonds, Dunin, Rohrer (6), Netter].

M. Netter a publié une observation de méningite suppurée, suite d'otite à streptocoques.

Leyden, M. Netter, Senger ont montré que les otites à pneumocoques pouvaient aussi se terminer par des méningites suppurées.

Les otites par streptocoques et par pneumocoques paraissent être les seules capables de causer des méningites. La première surtout est redoutable par cette complication. Aussi serait-on autorisé, dans un début de méningite par thrombose du sinus latéral, par exemple, à instituer un traitement chirurgical audacieux, capable d'enrayer les accidents. Les communications, rapportées dernièrement par Bollance, à la Société de médecine de Londres, sur l'ouverture du sinus latéral dans la thrombose de ce sinus, permettent d'espérer parfois de véritables succès.

Voie oculaire. — Les méningites sont assez souvent la conséquence d'une infection de l'orbite. Elles éclatent alors de plusieurs manières. Les veines orbitaires et spécialement les ophthalmiques se chargent parfois de transporter la matière septique; cette route est rationnelle, car on connaît les communications qui les unissent avec les veines périorbitaires et avec la veine faciale.

Le nerf optique et ses gaines constituent une autre route fréquemment empruntée. Ces accidents sont observés depuis fort longtemps, principalement dans les complications des énucléations dans la panophthalmie.

MM. Gayet, Panas, etc., en ont signalé des cas. Ceux-ci deviennent, du reste, plus rares depuis les procédés antiseptiques. Le nerf moteur oculaire externe a été aussi indiqué par Leber, comme ayant servi de guide aux micro-organismes pathogènes.

Tels sont les faits principaux actuellement connus sur les voies empruntées par les micro-organismes pour arriver aux méninges. En terminant, nous reproduirons les conclusions auxquelles nous étions arrivé dans notre thèse inaugurale :

1° Les variétés de microbes constatés dans les exsudats méningitiques sont déjà multiples.

(1) Netter. Loc. cit.
(2) Zaufal. *Prag. Med. Wochens.*, 1887, 1888, 1889.
(3) Moos. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, 1887, 1888.
(4) Holst. Om Bakteriernes Eorhold til suppurative Processe, *Norsk. Magazin.*, 1888.
(5) Dunin. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1888.
(6) Rohrer. *Arch. f. Ohrenh.*, 1887.

2° Les espèces, trouvées jusqu'à ce jour dans les méningites, sont :

a. Le pneumocoque ;
b. Le streptocoque pyogène ;
c. Le micrococque intra-cellulaire de Weichselbaum ;
d. Le bacille de la fièvre typhoïde probable ;
e. Le staphylocoque pyogène probable ;
f. Le pneumo-bacille de Friedlander ;
g. Des microbes indéterminés.

3° Il est probable que des recherches ultérieures permettront d'en augmenter le nombre. Les méningites *vraies* sont probablement toutes d'origine microbienne.

4° Les méningites sont primitives et secondaires. Ces dernières, se développant dans le cours des maladies infectieuses, sont souvent le résultat d'une infection *mixte* et dues à un microbe différent de celui qui a provoqué l'infection primitive.

5° Certains microbes peuvent se localiser primitivement dans les méninges qui n'y font pas cependant leur localisation élective habituelle. Nous avons quelque raison de croire que le bacille typhique est dans ce cas. Nous sommes autorisé par là à admettre un typhus cérébral ou méningite éberthienne sans fièvre typhoïde.

6° Les microbes, pour arriver jusqu'aux méninges, empruntent soit la voie directe, soit la voie sanguine. La seconde est de beaucoup la plus fréquente.

THÉRAPEUTIQUE

Poudre d'antipyrine et de naphtol.

L'antipyrine et le naphtol, mélangés ensemble, donnent une pâte liquide. M. Chabrol a publié, dans l'*Union médicale*, la formule suivante permettant d'obtenir un mélange pulvérulent.

Naphtol β.	} *āā*	10 centigrammes.
Antipyrine		
Salicylate de bismuth . . .		25 —
Sucre.		50 —

La présence du sucre empêcherait la combinaison de l'antipyrine et du naphtol.

Collutoire phéniqué contre la diphthérie.

M. le docteur Le Gendre préconise, dans le *Courrier médical*, l'emploi du collutoire suivant, employé en badigeonnages, dans les cas de diphthérie pharyngée :

Borate de soude.	} *āā*	5 grammes.
Chlorate de potasse		
Acide phénique		25 centigr.
Glycérine		10 grammes.
Miel blanc.		30 —

Mêlez et faites dissoudre.

Potion à la quinine sans amertume.

Le *Journal de médecine de Paris* donne, d'après M. Lutz, la formule d'une potion où l'amertume du sulfate de quinine serait masquée :

Sulfate de quinine.	50 centigr.
Acide sulfurique dilué.	50 —
Essence de menthe.	v gouttes.
Solution saturée de saccharine .	10 grammes.
Eau distillée.	90 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Le ministre de l'Intérieur va déposer un projet de loi portant ouverture d'un crédit de 100000 francs pour l'achat du matériel destiné aux différents postes sanitaires, établis en vue de prévenir la propagation du choléra.

Les chefs de ces différents postes ont reçu les instructions suivantes :

« Tous les voyageurs venant d'Espagne seront examinés. Un local sera spécialement préparé pour recevoir les voyageurs malades ou suspects.

Le local se composera d'au moins deux pièces : l'une pour les malades, l'autre pour les suspects. Dans chacune d'elles seront installés des lits en fer aussi simples que possible, afin qu'ils soient plus facilement désinfectés.

Le poste sera muni de médicaments et d'antiseptiques.

Pour le nombre des lits, l'approvisionnement en désinfectants, en linge, etc., le directeur du poste s'inspirera des besoins locaux.

Le personnel de chaque poste comprendra un médecin-directeur, un ou deux infirmiers et des aides en nombre variable, selon l'importance du transit.

Autant que possible, le médecin résidera dans la localité où se trouve établi le poste. Il devra être présent à chaque train venant d'Espagne. Si les médecins font défaut dans la région, on pourra demander du personnel à la Faculté la plus voisine. A l'arrivée de chaque train, les chefs de gare et leurs employés s'assureront que tous les voyageurs sont descendus. Ceux-ci seront conduits dans une salle où se tiendra le médecin et subiront tour à tour l'inspection. Dans l'intérêt du bon ordre et afin que personne ne puisse se soustraire à la visite, il y aura lieu de faire défiler les voyageurs entre deux barrières suffisamment rapprochées pour que deux personnes ne puissent passer de front.

Toute personne atteinte de gastro-entérite devra être retenue et soignée au poste ; toute personne qui, sans présenter des signes de gastro-entérite, offrira des symptômes suspects, pourra être tenue en observation.

On remettra, à chaque voyageur reconnu bien portant, un « passeport sanitaire » constatant qu'il a subi la visite médicale. Il sera tenu de le présenter au maire de la localité dans laquelle il se rendra, et là il subira une nouvelle inspection et sera observé pendant le nombre de jours correspondant à la durée de l'incubation du choléra. Le maire de la localité aura été prévenu de l'arrivée du voyageur par une carte postale envoyée par le directeur du poste. Dans le cas où le voyageur aurait le choléra, il serait immédiatement isolé et traité.

La visite des bagages devra être faite avec le plus grand soin, par les employés de la douane, assistés d'un infirmier du poste. Les malles seront ouvertes ; les linges sales et tous les objets pouvant être contaminés ne seront rendus à leur propriétaire qu'après avoir subi la désinfection au moyen de l'étuve à vapeur sous pression. »

— M. Mennegaux soutiendra, devant la Faculté de médecine de Paris, le 30 juin, à dix heures, pour obtenir le grade de docteur ès-sciences naturelles, une thèse intitulée : « Recherches sur la circulation des lamellibranches marins. »

— Dans un but tout humanitaire, et pour répandre le plus possible, dans la classe ouvrière, les notions d'hygiène infantile, le docteur E. Toussaint (d'Argenteuil) met gratuitement à la disposition de MM. les maires, médecins-inspecteurs du service de protection des enfants du premier âge, des sages-femmes et de toutes les personnes qui voudront bien se charger de les distribuer dans leur entourage, autant d'exemplaires du *Bulletin des Nourrices* qu'il leur plaira de lui demander par lettre affranchie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

22

ANALYSE DE JUIN DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de juin, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1031.800
	gr.	
Beurre par litre	55.900	
Albumine	5.900	
Caséine	37.200	
Sucre de lait	52.900	
Sels	7.400	
Total des matières fixes	159.300	159.300
Eau		872.500

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.436
Acide sulfurique	0.128
Potasse	1.612
Soude	0.733
Chaux	1.717
Magnésie	0.233
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.541
Total	7.400

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

43

MORRHUOL DE CHAPOTEAUT

Le **Morrhuol** représente les principes actifs de l'huile de foie de morue, sauf la matière grasse; il est enfermé dans de petites capsules rondes, contenant chacune 20 centigrammes, équivalant à 25 fois son poids ou 5 grammes d'huile de foie de morue brune.

Principaux effets : *Augmentation de l'appétit, diminution de la toux, régularisation des digestions et des selles, retour des forces et du sommeil.*

Applications thérapeutiques : *Bronchites, tuberculose au premier degré, rachitisme, scrofule, lymphatisme.* Deux à quatre capsules par jour pour les enfants, au moment des repas; pour les adultes, quatre à huit capsules.

DÉPÔT : pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

23

SIROP DE QUINQUINA FERRUGINEUX

De GRIMAULT et Cie,
au Pyrophosphate de Fer et de Soude.

Ce sirop est clair, limpide, agréable au goût; il est pris avec plaisir, aussi bien par les enfants que par les grandes personnes, et contient par cuillerée à bouche 20 *centigr. de sel de fer* et 0,10 *extrait de quinquina.* Ph^ie, 1, rue Bourdaloue.

42

PHOSPHATE DE FER

(Pyrophosphate de Fer et de Soude).
de LERAS, docteur ès sciences

Solution ou *sirop* incolores, sans goût de fer, n'ayant aucune action sur les dents, ne provoquant pas de constipation, toujours bien supportés par les estomacs les plus délicats, ils réunissent les principaux éléments des os et du sang, fer et acide phosphorique, et contiennent 20 centigr. de sel de fer par cuillerée à bouche. **Chlorose, anémie, appauvrissement du sang.**

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

93

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE: Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

26

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal.
Au Copahu, au Cubebe et à l'Essence de Santal.
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables. »

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

46

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux.

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

Ph^ie VIRENQUE, 8, place de la Madeleine, et ph^ies.

60

PERLES DU Dr CLERTAN

Procédé approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

a. **Perles de Créosote du Dr Clertan.** — 0,05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

b. **Perles de Gaïacol de Clertan.** — 0,05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

c. **Perles d'Iodoforme de Clertan.** — 0.05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 3 fr. 50 le flacon de 30.

d. **Perles de Terpinol de Clertan.** — 0,30 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

23

AVIS A MM. LES MÉDECINS

La maison **Pâtre**, à Orléans, fondée en 1840, s'occupe spécialement de la fourniture des médicaments à MM. les Médecins faisant la pharmacie. Elle les livre en qualité irréprochable, aux prix des drogueries de Paris; les divise au gré du client de manière à lui éviter toute manipulation, les étiquette suivant les indications données, sans autre indication d'origine que sa marque de fabrique (cachet de garantie) et les expédie franco. — Ses laboratoires d'analyse et de fabrication sont à la disposition de MM. les Médecins désirant faire faire des essais.— Prix très modérés. — *Prix courant détaillé sur demande.*

Maison **Pâtre**, à Orléans (Loiret).

99

L'usage de la VIANDE CRUE est désormais rendu pratique et agréable, pour les malades, par l'emploi du nouveau RECONSTITUANT PHYSIOLOGIQUE

L'OXINE ROUSSEAU

Saccharure de filet de bœuf phosphaté

conservant toutes les propriétés physiologiques de la **viande crue**, et facilement accepté par les malades les plus difficiles.

Envoi d'échantillons à MM. les Médecins.

Paris, rue d'Hauteville, 57, et toutes les Ph^ies.

109

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi f^o du catalogue.

72

DRAGÉES QUINOIDINE-DURIEZ

Très efficaces contre les récidives des fièvres intermitten^tes, Paris, 20, pl. des Vosges.

99

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très exactement :

2	grammes	*Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.
0,50	centigr.	*Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

22

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande; il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

DOSE : **1/2 verre à madère au dessert.**

PILULES DIGESTIVES
de PANCRÉATINE DEFRESNE

Anorexie, Dyspepsie, Gastralgie.

DOSE : 2 à 4 après le repas.

Détail : Ph^ie, 2, rue des Lombards, Paris.

33

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète**, l'**Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, ph^ien, 41, B^ard Haussmann, et t^tes ph^ies.

20

AIX-LA-CHAPELLE

THERMES SULFUREUX CÉLÈBRES

Bains de bassin, de douche, de vapeur,

indiqués pour tous les **rhumatismes**, la **goutte**, les **affections catarrhales des membranes muqueuses**, la **syphilis** dans toutes ses formes, même invétérées, par exemple dans les **affections du cerveau** et de l'**épine dorsale.**

SÉJOUR AGRÉABLE. — BEAU SITE

PROMENADES DANS LES BOIS VOISINS

EXCURSIONS DANS LES HAUTES FANGES, AU RHIN

34

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales ph^ies.

69

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

Exiger la source du **Pavillon.**

N° 75. — MARDI 1er JUILLET 1890. 63e ANNÉE. MARDI 1er JUILLET 1890. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE : . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 30 juin 1890.

La balnéothérapie froide, dans les maladies aiguës, fait à Paris des progrès dont, pour notre part, nous nous réjouissons fort, persuadé que nous sommes qu'il y a là un puissant et bienfaisant agent thérapeutique, trop dédaigné et véritablement calomnié. Les médecins de Lyon ont adopté le bain froid dans la fièvre typhoïde et s'en trouvent très bien. A Paris même, de jeunes médecins des hôpitaux ont entrepris en sa faveur une vigoureuse campagne, et les services dans lesquels on baigne les typhiques sont de plus en plus nombreux. Prochainement, M. le docteur Merklen déposera, à la Société médicale des hôpitaux, un rapport impatiemment attendu sur cette méthode thérapeutique, et ce rapport sera sans doute l'occasion d'une discussion nouvelle dans laquelle se montreront, plus nombreux et plus convaincus encore, les partisans de l'hydrothérapie antipyrétique.

Mais ce n'est pas seulement à la fièvre typhoïde que sont appliqués les bains froids. On sait que, déjà depuis longtemps, ils constituent à peu près le seul traitement utile des formes graves, hyperthermiques de la scarlatine et du rhumatisme cérébral.

Ce domaine tend à s'agrandir encore. M. le professeur Dieulafoy a fait part, à la Société médicale des hôpitaux, des effets remarquables qu'il a obtenus des bains froids dans des formes graves de la rougeole; et, dans la dernière séance, M. le docteur Henri Barth a communiqué à la même Société les bons résultats que lui a donnés la balnéation froide dans des cas graves de pneumonie. Il a même baigné, avec un succès rapide, un malade atteint de pneumonie double.

Les bains froids, dans toutes les pyrexies, abaissent la température, relèvent l'action du cœur, calment l'excitation nerveuse et, chose capitale, augmentent notablement la diurèse. Évidemment, il y a à leur emploi des contre-indications; évidemment, il ne faut pas les donner sans nécessité à tous les malades sans exception. Ici, comme partout, on doit user et non abuser; mais il y a là certainement une puissante méthode de traitement susceptible d'agir mieux et plus vite que les méthodes purement médicamenteuses.

L'influence exagérée attribuée au froid dans la pathogénie des maladies, et surtout des inflammations et des congestions thoraciques, a fait que beaucoup de médecins, et des plus éminents, ont rejeté *a priori* l'emploi de l'eau froide dans toutes les maladies aiguës, susceptibles de s'accompagner de déterminations thoraciques. Et voilà que les formes graves de la rougeole et de la pneumonie s'accommodent très bien de bains froids judicieusement administrés. Quel exemple montrerait mieux que, si la tradition est chose respectable, il ne faut pas en être aveuglément l'esclave, que la logique médicale est chose bien fragile et qu'un prudent scepticisme est encore pour les médecins l'élément le plus sûr de la sagesse!

HOPITAL NECKER. — M. RENDU.

Des monoplégies brachiales (1).

II

En réalité, la difficulté clinique est de reconnaître la cause et la nature de la monoplégie, quand il y a des lésions corticales.

Dans les monoplégies produites par le ramollissement, par des gommes ou des tubercules, il existe d'ordinaire des caractères communs qui annoncent la prochaine apparition de la paralysie.

Les vertiges, la céphalalgie, les vomissements sont les avant-coureurs de la monoplégie. Mais celle-ci est prochaine, quand on voit se produire des spasmes localisés à l'avant-bras et au bras. L'épilepsie jacksonienne a une réelle importance, au point de vue du diagnostic. La paralysie arrive ensuite. Telle est la marche habituelle. Mais, dans les deux cas que nous avons observés dans ces derniers temps, les choses ne se sont pas passées de cette façon. Au contraire, le début a été brusque, presque subit. La paralysie est survenue d'emblée, à la suite d'une sorte d'attaque d'apoplexie.

Le premier malade est un serrurier, âgé de dix-sept ans et couché au n° 2 de la salle Chauffard. C'est un garçon débile qui a eu du rhumatisme l'an dernier. Il y a quinze jours, il a été amené à l'hôpital dans un état semi-comateux. Il n'était pas aphasique, mais son intelligence était

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 641.

obscurcie et il ne prononçait que de très rares paroles. Il éprouvait des douleurs dans le bas-ventre et avait un météorisme assez prononcé. En exerçant des pressions dans la région sous-ombilicale et dans les flancs, on déterminait de la douleur.

Le bras gauche de ce garçon était flasque. La paralysie était totale. La sensibilité était absolument conservée.

Quant au membre inférieur correspondant, il était peut-être un peu lourd, le premier jour de l'entrée du malade à l'hôpital. Mais cette parésie a été fugace et a disparu complètement.

Ce malade présentait une paralysie faciale inférieure gauche. En ce moment, il peut souffler, mais quand il veut rire, sa bouche subit une torsion manifeste. Il faut ajouter que l'on constatait une déviation conjuguée des globes oculaires, du côté de la lésion. En fait, il existait une association de paralysie faciale inférieure et de monoplégie brachiale flasque avec intégrité de la sensibilité.

Il est probable que le siège de la lésion se trouve dans les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes du côté droit.

Ce garçon a été soigné pour un rhumatisme, qui a déterminé des accidents du côté du cœur. En effet, les battements cardiaques sont forts et produisent des mouvements ondulatoires dans la région précordiale. Le cœur est hypertrophié. La pointe bat dans le sixième espace et même plus bas. Il existe à la pointe du cœur un souffle systolique très net. Ce souffle prouve qu'il y a des altérations au niveau de la valvule mitrale. Je pense, sans en être certain, qu'il doit exister des adhérences péricardiques.

Les poumons ne présentent pas de signes pouvant faire penser à la tuberculose; mais à la base du poumon gauche, la respiration est rude et il y a en même temps du souffle présentant le type caverno-amphorique. Je rapporte ces signes à une atélectasie chronique du parenchyme pulmonaire. Il est probable qu'il s'est formé, entre le poumon et le péricarde, des adhérences qui donnent lieu aux phénomènes d'auscultation signalés plus haut.

L'exploration du foie démontre que cet organe est sain. Le rein est indemne.

Lors de son entrée à l'hôpital, j'ai constaté une ascite des plus nettes. L'épanchement a disparu assez vite. Le ventre est resté empâté. On dirait que les intestins sont agglutinés, comme dans les cas de tuberculose péritonéale.

En somme, ce malade a : 1° une monoplégie brachiale; 2° des lésions cardiaques; 3° de l'atélectasie du poumon; 4° de la péritonite chronique.

La monoplégie peut être expliquée de plusieurs façons. Tout d'abord ce malade a-t-il eu une hémorrhagie cérébrale ? Non, car l'hémiplégie n'a jamais existé. L'hémorrhagie cérébrale ne siège pas dans la substance corticale et ne peut donner naissance à une monoplégie comme celle de notre malade.

Par contre, il y a lieu de discuter l'existence d'une embolie cérébrale, d'autant plus que les accidents sont arrivés assez brusquement. Cet homme est un cardiaque; c'est une raison suffisante pour qu'il ait une embolie. Mais, la monoplégie étant à gauche, l'embolie siégerait du côté droit du cerveau. Or, les embolies se localisent toujours du côté gauche du cerveau. C'est une règle presque sans exception. Il faut ajouter que l'embolie produit une hémiplégie et très rarement une monoplégie.

Il faut donc éliminer l'hypothèse d'une embolie pour expliquer la monoplégie que présente ce jeune homme.

La thrombose peut-elle être incriminée ? Oui. Mais la thrombose est absolument rare à dix-sept ans. L'endartérite n'est pas une affection de la jeunesse. Quand la thrombose doit aboutir à la paralysie, les malades éprouvent auparavant de la céphalalgie, etc.

Ce garçon est chétif, maigre et pâle. Il a subi les atteintes de la misère et a toujours suivi une mauvaise hygiène. Les douleurs abdominales qu'il éprouve, l'empâtement que l'on sent au niveau de ses anses intestinales font penser à la tuberculose abdominale. Ce malade est donc un tuberculeux. Mais a-t-il une méningite tuberculeuse ? Je ne le crois pas. La méningite produit des symptômes plus diffus, des troubles psychiques persistants, un état comateux qui va en augmentant. Or, chez ce malade, les lésions semblent rétrograder. Les mouvements du bras commencent à apparaître.

J'élimine l'hypothèse d'un ramollissement. Cela est possible à la rigueur, mais c'est peu probable.

Je crois plus volontiers à l'existence d'un noyau caséeux d'encéphalite ayant donné naissance à un certain degré de congestion de voisinage. La congestion de voisinage, se développant autour d'un noyau caséeux latent, a produit les phénomènes brusques du début et a provoqué l'apparition de la monoplégie. La disparition des phénomènes congestifs explique la diminution des symptômes et l'amélioration constatée chez ce malade. Telle est l'hypothèse la plus rationnelle, celle à laquelle je me rallie après mûr examen.

Certes, la syphilis héréditaire peut produire des phénomènes analogues. Mais ce jeune homme n'a jamais eu aucun accident syphilitique. Rien ne m'autorise à admettre chez lui la syphilis héréditaire. Ses dents présentent quelques encoches, mais cela n'a rien de spécifique. La dent d'Hutchinson n'existe pas chez ce garçon.

Bien que l'iodure de potassium ait sensiblement amélioré le malade, je n'ai pas le droit de conclure à la nature syphilitique de la lésion. Ce médicament n'a pas agi comme anti-syphilitique.

La conclusion de ce long diagnostic différentiel est que j'admets l'existence d'un noyau caséeux dans la circonvolution frontale ascendante.

La deuxième malade, dont je désire vous raconter brièvement l'histoire, a été conduite à l'hôpital dans le coma le plus complet. Ce mode de début est instructif, car ce fait prouve que les symptômes peuvent éclater subitement.

La patronne de cette jeune femme affirme que celle-ci se portait très bien l'avant-veille de l'accident. Dans l'après-midi, elle avait eu un court étourdissement qui n'avait présenté aucune gravité. Le lendemain, une voisine de la malade entend le bruit d'un corps qui tombe : on trouve cette jeune personne étendue par terre et sans connaissance.

Quand je l'ai examinée, elle était dans le coma et sous l'influence d'un ictus apoplectique récent. Le côté gauche n'avait rien. La jambe droite était intacte. Mais il existait une monoplégie brachiale du côté droit. Les jours suivants, je constatais une aphasie complète. L'intelligence était conservée. En ce moment, la malade commence à parler, elle dit « oui » et « non ».

La monoplégie est en progrès. J'oubliais de vous dire que cette jeune femme présente une déviation conjuguée des yeux. Ceux-ci regardent à droite.

L'aphasie, qui coïncide avec la monoplégie brachiale, est la preuve que la lésion siège sur la frontale ascendante et empiète sur le pied de la circonvolution de Broca.

L'examen méthodique des organes démontre leur intégrité. Le cœur, les poumons, le foie, le rein n'ont aucune lésion. Les artères sont saines.

Quelle affection a cette femme? Le diagnostic est limité entre la méningite tuberculeuse et la syphilis.

Dans les premiers jours, j'ai hésité. Mais je me suis bientôt rallié à l'hypothèse de la syphilis. Cette femme est d'apparence robuste. Ses poumons sont en parfait état. Dans ces conditions, il fallait agir comme si le diagnostic de syphilis était certain. En effet, était-ce une méningite tuberculeuse? la situation était perdue, quoi qu'on fît. Au contraire, étions-nous en présence d'une syphilis cérébrale, la guérison pouvait être obtenue à l'aide du traitement anti-syphilitique. J'ai donné à la malade du sirop de Gibert et lui ai fait faire des frictions mercurielles.

Cependant, il faut bien l'avouer, dans les premiers jours, le tableau clinique était celui de la méningite tuberculeuse. J'ai noté, à cette époque, le ralentissement et l'inégalité du pouls, la respiration suspirieuse, le ventre en bateau, la raie méningitique, la constipation, la dilatation des pupilles, l'hypothermie, la dysphagie, un coma progressivement marqué. N'était-ce pas le tableau de la méningite? Cependant, j'ai continué le traitement anti-syphilitique, parce que c'était là la seule chance de salut.

Sous l'influence des frictions mercurielles et du sirop de Gibert, l'amélioration est survenue. L'intelligence revient progressivement. Les mouvements du bras commencent à s'exécuter. Tout fait espérer une guérison complète.

Ces exemples suffisent pour pouvoir affirmer une fois de plus que, dans les affections cérébrales, c'est la localisation des lésions qui crée la symptomatologie. Les symptômes permettent d'affirmer l'existence d'une altération du cerveau, mais c'est tout. Il faut procéder par élimination, chercher dans les autres appareils les signes d'une affection organique, et c'est de cette façon, qu'on parviendra à reconnaître la nature des lésions.

DE LA VALEUR COMPARÉE

DE LA TRACHÉOTOMIE ET DE LA LARYNGECTOMIE DANS LES CANCERS DU LARYNX (1)

Par MM. les docteurs Ch. FAUVEL et Ét. SAINT-HILAIRE.

II

La question ne se pose que pour les cancers ou les sarcomes du larynx. Dans les autres affections pour lesquelles la laryngectomie a été pratiquée (polypes, sténoses traumatiques ou syphilitiques, tuberculose), nous la repoussons absolument, car il s'agit d'une opération extrêmement grave, à laquelle on ne doit pas sans nécessité absolue exposer les malades. Nous avons, en effet, pour les polypes, des méthodes bien moins dangereuses et tout aussi radicales. Quant aux sténoses diverses, nous pensons qu'on pourra toujours se contenter de la trachéotomie et de la dilatation progressive à l'aide de bougies. La tuberculose laryngée est presque toujours accompagnée de lésions pulmonaires; pour avoir quelques chances de guérison, il faudrait aussi enlever le poumon.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 665.

Dans les cas de cancer du larynx, l'extirpation totale a donné seulement 24 guérisons sur 132 opérés, et dans 2 cas de guérison la nature de la tumeur était douteuse (cas de Péan et Fauvel, cas de Stelzner), il s'agissait peut-être de syphilis. Quoi qu'il en soit, il est certain que, pour ces 24 malades, l'opération a été une intervention heureuse; mais pour les 108 autres elle a été funeste, elle a certainement raccourci leur existence de plusieurs mois; la trachéotomie leur aurait permis de vivre plus longtemps. En effet, dans son *Traité des maladies du larynx* (1), l'un de nous a établi que cette opération prolonge la vie d'une façon très notable « *neuf mois* en moyenne pour l'encéphaloïde, *deux ans et un mois* pour l'épithélioma. Elle amène, en outre, un soulagement notable, elle permet au malade de respirer, elle immobilise et condamne au repos l'organe malade, ce qui enraye pour quelque temps la marche de l'affection. » Tous les auteurs qui ont traité cette question sont d'accord pour affirmer que la trachéotomie prolonge l'existence des malades atteints de cancer du larynx. M. Augiéras (2), le plus pessimiste, donne une survie moyenne de huit mois. M. Schwartz, dans sa thèse d'agrégation, arrive aussi à une moyenne de huit mois.

Nous avons pris, sur le tableau de M. Eugène Kraus, la moyenne de survie des 108 opérés malheureux. Cette moyenne est de deux mois et demi. Si nous éliminons ceux qui ont succombé aux suites immédiates de l'opération, nous n'arrivons qu'à une moyenne de cinq mois toujours inférieure à la moyenne de survie après trachéotomie. Dans l'extirpation partielle, le nombre des guérisons est plus considérable, mais les dangers de l'opération sont les mêmes. La moyenne de survie pour ceux qui n'ont pas été guéris est la même que dans l'extirpation totale. Ainsi, aussi bien dans l'extirpation totale que dans l'extirpation partielle, même lorsque l'opération réussit, s'il doit y avoir récidive, les résultats sont plus mauvais que si l'on s'était contenté de la trachéotomie. Il est donc des cas où il faut faire la trachéotomie seule. Il en est aussi où il faut faire l'extirpation; cela ressort de ce fait, que nous avons un certain nombre de guérisons radicales. Pour faire la part de l'une ou de l'autre, voyons quelles sont les causes de mort après la laryngectomie. La statistique de M. Eugène Kraus nous a montré que, dans 42 p. 100 des cas, la mort est survenue par l'opération ou par ses complications immédiates (pneumonie, pleurésie, septicémie). Peut-on à l'avance prévoir ces accidents? Nous ne le pensons pas, seul l'état cachectique du malade pourra donner quelques indications. Il faut se résigner à n'avoir que 58 chances pour 100 de guérison. Du reste, nous ne doutons pas que les procédés opératoires se perfectionnent, diminuant ainsi d'une manière notable le nombre de morts par l'opération; et si l'on jette un coup d'œil sur le tableau dressé par M. Eugène Kraus, on peut voir diminuer, du commencement à la fin, le nombre des morts dans les premiers jours. On obtiendra certainement bientôt une moyenne bien meilleure.

Il y a eu mort par récidive avant un an, dans 29 p. 100 des cas d'extirpation totale et dans 22 p. 100 d'extirpation partielle. Peut-on prévoir la récidive? Dans une certaine mesure; toutes les fois que la tumeur ne sera pas bien

(1) Ch. FAUVEL. *Traité des maladies du larynx*, p. 717, Paris 1876.

(2) AUGIÉRAS. *De la trachéotomie dans le cancer du larynx*, Thèse de Paris, 1880.

circonscrite et bien limitée. Si les organes voisins sont atteints, si les lymphatiques sont pris, on est sûr de la récidive, et, dans ces cas, la trachéotomie ne met pas immédiatement en danger la vie du malade et donne une survie plus longue que l'extirpation, même si l'opération réussit. Ce fait, qui paraît paradoxal, s'explique très bien si l'on songe qu'après l'ablation du larynx, l'alimentation se fait très mal, tandis que les malades se nourrissent très bien après la trachéotomie. La douleur, si elle existe, disparaît facilement à l'aide de badigeonnages avec une solution de cocaïne et morphine.

Ainsi donc, nous pensons qu'il ne faut pratiquer la laryngectomie, dans les cancers du larynx, que dans les cas où la tumeur sera très limitée, où l'on pourra largement circonscrire le néoplasme. Malheureusement, ces cas sont très rares; les malades ne vont consulter le médecin que lorsque la tumeur a pris des proportions considérables; ou s'ils y vont au début de leur mal, comme ils n'ont le plus souvent que de légers troubles fonctionnels, ils repoussent toute opération; par exemple, le fait suivant :

L'abbé J..., grand oratorien, va consulter l'un de nous, M. le docteur Ch. Fauvel, qui aperçoit une petite tumeur cancéreuse sur la corde vocale gauche. La laryngectomie est proposée au malade. Mais comme il souffrait peu, comme il n'était pas gêné dans la déglutition et n'éprouvait qu'un peu de dysphagie, il ne voulut pas consentir à l'opération. Le mal est resté confiné pendant quatre mois au côté gauche du larynx, puis a envahi la moitié droite, et au bout de dix mois la dyspnée est survenue très violente. Le malade n'a même pas voulu, à ce moment, consentir à la trachéotomie, et deux mois après il mourait d'asphyxie.

Il est évident que, dans ce cas, l'extirpation était bien indiquée et le résultat en aurait été probablement heureux.

Les cas où l'on pourra opérer dans ces conditions sont malheureusement très rares, et d'après ce que notre expérience nous a donné d'observer, et d'après les résultats obtenus jusqu'à ce jour, nous pensons que le plus souvent on devra se contenter de la trachéotomie palliative.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juin 1890. — Présidence de M. Nicaise.

COMMUNICATIONS

Du tétanos. — M. **TACHARD** rappelle les recherches que deux de ses collègues de l'armée ont faites à propos du tétanos. Des études bactériologiques sur le tétanos ont été entreprises et ont abouti à la constatation suivante : le pus s'écoulant de la plaie qui a donné naissance au tétanos est stérile. On l'injecte sans qu'il soit possible de reproduire le tétanos. Au contraire, le tétanos apparaît dans un grand nombre de cas quand on introduit sous la peau des animaux le corps étranger resté dans la plaie, et qui a été la cause de l'apparition du tétanos. Ce corps étranger agit comme une flèche empoisonnée. Il perd une partie de sa virulence après avoir reproduit le tétanos. Les effets tétaniques de ce corps étranger s'atténuent progressivement et finissent par disparaître quand le corps étranger a été introduit un certain nombre de fois sous la peau. Les accidents du tétanos sont dus, probablement, non pas à un microbe, mais à des ptomaïnes. Ces vues ont été exposées dans la *Gazette de Picardie*.

Péritonite tuberculeuse; laparotomie. — M. **ROUTIER** a eu l'occasion de faire la laparotomie dans un cas de péritonite tuberculeuse. La guérison a été obtenue. En général, les opérés ont une longue survie. L'épanchement ascitique constitue l'indication opératoire. M. Routier a pu réunir 90 cas de laparotomie pour péritonite tuberculeuse. Spencer Wells pratiqua une laparotomie en 1862, croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire. Il s'agissait, en réalité, d'une péritonite tuberculeuse. L'opérée vivait encore vingt-cinq ans après.

L'opération est bénigne. Sur 90 cas, il y a eu seulement 7 morts du fait de l'intervention. Ces morts doivent être attribuées à la septicémie. 83 opérés auraient guéri, non seulement de la laparotomie, mais de leur péritonite. 33 fois la mention guérison n'est pas accompagnée de détails, mais 17 fois cette guérison s'est maintenue plus de six mois, 33 fois plus d'un an. Dans cette dernière série d'opérés, on trouve d'abord le cas de Spencer Wells et plusieurs malades qui sont restés guéris sept, six, cinq et quatre ans.

M. Routier ne sait pas comment la laparotomie agit dans la cure de la tuberculose péritonéale.

M. **SCHWARTZ**. On a obtenu, à la suite de la laparotomie, chez des malades atteints de tuberculose péritonéale, des succès temporaires et d'autres succès plus longs.

Un malade, atteint de péritonite tuberculeuse, avait des vomissements incessants. Il n'émettait que 250 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures et rendait 6 grammes d'urée. M. Schwartz pratiqua la laparotomie. Peu de jours après l'opération, le malade urinait un litre et demi et excrétait 18 à 20 grammes d'urée.

M. Schwartz pense que l'augmentation de la sécrétion urinaire et le retour du chiffre de l'urée à un taux plus élevé, sont deux faits qui doivent être mis en lumière pour expliquer la guérison de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie.

RAPPORTS

Appareils d'urgence. — M. **NIMIER** lit un rapport sur les appareils d'urgence qui ont été apportés à la Société de chirurgie par l'inventeur M. de Mooÿ.

Torticolis musculaire. — Pieds-bots paralytiques. — Pied équin. — M. **KIRMISSON** donne lecture d'un rapport sur les travaux envoyés par M. Phocas (de Lille).

Un enfant de six ans, ayant du torticolis musculaire, fut opéré par M. Phocas, qui fit une ténotomie à ciel ouvert. Le faisceau sternal fut coupé, après incision de 2 cent. 1/2 de long. M. Phocas sutura au fil d'argent et redressa la tête avec l'appareil de Seyre.

M. Kirmisson rappelle que, le 21 février 1889, il a opéré un jeune enfant de la même manière.

On sait que plusieurs chirurgiens étrangers ont conseillé de pratiquer la ténotomie à ciel ouvert.

La ténotomie sous-cutanée n'est pas toujours commode. On agit un peu à l'aventure. On a ouvert de gros vaisseaux veineux. La mort a été observée après cette opération, à une époque où les plaies donnaient naissance facilement à l'infection purulente. Il faut ajouter que la ténotomie sous-cutanée est parfois une opération insuffisante. La lame ne coupe pas tous les obstacles qui causent la déviation.

M. Kirmisson adopte donc volontiers l'incision à ciel ouvert et applique l'appareil de Seyre.

Dans une deuxième note, M. Phocas expose la guérison de deux pieds-bots par l'application d'appareils orthopédiques.

Un enfant de neuf ans, atteint de pied-bot paralytique, fut soumis à l'examen de M. Phocas. Le talon gauche du petit malade ne touchait pas par terre. L'exploration électrique fit reconnaître qu'il y avait parésie du jambier antérieur.

On mit un appareil et on fit l'électrisation des muscles parésiés. M. Phocas obtint de cette façon la guérison d'un pied-bot paralytique.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un individu ayant un pied équin très caractéristique. La marche n'était possible qu'à l'aide de béquilles. Le pied était plus petit que celui du côté sain. M. Phocas pratiqua la ténotomie sous-cutanée du tendon

d'Achille et mit le pied dans un appareil plâtré. Malgré l'apparition de quelques troubles trophiques dus à la pression de l'appareil sur la peau, on eut un résultat opératoire assez satisfaisant, mais incomplet. Une deuxième intervention eut lieu quelque temps après. On pratiqua le massage forcé sous le chloroforme. Le résultat final ne laissa rien à désirer.

Beaucoup d'auteurs préconisent le redressement du pied, immédiatement après la ténotomie. On a ainsi des résultats plus brillants que ceux qui sont obtenus par une pratique peut-être plus répandue. Cette pratique, qui est celle de la majorité des chirurgiens, consiste à laisser le membre dans sa position vicieuse, après la ténotomie, et de ne faire le redressement qu'après la cicatrisation de la plaie.

M. BERGER n'est pas du même avis que M. Kirmisson. Il n'admet pas la supériorité de la ténotomie à ciel ouvert. Celle-ci devrait être préférée, si la ténotomie sous-cutanée était plus dangereuse. Or, la ténotomie sous-cutanée n'est pas dangereuse. La section sous-cutanée ne donne pas naissance à des cicatrices. Il faut éviter la production des cicatrices, dans des endroits découverts, chez les jeunes filles. La ténotomie à ciel ouvert du sterno-mastoïdien laisse une plaie qui se transforme en une cicatrice apparente et parfois en chéloïde.

La ténotomie sous-cutanée du faisceau sternal du muscle sterno-mastoïdien n'est pas plus grave que la section à ciel ouvert du même faisceau.

M. Berger pense qu'il vaut mieux faire la ténotomie sous-cutanée, sauf dans les cas de torticolis compliqué. Si l'on pense que les scalènes prennent une part à la production du torticolis, il faut faire une incision et sectionner les muscles à ciel ouvert.

On doit redresser la tête complètement et la fixer.

M. VERNEUIL. Il faut éviter de faire des cicatrices au cou, chez les jeunes filles en particulier. L'opération à ciel ouvert est plus sûre. On ne sait pas s'il n'y a pas de brides, lorsqu'on a fait la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien. Dans certains cas, après la ténotomie sous-cutanée, le redressement lent, à l'aide d'un appareil, ne donne pas de bons résultats.

M. Verneuil a opéré une jeune fille espagnole par la méthode sous-cutanée. Il mit un appareil pour redresser progressivement la tête. Mais l'appareil détermina des eschares. Somme toute, le résultat n'a pas été bon.

M. Verneuil pense qu'il faut d'ordinaire pratiquer à ciel ouvert la section du faisceau claviculaire du muscle sterno-cleido-mastoïdien.

M. TILLAUX n'est pas d'avis qu'il faille abandonner dans tous les cas la méthode sous-cutanée. La section à ciel ouvert est bonne, mais elle ne doit pas faire abandonner la ténotomie sous-cutanée.

M. Tillaux a préconisé, il y a vingt-trois ans déjà, l'application d'un appareil immédiatement après l'opération pour immobiliser en bonne position.

M. VERNEUIL fait remarquer qu'on est en présence de deux pratiques différentes et qu'il ne faut pas les confondre.

Voici comment opèrent beaucoup de chirurgiens : ils font la ténotomie et obtiennent de ce fait un certain degré de redressement. On pose immédiatement un appareil pour maintenir le redressement relatif obtenu par la ténotomie, sans aucune violence post-opératoire. Plus tard, l'immobilisation est abandonnée et un appareil orthopédique redresse progressivement le membre jusqu'à ce que l'on réalise la position désirée.

Il y a donc, tout d'abord, immobilisation dans une mauvaise position et redressement progressif après un certain temps.

L'autre pratique consiste à redresser, par la force, tout de suite après la ténotomie et à immobiliser sans plus tarder dans une position parfaite.

M. KIRMISSON répond tout d'abord à M. Berger que, comme lui, il n'aime pas à faire des plaies qui seront suivies de cicatrices, placées sur une partie exposée à la vue. D'autre part, quand l'incision est nécessaire, il ne faut pas hésiter à la faire. Or, la méthode sous-cutanée n'est pas fidèle. M. Kirmisson a vu ses maîtres échouer dans la cure du torticolis, alors qu'ils employaient la ténotomie sous-cutanée. Telle est la raison qui a guidé M. Kirmisson dans ses préférences pour la méthode à ciel ouvert.

Il n'abandonne pas la méthode sous-cutanée. Ce qu'il a dit ne s'applique qu'au sterno-mastoïdien. C'est ainsi qu'il pratique la section sous-cutanée de certains tendons. Mais quand il s'agit du torticolis, il est préférable de substituer, à la ténotomie sous-cutanée, la ténotomie à ciel ouvert qui est une méthode plus efficace et plus sûre.

Il ne faut pas oublier que le faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien s'insère par une bande musculaire qui est bien connue, et, en outre, par un trousseau qui s'attache à l'os plus profondément. Quand on fait la ténotomie sous-cutanée, on coupe bien la bande musculaire, mais le faisceau postérieur claviculaire échappe à l'action de l'instrument. Il vaut donc mieux inciser le muscle sterno-mastoïdien à ciel ouvert.

M. Kirmisson fait la même distinction que M. Verneuil entre la réduction forcée totale, parfaite, pratiquée immédiatement après la ténotomie, et l'immobilisation dans une position vicieuse jusqu'à une certaine époque, après laquelle on fait du redressement lent.

M. BERGER déclare qu'il a toujours pratiqué la ténotomie du sterno-mastoïdien à une certaine hauteur au-dessus de la clavicule.

ÉLECTIONS

La Société de chirurgie procède à l'élection de la Commission chargée d'examiner les titres des candidats aux places de membres correspondants étrangers.

MM. Kirmisson, Nélaton, Reclus, Marc Sée et Monod sont élus.

LECTURE

Statistique. — M. TERRILLON lit sa statistique portant sur 200 ovariotomies. Dans la première centaine d'ovariotomies, M. Terrillon a eu 12 p. 100 de mortalité. Dans la deuxième série, le taux de la mortalité est tombé à 4 p. 100.

PRÉSENTATION DE MALADE

Oophoro-salpingite tuberculeuse; laparotomie. — M. POLAILLON présente une malade qu'il a laparotomisée pour une oophoro-salpingite tuberculeuse. L'état de santé de cette femme est bon, malgré la persistance d'une fistule entre la poche et la paroi abdominale.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale [années 1885 et 1886] (1), par le docteur PÉAN.

M. le docteur Péan vient de publier le VIIe volume de ses œuvres chirurgicales. Comme les précédents, ce livre est divisé en trois parties. La première renferme onze leçons, dont l'une est relative aux angiomes des membres; les neuf suivantes sont déjà connues de nos lecteurs : elles ont trait à l'ablation des tumeurs par morcellement et ont été publiées par la *Gazette des hôpitaux*, en 1887 et 1888. La onzième leçon est consacrée à l'étude d'une affection rare, voire même exceptionnelle, à un kyste hydatique du corps thyroïde.

La deuxième partie, qui comprend près de 1000 pages, est le recueil des observations des malades soignés en 1885 et 1886, dans le service de M. Péan.

La troisième partie est consacrée à la statistique des opérations de gastrotomie, au nombre de 147, ce qui porte à 1 100 le

(1) Gr. in-8°. Prix : 25 francs. — Paris, F. Alcan.

nombre total des gastrotomies pratiquées de 1864 à 1888. Ces 147 cas se répartissent ainsi : 53 tumeurs liquides ou solides de l'ovaire, 4 du mésentère, 7 du péritoine, 1 de la paroi abdominale, 2 de l'intestin, 5 du rein, 1 de la vessie, 3 du foie, 6 du bassin, 1 grossesse extra-utérine, 67 tumeurs bénignes ou malignes de l'utérus (dont 56 enlevées par le vagin).

A ces trois parties de son livre, M. Péan a ajouté un appendice où il fait figurer les principaux modèles des pinces qu'il a imaginées pour obtenir l'hémostase au cours des opérations chirurgicales. A. R.

Atlas-manuel d'anatomie descriptive du corps humain (1), par A. Prodhomme.

L'Atlas-Manuel, que M. Prodhomme livre au public médical, répond à une idée ingénieuse. C'est un petit album renfermant des dessins et croquis de préparations anatomiques, collectionnés pendant que l'auteur, jeune étudiant, se livrait à l'étude de l'anatomie.

C'est un livre commode, facile à emporter à l'amphithéâtre, facile à consulter avec ses nombreuses figures et son texte en regard. Mais rendra-t-il, aux étudiants et aux médecins, le service qu'on espère? Il nous est permis d'en douter.

Les figures sont bien trop petites, trop noires, trop confuses, pour permettre à l'élève de reconnaître les détails qui peuvent l'embarrasser. Les proportions sont même à peine conservées. En regardant la figure qui représente l'occipital, l'étudiant y prend des notions qui risquent d'être peu exactes. Passons sur l'ethmoïde, dont le dessin est confus ; mais, il faut avouer que les trois figures destinées à représenter le temporal sont absolument défectueuses et insuffisantes. Il en est de même de la face inférieure du crâne et de la face interne de la cavité cranienne.

Il est impossible de prendre les choses par le détail ; le même reproche s'adresse à la totalité du livre, et il est certain qu'à côté de figures passables, la plupart des autres dessins sont sans grand intérêt pour l'élève, qui ne puisera dans leur étude que des notions vagues et parfois erronées. A. R.

Diagnostic des maladies chirurgicales (2), par le professeur Albert (de Vienne), traduit par les docteurs Thiriar et Laurent.

Le livre d'Albert est un livre de clinique tout entier consacré à l'étude des principaux symptômes des affections chirurgicales, symptômes dont les qualités, le mode d'évolution, le groupement forment la base de tout diagnostic chirurgical. Il est difficile de fournir une analyse véritable du livre d'Albert, car presque toute la chirurgie y est passée en revue. Toutefois, l'étude d'un seul chapitre nous fera concevoir le plan général de l'ouvrage et nous permettra d'apprécier les précieuses ressources qu'il renferme.

Le premier chapitre peut être pris pour type, il est intitulé : *Attitudes anormales de la tête et maladies qui y donnent lieu.* Par ce simple énoncé, on voit que l'idée dominante du professeur de Vienne a été de fournir à ses élèves, et aux médecins qui le liront, les éléments qui doivent les guider dans leur examen et les conduire au diagnostic.

Dans certains cas, la tête peut être déviée de son attitude physiologique et prendre une position vicieuse, que l'on corrige aisément à l'aide d'une simple pression manuelle. Dès que cette pression cesse, la tête reprend sa position vicieuse. Il faut songer, dans ce cas, à la paralysie d'un groupe musculaire. Mais, presque toujours, l'attitude défectueuse ne saurait se corriger aussi facilement ; dans ce cas, d'autres symptômes se surajoutent, et ce sont eux qui permettent de préciser le diagnostic : lésions musculaires, osseuses, articulaires : abcès, fistules, douleurs, etc. C'est de l'analyse de ces différents symptômes que l'on pourra conclure à l'existence d'un simple torticolis, d'un rhumatisme vertébral ou d'un mal de Pott cervical.

S'il s'agit de cas traumatiques, il convient de bien analyser les différentes qualités de l'attitude vicieuse ; car c'est ce qui permettra, le plus souvent, de reconnaître la fracture de la luxation, et de distinguer entre eux les différents degrés de la luxation. Tous les détails nécessaires, toutes les finesses d'examen sont exposées dans le Traité de diagnostic chirurgical.

En somme, ce livre est un vrai et bon livre de clinique, sagement pensé, bien mûri, clairement écrit ; toutes qualités qui ne sont pas l'apanage commun de beaucoup des ouvrages qui nous viennent d'outre-Rhin ; mais ceux qui, comme moi, ont eu la bonne fortune de suivre l'enseignement du professeur Albert, ne seront point étonnés de la valeur du livre, parce qu'ils connaissent les qualités brillantes du professeur et du chirurgien viennois. A. R.

Gymnastique des écoles (adoptée par le Conseil municipal de Paris) ; — **Système de l'Opposant** (1), par J.-L. Pichery.

Devant le grand nombre d'enfants que l'enseignement primaire obligatoire allait réunir dans nos écoles, il n'était pas possible de désigner un choix d'exercices, et de déterminer un mode de fonctionnement pour établir une gymnastique. Il fallait trouver des procédés pour que chaque exercice proposé pût être exécuté, dans des conditions normales d'hygiène et d'ordre, par un grand nombre d'enfants à la fois, dont le maximum pourrait être de cinquante. Ces exercices devaient pouvoir s'appliquer dans la plus grande partie des locaux dont l'administration dispose, sans causer d'encombrement. Il fallait une méthode qui permît de donner, tous les jours, une bonne leçon de gymnastique à chaque élève, sans que les études en fussent gênées. Pour cet état nouveau, on devait créer des professeurs en quelque sorte spéciaux pour appliquer la méthode nouvelle.

Nous devons ajouter à ces éléments du programme à remplir, des moyens pratiques économiques. Tous ces points ont été résolus, d'une façon satisfaisante, par l'adoption du système de M. Pichery.

Les premières applications de ce système eurent lieu à Bicêtre chez les enfants arriérés, dans le service de M. le docteur Bourneville : quoique ces enfants fussent dans un état d'infériorité, la simplicité des mouvements à exécuter avec le concours de l'opposant fournit les moyens de les faire exercer sans trop de peine. Une amélioration importante s'est manifestée rapidement dans leur état de santé. Depuis cette époque, deux fois par jour ces pauvres déshérités font leurs exercices.

Le directeur de l'enseignement primaire, instruit de ces résultats, autorisa des essais à l'école de la rue de Poissy ; après trente leçons, une commission fut nommée qui a approuvé cette méthode à l'unanimité. Cinq écoles furent immédiatement agencées. Aujourd'hui, vingt écoles fonctionnent avec un succès qui va croissant, au grand contentement des parents, au bénéfice et à la grande joie des enfants, et malgré les difficultés et les oppositions de toutes sortes qui n'ont pas manqué à l'inventeur de la méthode de l'opposant.

M. Pichery a su tirer de l'école même tous ses moyens d'enseignement, il lui a emprunté un personnel docile et régulier, aux formes adoucies et correctes. De là, l'opposition des professeurs spéciaux de gymnastique dont on peut se passer avec sa méthode.

En publiant ce volume spécial aux écoles, M. Pichery semble heureux de pouvoir s'occuper de nouveau de la question médicale qui a été l'objet de ses constantes préoccupations : il décrit l'instrument qu'il emploie avec un soin tout particulier, il en indique les procédés et les ressources, il appuie ces démonstrations d'exemples de traitement, il montre au jeune médecin les moyens de former des aides, il multiplie les procédés d'hygiène,

(1) Petit in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Gr. in-8°. Prix : 7 francs. — Bruxelles, A. Manceaux.

(1) 1 vol. in-8° avec gravures. Prix : 5 francs. — Paris, Bibliothèque scientifique et médicale, 4, rue Antoine-Dubois.

il voudrait enfin que le médecin fît emploi de l'opposant et suivît son système, en entrant dans cette voie, au lieu d'abandonner ses malades atteints d'affections chroniques.

Dans la province comme à Paris, les professeurs de gymnastique laborieux, qui ont le souci de leur profession et qui s'adonneront à la pratique de l'opposant, pourront donner des soins plus éclairés et avec plus de sûreté aux enfants dans les familles; ils pourront aussi, près du médecin, trouver à utiliser, parmi ses malades, les nouvelles ressources que cet instrument si commode met dans leurs mains.

On trouvera dans ce nouveau livre des aperçus physiologiques un peu hardis, peut-être, mais que la constance des résultats obtenus par l'auteur l'ont autorisé à publier. Nous avons été à même, aussi bien dans les écoles primaires que dans la clientèle privée, d'apprécier les bons résultats de la méthode de M. Pichery et nous ne saurions trop la recommander. Aussi engageons-nous les médecins à lire ce nouvel ouvrage qui les mettra parfaitement au courant de cette méthode ingénieuse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 juin 1890, M. le docteur Rontin, maire de Mézin, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 mai 1890, un concours s'ouvrira le 1er décembre 1890, à l'École de médecine de Tours, par l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Caussade est nommé chef du laboratoire de clinique chirurgicale (hôpital de la Pitié), en remplacement de M. Guinon, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Barret de Nazalis est délégué dans les fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Suzanne, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Guibert (Charles-Adolphe), délégué dans les fonctions d'aide-préparateur d'anatomie pathologique, est nommé titulaire dudit emploi.

— *Postes médicaux.* — Eure : s'adresser à M. le docteur Leborgne, à Pont-Saint-Pierre (Eure). — Indre : s'adresser à M. le docteur André, à Poulaines (Indre). — Meuse : s'adresser au maire d'Ippécourt (Meuse).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. François-Franck a terminé la lecture de son travail sur les accidents produits par le chloroforme. Après avoir nettement indiqué le mécanisme physiologique d'après lequel se produisent ces accidents au début de la chloroformisation, il étudie, dans cette seconde partie, les modifications qui se produisent dans la circulation et la respiration pendant la période d'excitation, pendant la période d'anesthésie complète et enfin dans la période d'intoxication; puis il s'applique à montrer les moyens de prévenir ou de combattre ces accidents. Tout cela, chez les animaux en expérience, est d'une netteté, on pourrait même dire d'une simplicité merveilleuse. Mais, au dire de M. Le Fort, qui a demandé la parole après M. François-Franck, comme au dire de M. Verneuil, comme probablement aussi au dire de tous les chirurgiens, il n'en est pas de même chez l'homme, où le problème se complique d'un élément d'impressionnabilité morale qui fait défaut chez le cobaye ou le lapin. M. Le Fort nous a même semblé forcer un peu la note en attribuant à la peur, chez les opérés, un rôle primordial au point de vue de la production des accidents syncopaux. Quoi qu'il en soit, nous allons voir se renouveler, dans cette discussion, toujours la même querelle entre les physiologistes et les cliniciens. Elle n'en sera pas moins intéressante, ni moins instructive.

L'Académie a entendu plusieurs autres communications : un rapport de M. Rochard sur deux mémoires de M. Bertrand (de Brest), relatifs aux abcès du foie et, en particulier, à la nature microbienne de ces abcès; une présentation, faite par M. Panas, d'une ingénieuse modification du thermocautère permettant son application à l'ophthalmologie et à beaucoup d'autres opérations chirurgicales; une lecture de M. Ledouble (de Tours) sur le muscle présternal et certaines anomalies des collatérales de la crosse aortique.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hérard sur les candidats au titre d'associé étranger. La liste de présentation porte : en première ligne *ex æquo*, MM. Van Beneden et West; en deuxième ligne, M. Fayser.

Au début de la séance, M. le Président a annoncé la perte que la Compagnie vient de faire dans la personne de M. Goubaux, membre titulaire de la section de médecine vétérinaire. Cette perte sera vivement ressentie par tous ceux qui ont connu cet honorable et modeste savant.

M. Verneuil a appelé, lundi dernier, l'attention de l'Académie des Sciences sur une opération absolument nouvelle, qui fait le plus grand honneur au chirurgien distingué qui l'a imaginée, exécutée et menée à bonne fin.

« Il ne s'agit point, en effet, ici, dit M. Verneuil, d'une tentative empirique, faite au hasard, ni d'une sorte de vivisection humaine, comme on en a exécuté trop souvent de nos jours. La résection partielle des os de la voûte du crâne, opposée à la microcéphalie, est une conception tout à fait rationnelle, inspirée par l'anatomie et la physiologie pathologiques, et qui a déjà donné, conformément à l'*a priori* théorique, un résultat fort remarquable.

Sans doute, l'entreprise semble hardie, et ne laisse pas que de l'être ; mais elle n'est pourtant point téméraire, étant donné la bénignité des opérations dans l'enfance, la simplicité du manuel opératoire, et surtout la latitude extrême que la pratique de l'antisepsie donne à nos interventions chirurgicales. »

M. Verneuil a vu ce matin même la fillette, et a, de plus, examiné un autre enfant qui, tout récemment, a subi la même opération. Tous les deux vont à merveille. Dès aujourd'hui, on peut donc compter sur le *succès opératoire* de la *craniectomie*, telle que la pratique M. le professeur Lannelongue.

Quant au succès thérapeutique, l'avenir décidera, et d'ailleurs le dernier mot n'est pas dit sur la question opératoire et sur les perfectionnements qu'on y peut apporter.

Voici cette observation résumée :

Il s'agit d'une petite fille de quatre ans, ayant des déformations craniennes considérables et présentant tous les signes de la microcéphalie dans sa forme grave. Elle est née à terme, sans accident, d'un père âgé de trente-huit ans et d'une mère âgée de trente-cinq ans, tous deux fort bien portants. On ne peut donc trouver trace d'influence héréditaire. La jeune malade a cinq frères ou sœurs en bonne santé.

Cette enfant a toujours été en retard jusqu'à trois ans; elle n'a jamais mangé que des aliments liquides; mais elle n'a jamais marché, elle n'a même jamais pu se tenir debout. Depuis quelques semaines seulement, elle balbutie quelques syllabes, tou-

jours les mêmes. Sa salive s'écoule constamment par la bouche en bavant. La malade ressemble à un enfant de deux ans mal développé. Elle est petite, chétive, ses yeux sont cependant brillants; mais rien ne peut captiver son attention. Elle pousse, d'une façon continue, des cris inarticulés et s'agite constamment sans but. Son corps est grêle, sa taille est de 77 centimètres; la circonférence du thorax, prise au niveau des mamelons, est de 45 centimètres; ses os sont petits, ses extrémités sont longues et grêles.

Mise debout, l'enfant tombe dès qu'on cesse de la maintenir; même tenue par les bras, elle ne peut marcher; ses membres inférieurs s'agitent alors d'une façon désordonnée et précipitée, mais sans produire de déplacement du tronc. Elle se borne à piétiner sur place, par saccades irrégulières.

Il n'y a ni contracture, ni paralysie, ni trouble de sensibilité.

La tête est remarquablement petite et très déformée, le crâne est étroit, aplati transversalement, très saillant, au contraire, sur le vertex; c'est un type du genre *scaphoïdien*.

La face présente un prognathisme très accusé, elle est amincie en travers, le nez est développé et aquilin, le front fuyant et très étroit. Le diamètre occipito-frontal est seul à peu près normal; il mesure 155 millimètres; mais les autres sont très amoindris: le bi-pariétal n'a que 119 millimètres, le bi-auriculaire 105, le bi-frontal 86.

En résumé, la jeune malade présente un vrai type de microcéphalie avec idiotie.

Trois théories ont cherché à expliquer cette affection. Pour Virchow, c'est l'ossification prématurée des sutures qui est la lésion principale. Pour Vogt, Baillarger, Broca, Bourneville la microcéphalie serait la seule lésion, le cerveau serait congénitalement petit, mais avec sa forme conservée.

Une troisième théorie, plus actuelle, paraît avoir plus de crédit, et admettrait qu'il y a un trouble pathologique fœtal, portant à la fois sur le cerveau et sur son enveloppe osseuse.

Sur un crâne, provenant d'une autopsie qu'il avait faite dans le service de M. Legroux, M. Lannelongue a pu constater des lésions craniennes des plus manifestes (ostéites, exostoses, hyperostoses); de là l'idée d'agir chirurgicalement sur la paroi cranienne.

L'opération fut pratiquée le 9 mai. Une incision, faite à un travers de doigt de la suture sagittale et parallèlement à elle, permet d'enlever une bande de tissu osseux, large de 6 millimètres et longue de 9 centimètres. L'opération fut faite du côté gauche, qui était le plus déprimé. La dure-mère fut respectée, la suture, sans drainage, amena une réunion rapide.

Le 15 juin, on peut constater que la jeune opérée est devenue calme, les cris incessants qu'elle poussait ont cessé dès le lendemain de l'opération; elle s'intéresse à tout ce qui l'entoure, elle joue, elle est heureuse qu'on s'occupe d'elle; elle comprend, elle essaie de parler et prononce quelques mots; enfin, elle ne bave plus, se tient debout, marche à pas réguliers et mange seule à table.

Les phénomènes d'excitation cérébrale ont donc complètement disparu, en même temps que l'intelligence progresse et se développe rapidement.

La cicatrice cranienne est mobile, non adhérente à l'os et, à travers elle, on sent une dépression linéaire profonde.

Nous avons tenu à publier cette observation dans ses principaux détails, car c'est le premier fait de craniectomie pour microcéphalie qui existe dans la science (1), et nous nous associons pleinement aux remarques élogieuses dont M. Verneuil a fait précéder l'observation de M. Lannelongue.

(1) Cette opération vient confirmer les vues toutes théoriques que M. Guéniot émettait, à la fin de 1889, dans une communication à l'Académie de médecine, lorsqu'il disait: « Aujourd'hui que la chirurgie cranienne, grâce aux pratiques antiseptiques, est devenue d'une réelle bénignité, ne pourrait-on pas concevoir une opération libératrice qui permettrait à l'encéphale de prendre, au moins en partie, son expansion naturelle? Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette grave question. Mais, dans ma pensée, la création d'une sorte de réseau membraneux, propre à remplacer les fontanelles et les sutures oblitérées, ne serait pas absolument au-dessus des ressources de l'art. C'est à l'aide d'opérations successives, pratiquées à de longs intervalles, que je comprends la possibilité de réaliser avec fruit cette conception thérapeutique. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Le criminel (1).

IX

Un autre caractère essentiel de l'état mental des hystériques, c'est la facilité et l'habileté avec lesquelles elles mentent. Elles mentent si bien qu'il peut en résulter les condamnations les plus injustes, comme on l'a vu, en 1835, dans le procès célèbre de La Roncière Le Noury qui, étant élève à Saumur, fut accusé d'avoir violé la fille du général commandant l'École, sur l'insinuation mensongère de cette jeune personne, et fut condamné à dix ans de prison, qui ont été faits.

Lasègue a rapporté aussi l'observation, non moins intéressante, de cette petite fille qui, après avoir déserté pendant huit jours le domicile de ses parents, revint en racontant qu'elle avait été violée par un homme dont elle faisait un portrait si ressemblant qu'il était impossible de ne pas reconnaître le duc de Morny, alors tout-puissant. Après une enquête des plus mystérieuses, on finit par s'apercevoir qu'elle avait été tout simplement chez les parents d'une de ses amies de pension. Il y en a qui poussent la simulation jusqu'au point de feindre d'avoir commis des crimes. Il y a quelques années, une jeune femme, très mondaine, raconta qu'en passant près du pont de Chatou, un monsieur lui ayant adressé une injure, elle lui avait brûlé la cervelle et avait jeté son corps dans le fleuve. On rechercha le cadavre, mais naturellement on ne trouva rien, c'était un pur roman.

Une autre prétendait avoir été victime d'un attentat pendant un trajet en chemin de fer, et elle présentait le couteau taché de sang dont elle avait été frappée. M. Clément parvint à trouver le coutelier qui avait vendu le couteau à cette femme elle-même.

Un médecin d'Arbois a eu l'occasion de voir deux jeunes gens qui ont fait trois ans de prison sous l'inculpation d'avoir violé une jeune fille et de lui avoir rempli le vagin de petits morceaux de fer. Il s'agissait, une fois de plus, d'un roman d'hystérique.

Il y a encore des choses bien singulières dans l'état d'esprit de ces femmes. Il y a quelques années, une nommée Marie J... s'était faite garde-malade à Genève pour le plaisir de commettre des empoisonnements, et elle avait successivement empoisonné neuf personnes avant d'être arrêtée. D'ailleurs, elle ne profitait en rien du crime, elle ne volait pas, elle empoisonnait pour empoisonner. Il y a eu une affaire de ce genre à Amsterdam, où l'on a compté

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 669.

jusqu'à 70 empoisonnements dont 15 morts; le même fait s'est produit aussi à Rennes. Ici, le mobile du crime paraît être simplement une satisfaction morbide. Je ne dirai pas pour cela que tous les empoisonnements soient faits par des hystériques. Mais, pour Marie J..., je ne trouve pas d'autre explication : le seul mobile soupçonné par le juge d'instruction, c'était la prime de 5 francs, que les pompes funèbres donnent, à Genève, aux personnes qui annoncent une mort, ce qui aurait fait en tout, à cette femme, une somme de 45 francs !

Il y a encore une chose que les hystériques inventent assez volontiers. Elles ont souvent des ecchymoses qu'elles utilisent en disant avoir reçu des coups de pied ou des coups de poing de leur mari. Elles ont soin de faire constater leurs ecchymoses par un médecin et ce certificat est porté au procès. Je vous signale ce danger pour que vous vous teniez sur vos gardes.

D'autres ont des stigmates au creux des mains et à la plante des pieds, qu'elles utilisent dans le sens superstitieux.

Il y a des ecchymoses qui surviennent pendant les attaques, à propos de contusions que les malades se font dans leurs mouvements. D'autres se produisent en dehors de l'attaque sans aucun traumatisme. Encore une fois, il faut savoir s'en méfier à propos des certificats.

Le plus souvent, ces femmes sont en même temps des jeûneuses. Il est certain qu'elles peuvent vivre pendant très longtemps, avec une quantité de nourriture vraiment insignifiante, mais il y en a qui s'exposent à mourir par la conviction avec laquelle elles jouent leur rôle.

Lorsqu'on monte l'imagination des hystériques, on peut arriver parfois aux cures les plus merveilleuses. Dupuytren avait été appelé un jour auprès d'une marquise qui avait une contracture des mâchoires. En entrant chez elle, Dupuytren, sans prononcer un mot, lui appliqua sur la joue un vigoureux soufflet. La marquise ouvrit aussitôt la bouche pour donner l'ordre à ses valets de mettre Dupuytren à la porte... mais elle était guérie. C'est un procédé que je ne saurais vous conseiller : il n'est pas à la portée de tout le monde.

Voici encore un fait qui m'est arrivé personnellement. Une jeune fille avait une coxalgie vraie, mais, au cours de la guérison, elle avait fait une contracture hystérique qui était venue se surajouter à la première infirmité. Gosselin, appelé en consultation, m'engagea à faire des réserves vis-à-vis de la famille sur la probabilité d'une guérison subite, et, d'après son conseil, j'écrivis à un oncle de la jeune fille : « Votre nièce guérira, sous l'influence d'une émotion vive, à la condition qu'elle ne sache pas que les médecins y comptent. » Un jour, en arrivant, je m'aperçus, au nez de la femme de chambre, que l'on se moquait de moi. Pénétrant dans la chambre de la jeune fille, je lui donnai l'ordre de marcher : elle fut très étonnée que je fusse au courant de sa guérison. On m'apprit alors qu'on l'avait fait coucher avec les os du Père Olivain, une des victimes de la Commune, et on me demanda de certifier, sur une belle feuille de papier apprêtée à l'avance, que la malade avait guéri miraculeusement. J'écrivis alors : « Cette jeune fille a guéri subitement, à la suite d'une émotion violente, qui a été salutaire. » On ne m'a jamais redemandé dans cette famille.

THÉRAPEUTIQUE

Nouveau moyen d'administrer la viande crue.

Par M. le docteur Zabé.

La viande crue, hachée, est l'agent de rénutrition le plus puissant que la thérapeutique ait à sa disposition. Son pouvoir hémátogène, dans l'anémie globulaire, est bien supérieur à toutes les autres préparations. La viande grillée est tout aussi nourrissante; elle possède, de plus, des qualités savoureuses, dues à l'osmazôme, qui excitent l'appétit; mais elle n'a pas, comme la viande crue, une action spéciale, biologique, sur la sanguification. Que l'hémoglobine soit assimilée sous sa forme nouvelle d'hématine, ou qu'elle agisse sur les globules sanguins, soit en les enrichissant directement, soit en les modifiant par sa seule vertu de présence, ces effets analeptiques et sanguificateurs n'en sont pas moins constants sur un organisme déprimé.

Malheureusement, bien peu de malades acceptent de se soumettre à ce régime, à cause de la répugnance que la viande crue inspire au plus grand nombre. Divers procédés ont bien été essayés pour masquer ce goût de viande si désagréable; ils n'ont pas donné les résultats espérés. La conserve de Damas de Trousseau, la marmelade de viande à la gelée de fruits, etc., tout en augmentant le volume de la matière à ingérer, ont pu vaincre rarement les exigences des malades, exigences d'autant plus invincibles que la plupart de ces derniers ont, depuis longtemps déjà, la viande en horreur.

Enfin, un autre inconvénient, et non le moindre, c'est que la purée de viande crue, préparée dans les ménages, peut contenir des cysticerques du tænia et aussi des bacilles de la tuberculose.

Pour triompher de ces difficultés, il s'agissait donc de trouver un moyen pratique de concentrer la viande crue, sous un volume restreint, tout en détruisant les cysticerques qu'elle pouvait contenir; de la stériliser d'une façon absolue au point de vue des micro-organismes pathogènes transmissibles, sans toutefois altérer ses caractères physiologiques; d'arriver, enfin, à un produit de longue conservation, qui fût accepté par les malades.

C'est le problème qu'a résolu avec succès M. L. Rousseau. Dans une étude récente (1), ce distingué pharmacien expose son procédé et attribue les avantages de sa préparation à l'association intime du sucre à la pulpe de viande.

Du filet de bœuf, soigneusement dégraissé, est finement pulpé à travers une plaque d'acier, percée d'une multitude de trous, calibrés à 1 millimètre de diamètre. Cette pulpe, mélangée à du sucre, dans la proportion maxima d'un cinquième de son poids, est ensuite passée dans une broyeuse à trois cylindres, serrés progressivement de façon à ne plus permettre le passage d'une feuille de papier d'un dixième de millimètre d'épaisseur. Il en résulte une association intime de la chair musculaire avec le sucre. Et les cysticerques qui pourraient s'y trouver sont sûrement détruits, aucune partie du mélange ne pouvant échapper à l'action des cylindres. Ce saccharure de viande, broyé en plaques minces, est ensuite étalé sur des claies métalliques qui sont portées dans une étuve spéciale à ventilation, chauffée à une température constante de + 40 degrés. La dessiccation est poussée à son extrême limite, afin d'épuiser les 75 p. 100 d'eau de constitution que la viande contient en moyenne.

Tous les autres modes de séchage en usage donnent lieu à des dédoublements; les acides sont mis en liberté, et l'hémoglobine du muscle se transforme en globuline et en hématine, laquelle donne à la viande une coloration brune, semblable à celle du vieux chêne. Tandis que, par le procédé Rousseau, la viande séchée est d'un rouge foncé à la lumière réfléchie, et d'un beau rose à la lumière transmise. Le saccharure, une fois râpé,

---

(1) L. Rousseau. De la viande crue et de son association au sucre de canne (oxine) au point de vue physiologique et chimique. *Journal de médecine de Paris*, 8 juin 1890.

absorbe environ trois fois son poids d'eau, et le liquide, qui résulte de cette hydratation, offre tous les caractères du plasma musculaire, obtenu par expression du muscle frais.

Le séchage terminé dans les conditions ci-dessus indiquées, toute trace d'eau de constitution ayant disparu, le saccharure peut être porté progressivement à une température de + 105 degrés, sans craindre d'altérer, en quoi que ce soit, les principes albuminoïdes de la viande. Il y a donc toute certitude de détruire les micro-organismes qui pouvaient la contaminer, entre autres le bacille de la tuberculose.

Le saccharure de viande, stérilisé, est remis à macérer dans de l'eau froide, préalablement bouillie, et en quantité suffisante pour qu'avec un nouveau broyage, on puisse obtenir une pâte, à laquelle il ne reste plus qu'à donner la forme et l'arome désirés. C'est ainsi que M. Rousseau est arrivé à obtenir des pulpes, concentrées au tiers de leur volume primitif, en leur conservant les caractères de la viande crue. Et c'est ce produit qu'il appelle *Oxine* (de l'anglais : *ox*, bœuf), divisé en tablettes et aromatisé au citron; chaque tablette renferme 10 grammes de tissu musculaire de bœuf.

Pour augmenter la valeur thérapeutique de l'Oxine, chaque tablette contient également 25 centigrammes de phosphate de chaux assimilable. Or, chacun sait que le phosphate de chaux joue un rôle important dans l'accomplissement de la nutrition.

Enfin, la digestibilité de ce saccharure de viande phosphaté, d'après des essais de peptonisation artificielle, est sensiblement la même que celle de la viande crue.

En résumé, l'Oxine Rousseau est un saccharure de viande qui, sous un volume restreint, renferme tous les éléments constituants de la chair musculaire, avec leurs caractères physiologiques. Présenté sous une forme agréable, il est facilement accepté par les malades. Son pouvoir alibile et hématogène est augmenté de l'action nutritive du phosphate de chaux assimilable. Sa digestibilité est égale à celle de la pulpe de viande crue.

Il a, sur cette dernière, l'avantage de ne jamais contenir de cysticerques, pas plus que de micro-organismes pathogènes transmissibles. Aussi les praticiens qui ont expérimenté ce nouveau produit ont-ils été satisfaits des résultats obtenus. Une recommandation très importante à adresser aux malades, c'est de mâcher et non de sucer les bonbons d'Oxine.

Quant aux indications que comporte ce nouvel agent thérapeutique, elles sont des plus nombreuses. Tous les cas si fréquents d'anémie globulaire, les différentes dyspepsies, la phthisie pulmonaire et les autres maladies consomptives sont ses tributaires habituels. Les vomissements, chez les tuberculeux, sont rapidement enrayés. Dans la diarrhée chronique des enfants, trois à six tablettes d'Oxine sont administrées chaque jour, comme remède exclusif et comme unique aliment. Mais c'est surtout dans le traitement des maladies générales de la seconde enfance que la vertu sanguificatrice de ce saccharure de viande est des plus manifestes. Il rend également de signalés services dans tous les états valétudinaires. L'expérimentation clinique, que nous avons faite personnellement de l'Oxine, nous a convaincu, par les résultats obtenus, que la thérapeutique possédait dans ce nouveau médicament un précieux moyen d'administrer la viande crue aux malades difficiles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juillet 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend une lettre de M. Farge (d'Angers), qui se porte candidat au titre de correspondant national.

RAPPORT

Abcès du foie. — M. ROCHARD fait un rapport sur deux travaux de M. Bertrand (de Brest) sur les abcès du foie, le premier sur « la valeur séméiologique du frottement péri-hépatique » (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 261); le second sur « la nature microbienne de ces abcès ». Dès 1886, MM. Cornil et Babès ont trouvé des micrococques dans des abcès métastatiques du foie; peu après est venu un travail de MM. Kirmisson et de Gennes; en 1888, Kartulis (d'Alexandrie) a trouvé, dans des abcès dysentériques, une fois le staphylococcus aureus, une fois le bacillus pyogenes fœtidus. Quant à M. Bertrand, dont les recherches remontent à 1887, il a trouvé les deux staphylocoques dans l'intestin et dans les selles de dysentériques; de même dans les abcès dysentériques du foie. Ces microbes pénètrent donc par les ulcérations intestinales et sont charriés dans la veine porte. Cela déjà prouve que ces abcès ne sont pas spécifiques de la dysentérie : et M. Bertrand l'a prouvé en montrant qu'on les produit expérimentalement par injection directe des staphylocoques dans le foie.

LECTURES

Extension de l'usage du thermocautère. — M. PANAS présente des couteaux à thermocautère capables de suppléer à presque tous les usages du galvano-cautère, instrument difficile à manier dans la pratique. Ces couteaux, très fins, de modèles variés, pointus ou mousses, rectilignes ou courbes, en tête de moineau, rendent de grands services en ophthalmologie, pour les ulcères de la cornée en particulier. Ils rayonnent fort peu.

Pour enlever les tumeurs vasculaires, la langue, on peut remplacer l'anse galvanique par des anses de serre-nœud en deçà desquelles on coupe au thermocautère. M. Panas a enlevé ainsi, sans résection osseuse, une moitié de la langue avec l'amygdale correspondante et une partie du voile du palais et du pharynx. La perte de sang a été nulle.

COMMUNICATIONS

Anatomie et anatomie comparée. — M. LEDOUBLE (de Tours) fait deux communications, la première sur un muscle présternal qu'il a trouvé 33 fois, sur 722 dissections, chez l'homme, situé en avant du sternum, immédiatement sous la peau.

Ce muscle présternal. unilatéral ou bilatéral, se continue généralement en haut avec les tendons sternaux des muscles sterno-cléido-mastoïdiens; quelquefois il s'insère directement, soit sur le sternum, soit sur le bord antérieur de la clavicule.

Très rarement il se continue avec le peaucier du cou, et plus exceptionnellement encore s'attache aux côtes ou aux cartilages costaux.

En bas, les sternaux peuvent s'insérer : au troisième cartilage costal et à la quatrième côte, au cinquième cartilage costal et à la cinquième côte, et ainsi de suite jusqu'à la huitième côte. Ils peuvent se perdre sur la gaine des muscles grands droits et grands obliques de l'abdomen.

Ordinairement le sternal est verticalement dirigé, quelquefois on rencontre deux muscles entrecroisés sur la ligne médiane.

Quant à la signification physiologique de ce muscle, elle ne saurait encore être déterminée malgré les nombreuses discussions dont elle a été l'objet.

La seconde communication de M. Ledouble a trait aux anomalies et à l'anatomie comparée des collatérales de la crosse aortique. (Comm. : MM. Marc Sée et Duval.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES ACCIDENTS PRODUITS PAR LE CHLOROFORME

M. FRANÇOIS-FRANCK passe en revue, aujourd'hui, les modifications qui se produisent sur la circulation et la respiration pendant la période d'excitation, pendant la période d'anesthésie complète, enfin pendant la période d'intoxication.

Il a observé que, pendant la période d'excitation du chloroforme, toute irritation périphérique brusque et violente peut, en surajoutant son effet, exagérer les réactions spasmodiques respiratoires, qui existent plus énergiques encore qu'à la première période. Elle peut même, à un degré de plus, produire des acci-

dents d'inhibition centrale et la syncope respiratoire qui en est la manifestation extérieure.

Ses expériences lui ont encore montré qu'il se produit une augmentation directe et réflexe des vaso-constricteurs, pendant la période d'excitation du chloroforme, ce qui constitue une raison d'abstention pour l'opérateur pendant cette période.

Il suffit d'attendre quelques instants pour franchir cette phase dangereuse et pour arriver à la période vraiment opératoire de l'anesthésie, celle qui se caractérise non seulement par la suppression de la sensibilité, mais aussi par la tolérance des appareils nerveux d'arrêt de la respiration et du cœur.

Il y a donc intérêt à supprimer cette période d'excitation ou tout au moins à l'abréger, à l'atténuer.

L'indication est de mettre les centres nerveux dans un état de moindre réactivité, d'amortir, en quelque sorte, leur impressionnabilité au contact du chloroforme. La morphine réalise cet avantage si précieux ; elle offre, d'autre part, des inconvénients sérieux, dont le principal est la facilité avec laquelle survient l'extinction graduelle des mouvements respiratoires pendant l'anesthésie confirmée. Cependant, avec une surveillance attentive, la morphine à petites doses rend de réels services chez les sujets impressionnables.

M. François-Franck a employé quelquefois avec succès, pendant la période d'excitation, des inhalations d'éther, qui ont fait disparaître rapidement l'excitation ; il croit encore que l'anesthésie locale, faite au point où doit porter l'intervention chirurgicale, est utile ; elle rend le grand service d'atténuer l'intensité de l'excitation provocatrice, et par là supprime la réaction d'arrêt cardiaque si justement redouté.

Quand la phase d'excitation est franchie, le chloroforme déprime la réactivité nerveuse centrale, tout à l'heure exagérée, et on entre dans la période où tout réflexe est suspendu, après s'être graduellement atténué.

La respiration continue à s'effectuer, entretenue par l'action automatique des centres respiratoires bulbaires encore respectés par le poison chloroformique ; elle est superficielle, mais suffisante, si la dose tolérable de chloroforme n'est pas dépassée.

Le cœur, tout en continuant de fonctionner régulièrement, n'est plus en rapport avec les centres nerveux par ses nerfs d'arrêt, ni par ses nerfs accélérateurs ; on peut assister à la disparition successive de l'excitabilité centrale réflexe et de l'excitabilité périphérique directe des nerfs cardiaques, à partir du début de l'anesthésie confirmée.

L'action modératrice directe du bout inférieur du pneumogastrique diminue elle aussi et peut même disparaître complètement. La sécurité est donc doublement assurée par la suppression des influences modératrices centrales et par celle des moyens d'action périphérique, quand on opère à cette période de tolérance du cœur.

Le système vaso-moteur, surexcité pendant la période d'excitation, perd peu à peu son excitabilité réflexe et directe. La pupille, dilatée tant que dure la période d'excitation, se resserre très rapidement, dès que le calme s'établit.

Telles sont les modifications observées pendant la chloroformisation graduelle sur la respiration, le cœur, les vaso-moteurs et la pupille.

La période d'intoxication succède à la période précédente, quand le chloroforme a pénétré dans le sang ; à ce moment, ce qu'on observe, ce sont des accidents cardiaques. Il semble que l'action toxique du chloroforme s'exerce directement sur la fibre cardiaque elle-même. Le système nerveux central paraît étranger à ces accidents cardiaques d'intoxication.

Ce qu'il importe de retenir, c'est que : 1° l'arrêt toxique n'est jamais instantané, comme l'est l'arrêt réflexe des phases précédentes ; 2° il n'est pas non plus total d'emblée (l'oreillette s'arrête la première) ; 3° il s'annonce par l'affaiblissement du pouls artériel, par la distension croissante des jugulaires et la suppression de leurs battements. Ces faits expérimentaux permettent de supposer que plus le myocarde sera vigoureux et résistant, moins l'action toxique du chloroforme aura de prise sur lui et *vice versâ*.

M. François-Franck a également fait quelques recherches sur les moyens à employer pour éviter les différents accidents produits pendant la chloroformisation. Ces recherches l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Contre les arrêts respiratoire et cardiaque d'ordre réflexe, qu'on n'a pu éviter dans la période initiale de la chloroformisation, la respiration artificielle par manœuvres externes, énergiquement pratiquée et sans retard, peut rendre les mêmes services que l'insufflation pulmonaire ;

2° Contre les arrêts respiratoires seuls et, à plus forte raison, suivis d'arrêt du cœur, qui résultent de l'intoxication par le chloroforme, l'insufflation pulmonaire, associée à des pressions rythmées du thorax, doit être pratiquée.

M. LE FORT intervient brièvement dans cette discussion pour dire que tous les arguments, toutes les expériences de MM. Laborde et François-Franck ne lui semblent fournir aucun renseignement applicable à la pratique chirurgicale. Il ne nie en rien l'intérêt scientifique qui s'attache à ces recherches, mais il croit que leurs déductions ne sont pas applicables à l'homme.

Pour les physiologistes, la mort par le chloroforme se produit de deux manières : au début, elle est due à une action réflexe; plus tard, elle est le résultat d'une intoxication. Or, dans la pratique chirurgicale, on ne voit, en général, rien de semblable. Certainement, la mort peut survenir au début de la chloroformisation, mais il est bien rare alors qu'elle soit due à une syncope réflexe, elle a lieu par un autre mécanisme : elle est produite par la peur. Il y a bien syncope, mais la syncope est la conséquence de la préoccupation du malade, d'un commencement trop hâtif de l'opération, ou même souvent des préparatifs prématurés qu'il peut encore percevoir ou deviner. Il meurt parce qu'il est homme, parce que son système nerveux est plus sensible, parce qu'il réagit autrement que le chien ou que le lapin qui n'ont aucune appréhension.

Si les physiologistes apportaient, comme conclusions pratiques de leurs expériences, des moyens réels, certains, d'empêcher la mort par le chloroforme, les chirurgiens seraient les premiers à les accepter. Il n'est pas, en effet, d'accident qui soit plus pénible pour le chirurgien qu'une mort par le chloroforme et, de plus, depuis quelque temps, le parquet intervient, l'autopsie du sujet est une autopsie médico-légale. Mais, tout ce qui a été dit ne nous apprend rien.

Ce n'est pas la première fois qu'on propose divers moyens, entre autres les mélanges titrés. Glover, le premier, Paul Bert et bien d'autres, en ont vanté les avantages; or, avec tous les procédés on a eu des morts et il a fallu les abandonner. Tous les chirurgiens savent que, quelles que soient les précautions qu'on prenne, on peut avoir des accidents. C'est là la conclusion de milliers de chloroformisations, de plusieurs centaines de morts.

M. Le Fort a vu plusieurs morts dues au chloroforme; il en a vu trois cette année, et il sait qu'il y en a eu douze dans les hôpitaux de Paris. Or, dans tous les cas qu'il a observés, dans tous ceux dont il a lu la relation, il n'a rencontré qu'une seule fois la syncope réflexe; chez un jeune homme qui avait aspiré brusquement du chloroforme. C'est à la première période de la chloroformisation que la mort est à craindre ; plus tard, quand l'anesthésie est complète, on peut, sans danger, continuer à administrer le chloroforme pendant un temps très long. Or, à la période dangereuse, c'est la demi-conscience du malade qui fait tout le danger; il meurt parce qu'il est homme, parce qu'il a peur.

Il ne faut donc pas compter, au point de vue pratique, sur les enseignements de la physiologie. Il faut avoir soin de ne faire aucun préparatif, surtout de ne jamais commencer l'opération avant que le malade soit complètement endormi. Ce faisant on aura fait tout le possible, on se sera mis en garde contre les accidents. Est-ce à dire que le chirurgien se sera assuré contre

toute chance de mort? Non, car il aura beau prendre toutes les précautions, il ne sera pas encore assuré d'éviter le danger.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 27 juin 1890, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Dardignac, pour le 51ᵉ d'infanterie; Boiland, pour le 13ᵉ d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Adam, pour la direction de l'artillerie à Vincennes; Gaillard, pour le 1ᵉʳ bataillon d'infanterie de marine (gouvernement militaire de Paris); Villedary, pour le 2ᵉ bataillon d'infanterie de marine (gouvernement militaire de Paris); de Poul de Lacoste, pour l'hôpital militaire de Bourges (pour ordre); Sabatier pour le 134ᵉ d'infanterie; Boisson, pour le 72ᵉ d'infanterie; Bernardy, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 juin 1890, M. le docteur Friot (de Nancy) a été nommé officier d'Académie.

— Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. Legueu et Regnauld.

— Le concours des chefs de clinique s'est terminé par les nominations suivantes :

Clinique médicale : M. Ménétrier. — Clinique des maladies des enfants : M. Martin de Gimard; chef adjoint, M. L. Guinon. — Clinique obstétricale : M. Potocki.

— *Hôpitaux de Rouen.* — M. Derivaux vient d'être nommé pharmacien en chef des hôpitaux.

— *Facultés de Nancy; l'Université de Nancy.* — Samedi 28 juin ont eu lieu à Nancy des fêtes publiques à l'occasion de l'inauguration de la statue de Jeanne d'Arc, œuvre de Frémiet, offerte à la ville de Nancy, par M. Osiris. MM. Barbey, ministre de la Marine, et Develle, ministre de l'Agriculture, représentaient le gouvernement à cette cérémonie.

A l'occasion de ces fêtes, et après l'inauguration de la statue, le cortège officiel s'est rendu dans la cour Guerrier de Dumast, au palais des Facultés, et c'est là que M. Barbey a remis aux étudiants le drapeau offert par les dames des professeurs à l'Association générale des étudiants des quatre Facultés et de l'École supérieure de pharmacie. Les étudiants avaient demandé à M. le ministre de l'Instruction publique de vouloir bien se joindre à ses collègues et répondre avec eux aux invitations faites par la Municipalité et par l'assemblée plénière des professeurs des Facultés. Mais M. Bourgeois n'avait pu venir, non plus que M. Liard, directeur de l'Enseignement supérieur. Le gouvernement avait chargé le ministre de la Marine de faire la remise du drapeau aux étudiants.

Ce drapeau tricolore, avec la devise de Jeanne d'Arc : « Vive Labeur! » rappelle le souvenir des universités de Pont-à-Mousson et Strasbourg qui ont précédé celle de Nancy, et constituent son double et illustre passé, d'une part, la translation de l'Université de Pont-à-Mousson, à Nancy, en 1768; et, d'autre part, le transfert des Facultés de Strasbourg à Nancy, après les désastres de l'année terrible.

En d'autres temps, cette cérémonie n'aurait pas eu un caractère aussi important, ni aussi décisif, mais les circonstances étaient graves : il s'agissait, en effet, de la question de l' « Université de Nancy ».

On sait que cette question des Universités, en France, a fait de grands progrès, qu'elle a été mise à l'étude, et que l'on a formé le projet de créer un certain nombre d'Universités, dans quelques-uns des principaux centres possédant les diverses Facultés et Écoles de l'enseignement supérieur. Mais, récemment, grande et profonde fut l'émotion ressentie à Nancy, quand on apprit que parmi les centres privilégiés désignés probablement pour prendre le titre d'Universités, ne figurait pas le nom de Nancy!

Aussitôt, tous les professeurs de l'enseignement supérieur fondaient une Société des amis de l'Université de Nancy, et faisaient des démarches pressantes auprès de M. le ministre de l'Instruction publique, pour le convier à venir s'assurer par lui-même de la vitalité de l'Université de Nancy. En même temps, les étudiants tous réunis constituaient, en un jour, le corps d'étudiants compact et indissolublement uni que le ministère désirerait voir exister dans chaque centre universitaire. La tâche était facile, depuis longtemps la Société générale des étudiants l'avait préparée et réalisée.

« La vie universitaire n'est pas assez intense à Nancy », avait-on pensé, ou à peu près laissé entendre. C'est à cette objection qu'il fallait répondre formellement. C'est en termes éloquents et convaincus que le Président d'honneur de la Société des étudiants, M. Gavet, professeur à la Faculté de droit, a développé devant les ministres la réponse de l'Université de Nancy. Non, les Facultés de Nancy ne sont pas mourantes, et la jeunesse lorraine est aussi active et aussi vivante que partout : « Morte, notre jeunesse lorraine! d'où nous venaient donc alors ces auditoires, trop restreints encore, mais que nous envient tant de Facultés étrangères et françaises aux belles statistiques? Point vivante! qui donc trouve-t-on à la naissance, qui donc est l'âme de la plupart de nos Sociétés nancéiennes d'instruction populaire, de gymnastique, de charité même, et pour ne citer qu'un nom, par qui donc vit cette Union de la jeunesse lorraine qui a su devenir ici une véritable et bienfaisante puissance?

Et enfin, puisque l'on commence à suivre d'un œil attentif et sérieux ce curieux mouvement qui, dans ces dernières années, a fait surgir, en tous nos grands centres, tour à tour, ce que l'on appelle les associations générales d'étudiants; puisque l'on commence à comprendre que de tels cercles ne sont pas seulement des locaux où l'on boit, fume et s'amuse, qu'ils sont de vivantes annexes de l'École, que, par ces conversations quotidiennes de jeunes gens pris à tous les ordres d'études, les esprits s'élargissent, se pondèrent, s'échauffent; que, par elles, par l'habitude aussi de l'action en commun, se parfait en nos jeunes gens l'âme française; je le demande, à l'honneur inoubliable de notre jeunesse, où donc est née, sinon ici, la *première* de toutes ces associations générales, celle dont toutes les autres, sans exception, sont engendrées? Par qui, sinon par elle, fut allumé l'intense foyer qui maintenant illumine, d'un rayon de joyeuse camaraderie, notre France enseignante et étudiante tout entière?

Sans doute, on a reproché aux étudiants de ne pas avoir assisté aux autres fêtes universitaires; mais cette apparente inertie couvre, au contraire, la plus grande activité. Ces fêtes sont un peu trop bruyantes et pompeuses peut-être pour l'esprit de nos jeunes Lorrains qui aiment le travail silencieux. L'air ambiant, ici, n'est pas aux manifestations bruyantes et exubérantes; nous sommes aux limites mêmes de la frontière d'Alsace-Lorraine. Après les douleurs de la guerre, de l'occupation prolongée, la plupart d'entre nous souffrent encore tous les jours dans leurs affections de famille et dans leurs intérêts même, dont ils ont laissé une bonne part de l'autre côté de la nouvelle frontière.

Sans doute encore, on dira que nos étudiants ne sont pas aussi nombreux que dans d'autres centres; il faut bien considérer que nous sommes condamnés à un recrutement restreint, simplement par notre situation géographique, et, d'ailleurs, y a-t-il plus d'étudiants à Strasbourg actuellement? Et pourtant, quels sacrifices l'Allemagne ne fait-elle pas pour appeler et retenir, dans son Université de Strasbourg, ses plus éminents professeurs? Il semble qu'elle y accumule ses ressources, ses laboratoires, tous ses moyens d'instruction, là encore, avec plus de munificence que dans les autres centres universitaires.

Et Nancy, qui a recueilli l'héritage de l'ancienne Université de Strasbourg, sera-t-elle plus malheureuse que la nouvelle Université de Strasbourg, et se verra-t-elle refuser l'auréole que les

Allemands, là-bas, en face d'elle, agitent avec orgueil autour de leur nouvelle Université, sur les ruines mêmes de nos infortunées Facultés ?

Enfin, les Facultés de Nancy ont fourni, à toutes les Facultés de France, des professeurs distingués qui, certainement, n'oublieront pas non plus leur origine ; ils ne manqueront pas d'entretenir autour d'eux les sympathies de leurs collègues. »

Voilà quelques-uns des arguments qu'on a tenu à développer devant les représentants du gouvernement. Ils ont pu se convaincre, dans les réceptions qui leur ont été faites, par l'accueil enthousiaste qui a éclaté, pendant ces fêtes de Jeanne d'Arc, par l'émotion et la sincérité des déclarations des professeurs et des étudiants, que M. le Recteur n'avait pas exagéré la vérité quand il les asssura, en présentant le corps académique, que « l'Université de Nancy est prête par la science pour le service de la Patrie ».

L'Association générale des étudiants de Nancy a complété la fête patriotique et célébré la remise de son drapeau par une brillante réception à laquelle ont assisté les ministres. MM. Barbey et Develle ont promis leur concours le plus chaleureux à l'Université de Nancy.

Les étudiants de Paris avaient envoyé leurs délégués à cette fête de leur sœur cadette, l'Association générale. Les étudiants de Nancy ont aussi donné une fête champêtre en l'honneur de leurs hôtes, dont ils n'oublieront pas le gracieux concours. Nous ne terminerons pas sans mentionner l'immense succès de M. Xanroff, et rendre hommage à son remarquable talent et à son infatigable amabilité.

— Un jugement du tribunal de commerce de la Seine, en date du 20 juin 1890, a prononcé la faillite de la Compagnie d'assurances à primes fixes, contre les maladies et les accidents corporels, dénommée l'Assurance-maladies, avec siège social, 1, rue Feydeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 77. — SAMEDI 5 JUILLET 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 5 JUILLET 1890. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'actinomycose chez l'homme et chez les animaux.

Par M. le docteur A.-F. PLICQUE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'étude de l'actinomycose doit être faite à deux points de vue différents et qui tous deux méritent d'être mis séparément en relief. Au point de vue scientifique, l'actinomycose offre cet intérêt d'une affection parasitaire dont les lésions anatomiques, toutes spéciales, rappellent tantôt la tuberculose, tantôt les tumeurs malignes. Au point de vue pratique, elle présente, malgré sa rareté (rareté qui d'ailleurs est peut-être plus apparente que réelle), quelque importance par les confusions multiples auxquelles peut donner lieu son diagnostic et par les indications spéciales de son traitement. Cette revue comprendra donc deux parties distinctes. La première n'est, en quelque sorte, que l'histoire naturelle de l'actinomycète ; elle sera consacrée, après quelques mots d'historique, tout entière à sa morphologie, sa classification, son évolution anatomo-pathologique chez l'homme et chez les animaux. La seconde sera réservée aux formes cliniques de l'actinomycose chez l'homme, à leur diagnostic, à leur traitement.

I

La priorité de la découverte de l'actinomycose a donné lieu à de très nombreuses et très vives discussions. Les premières observations publiées paraissent bien l'avoir été en France et sont de date relativement ancienne. Davaine (1), le premier, en 1850, signale, dans les Comptes rendus de la Société de biologie, trois faits de tumeurs indéterminées du maxillaire du bœuf, qui sont certainement des lésions d'actinomycose. En 1853, Robin et Laboulbène présentent à la même société « trois faits de productions morbides non décrites » chez l'homme. Ces productions provenaient du sinus maxillaire, de la région parotidienne, des fosses nasales. La planche qui accompagne ce mémoire permet encore moins le doute que pour le fait de Davaine. Enfin, en 1857, Lebert publie, dans son Traité d'anatomie pathologique, une observation datant déjà de 1848 (1). Bien qu'il se trompe sur la nature des corpuscules qu'il regarde comme des débris helminthiques, sa description saisissante et la figure qu'il donne méritent vraiment d'être reproduites.

« Le 13 décembre 1848, écrit-il, M. Louis m'envoya du pus de consistance épaisse, presque gélatiniforme, provenant d'un abcès des parois thoraciques d'un homme âgé de cinquante ans, déjà atteint, depuis quatre mois environ, d'une affection pulmonaire que M. Louis soupçonnait être

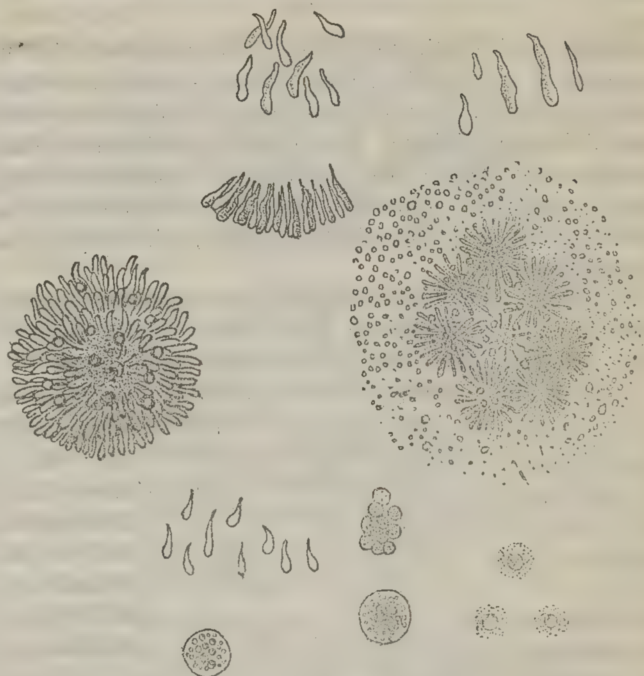


FIG. 1, d'après LEBERT (2).

de nature cancéreuse. Le pus renfermait une quantité très considérable de petits corps sphériques, d'un jaune légèrement verdâtre, du volume d'une tête d'épingle, assez faciles à écraser entre deux lames de verre. En les examinant avec

(1) Voir, pour tout cet historique, Thèse de KART, Paris 1890, et FIRKET, *Revue de médecine*, 1884.

(1) LEBERT. *Traité d'anatomie pathologique*, 1857, p. 54.

(2) *Atlas*, p. 1, Pl. II, fig. 16. (Le dessin que nous donnons, et que nous devons à l'obligeance de notre collègue, M. Marx, reproduit, en la grossissant un peu, la figure de Lebert.)

un grossissement de 50 diamètres, on y distingue déjà deux éléments : une substance molle et unissante et beaucoup de corpuscules durs, étroits, cunéiformes, disposés d'une manière rayonnante. Au moyen de forts grossissements, on constate que ces corps ont 1/50e et 1/40e de millimètre de longueur sur 1/300e de largeur à la base et 1/500e de largeur à la pointe. Quelques-uns de ces corpuscules sont lisses, tandis que d'autres offrent une alternation d'un ou de deux étranglements, avec des élargissements ampullaires intermédiaires. »

Ces diverses observations, n'étant point reliées entre elles, passèrent inaperçues. C'est en 1875 seulement que des corpuscules analogues sont signalés par Rivolta et par Perroncito dans les ostéo-sarcomes de la mâchoire chez le bœuf. En 1877, Bollinger publie, sans connaître d'ailleurs les travaux de Rivolta ni ceux de Perroncito, son mémoire sur : « Une nouvelle affection parasitaire chez le bœuf », mémoire d'où date vraiment l'histoire scientifique de l'actinomycose. En 1878, Israël rapportait cinq cas chez l'homme, mais sans songer à les rapprocher des observations de Bollinger. C'est à Ponfick que revient l'honneur d'avoir fait, en 1882, ce rapprochement. Dès lors, les études sur l'actinomycose se multiplient ; la fréquence de l'affection chez les animaux permet d'en rapporter un certain nombre d'exemples ; à mesure que l'affection est mieux connue, les observations dans l'espèce humaine se multiplient à leur tour. Elles montrent la diversité des formes anatomiques et des formes cliniques de la maladie. En précisant sa nature parasitaire et son mode de propagation, elles précisent également les indications de l'intervention thérapeutique.

Les lésions de l'actinomycose sont extrêmement variables. Au point de vue du siège, elles peuvent se rencontrer dans tous les organes. Elles sont sans doute, ainsi qu'on le verra dans l'histoire clinique, beaucoup plus fréquentes dans quelques-uns d'entre eux (maxillaires et parties voisines, langue, amygdale, poumons), mais il n'en est aucun qui ne puisse se trouver atteint soit directement, soit par propagation métastatique.

Ces lésions, au point de vue de leur aspect macroscopique, peuvent enfin se présenter sous trois grandes formes : forme inflammatoire, forme néoplasique, forme mixte.

La forme inflammatoire est de beaucoup la plus fréquente chez l'homme. Son aspect le plus commun se rapproche, à tous égards, de l'aspect ordinaire des abcès froids : collection purulente à parois épaisses, la surface interne de la paroi étant tomenteuse et irrégulière, la surface externe refoulant, en se confondant insensiblement avec eux, les tissus voisins. Souvent aussi, le contenu, alors même que la collection semble très fluctuante, est constitué non par du pus, mais par des fongosités mollasses, et l'incision ne donne pas une goutte de liquide. Au lieu de constituer une collection volumineuse, les lésions inflammatoires de l'actinomycose peuvent se montrer sous forme de petits abcès isolés. Ces lésions ressemblent alors beaucoup des gommes ou à des tubercules, en voie de ramollissement. A une période avancée, les phénomènes de sphacèle, qui ne tardent pas à suivre l'inflammation, viennent encore modifier l'aspect des actinomycomes inflammatoires. Il se produit des trajets fistuleux extrêmement irréguliers ; au poumon, se forment souvent de véritables cavernes ; sur les os, les lamelles osseuses sont écartées les unes des autres, séparées par des collections purulentes ; ces lésions ont été souvent comparées à celles du spina ventosa.

La forme néoplasique est chez l'homme assez rare. Ponfick, dans une de ses observations, a cependant trouvé dans le cœur un foyer métastatique, du volume d'une pomme, dont l'aspect était entièrement celui d'une tumeur. Birsch Hirschfeld (1) a trouvé dans le rein un foyer semblable, d'aspect sarcomateux. Mais, c'est surtout chez les animaux que les actinomycomes se présentent souvent sous une forme qui rappelle beaucoup les sarcomes et les tumeurs encéphaloïdes. La plupart des faits classés sous le nom d'ostéo-sarcomes de la mâchoire du bœuf doivent être, en particulier, rapportés à l'actinomycose. Les tumeurs, ainsi constituées, sont dures, lardacées, fibreuses. Elles peuvent, quand elles acquièrent un certain volume, se ramollir elles aussi et suppurer. Mais elles sont également susceptibles de subir la transformation inverse, une véritable atrophie fibreuse, qui est un mode de guérison. L'atrophie, par dégénérescence calcaire, peut s'observer surtout sur les petites tumeurs. Ces deux variétés d'actinomycoses guéries se rencontrent, avec une fréquence particulière, chez le porc qui, tout en étant souvent atteint de l'affection, paraît présenter une force de résistance toute spéciale. Il est, en particulier, assez commun de rencontrer chez cet animal des concrétions actinomycosiques des amygdales, sans aucune généralisation dans les autres viscères. Le parasite a trouvé, comme cela est si ordinaire, une première porte d'entrée par les amygdales, mais il a évolué sur place, sans pouvoir former de colonies plus loin.

La forme mixte, intermédiaire aux deux précédentes, est une des plus communes et aussi l'une des plus caractéristiques de l'actinomycome. Au milieu d'un stroma de tissu dur apparaissent, en plus ou moins grand nombre, des cavités de toutes dimensions, isolées ou communiquant les unes avec les autres, remplies soit de fongosités mollasses, soit de pus. En vidant ces cavités par la pression, il reste une charpente aréolée, qu'on ne peut mieux comparer, avec Bollinger, qu'à une éponge. Les cloisons, à une période avancée, sont naturellement détruites par le sphacèle progressant.

Les lésions macroscopiques de l'actinomycose sont, on le voit, extrêmement dissemblables et extrêmement variées. Un caractère commun permet pourtant, le plus souvent, de les reconnaître du premier coup, même à l'œil nu. Au milieu du pus des abcès, au milieu des fongosités mollasses des alvéoles, sur les parois des cavités ou des trajets fistuleux, à la surface des tumeurs dures, on aperçoit ces petits grains arrondis, dont Lebert nous donnait, tout à l'heure, la description. Ces grains jaunâtres, du volume d'un grain de sable, qui, quelquefois sont extrêmement nombreux, sont absolument caractéristiques.

Quand on les examine au microscope, les corpuscules apparaissent formés d'une foule de cellules pyriformes allongées, à extrémité terminale, se renflant et se recourbant souvent vers la périphérie, disposée en rayonnant autour d'un centre commun. Ce centre, avec un très fort grossissement, se montre lui-même formé de fines fibres de mycelium entrelacées. Les cellules pyriformes peuvent enfin montrer à la périphérie, au lieu d'un renflement simple, une forme plus ou moins complexe par bifurcation et bourgeonnement.

(1) Birsch Hirschfeld. *Pathol. Anatomie*, vol. I, p. 220.

Le corpuscule est donc constitué par un amas d'actinomycètes. En dissociant la préparation, on obtient des cellules (gonidies) isolées, dont la forme est déjà bien indiquée dans la figure de Lebert, qui l'avait rapproché, nous l'avons vu, de celle des crochets d'échinocoques.

Quand les corpuscules existent, l'examen microscopique est des plus simples ; il suffit de les écraser entre deux lames de verre pour obtenir l'aspect caractéristique. Mais, lorsque l'on a à rechercher les actinomycètes dans du pus, des crachats, où l'on n'aperçoit pas de grains jaunâtres, il est utile, pour que les résultats soient plus nets, d'avoir recours à la coloration. Voici le procédé indiqué par Baranski (1). On étend sur une lamelle une couche très mince du pus suspect, qu'on laisse sécher quelques instants. La lamelle est ensuite passée à deux ou trois reprises dans la flamme d'une lampe à alcool, puis plongée, pendant quatre à cinq minutes, dans un bain de picro-carmin. Il ne reste qu'à la laver à l'eau et à l'alcool, et à examiner dans l'eau ou la glycérine. Les actinomycètes apparaissent d'un beau jaune sur le fond rouge de la préparation.

Quelle est la nature exacte de l'actinomycète ? On sait que c'est un végétal, mais sa place dans la série végétale n'est pas encore entièrement fixée. Les opinions, émises à ce sujet, sont nombreuses : les uns, regardant l'actinomycète comme un champignon du même ordre que les parasites ordinaires (bactéridie charbonneuse, microbe du choléra des poules), les autres, le regardant comme un champignon d'ordre plus élevé (schizomycète). La question n'est point encore complètement tranchée. Il faut d'ailleurs ajouter qu'à côté de l'actinomycète, on a décrit un certain nombre de parasites susceptibles de produire des lésions analogues. Johne (2), sous le nom de myco-fibrome, a signalé une affection qui s'observe surtout sur le cordon spermatique du cheval après la castration, et qui serait très voisine de l'actinomycose. Cette affection est nettement parasitaire, puisqu'il suffit d'observer, pendant et après la castration, une antisepsie convenable pour en mettre à l'abri. La nature même du parasite (discomyces, botryomyces equi, staphylococcus pyogenes) est encore discutable. Duncker (3) a également signalé, dans certaines tumeurs des muscles du porc, une forme spéciale de parasite : l'actinomyces musculorum suis. Rivolta en a rencontré une autre, le discomyces pleuriticus canis familiaris dans certains épanchements pleurétiques du chien. Ces recherches, en se multipliant, laisseront sans doute l'actinomycète moins isolé et montreront mieux sa place et la relation qui peut l'unir aux bactéries ordinaires.

Quoi qu'il en soit de cette question, d'ailleurs, de classification pure, il faut maintenant étudier le rôle pathogénique de l'actinomycète. Est-ce bien lui qui produit et comment produit-il les lésions anatomiques étudiées plus haut. Quelles sont ses portes d'entrée, son action sur les tissus organiques, ses voies de propagation ?

La constance avec laquelle les actinomycètes se rencontrent dans les lésions qui viennent d'être décrites permet déjà d'affirmer leur rôle pathogénique. Ils se retrouvent, en effet, non seulement dans les lésions anciennes, mais dans les lésions au début, tumeurs ou abcès de petit volume, foyers emboliques récents par exemple. Ils se retrouvent non seulement dans les lésions en communication par des ulcérations ou des trajets fistuleux avec l'air extérieur, ce qui pourrait faire supposer une infection surajoutée, mais dans des lésions complètement fermées, abcès non incisés et tumeurs profondes.

Les inoculations ont encore confirmé ce rôle pathogénique. Sans doute les premières expériences faites ont donné des résultats négatifs. Ces insuccès s'expliquent facilement aujourd'hui par les conditions dans lesquelles elles ont été tentées. L'actinomycète s'altère et meurt avec une grande facilité ; un contact un peu prolongé avec l'eau pure suffit à le tuer. Les inoculations faites avec des produits un peu anciens devaient donc forcément échouer. Enfin, parmi les animaux, sujets d'expérience, le chien (comme d'ailleurs tous les carnivores) présente, à l'égard de l'actinomycète, une résistance presque absolue. Les cas où il aurait été atteint spontanément d'actinomycose sont exceptionnels. Peut-être même s'agit-il, dans les rares faits signalés, non d'actinomycose vraie, mais d'une autre affection parasitaire décrite récemment par Rabe (1), et due au cladothrix canis. Rien d'étonnant donc, étant donné cette résistance spéciale du chien, que les tentatives d'inoculations faites sur lui aient échoué. Sur le lapin (Israël), sur le veau (Johne), ces tentatives ont été répétées bien des fois avec succès. Elles ont été faites non seulement avec les grains jaunes trouvés dans les foyers pathologiques, mais avec des cultures pures d'actinomycètes. Bostrom (2), par exemple, après avoir cultivé le mycélium central des corpuscules jaunes dans la gélatine d'abord, puis sur l'agar-agar, a obtenu des gonidies présentant un dédoublement dichotomique régulier et plus avancées dans leur évolution que les gonidies ordinaires des foyers pathologiques. Ces cultures ont pu être inoculées à divers animaux.

A côté de ces expériences, un certain nombre de faits cliniques qu'on retrouvera plus loin viennent en quelque sorte les contre-vérifier en montrant chez l'homme des actinomycoses produites par une véritable inoculation. Tels sont les faits où l'on retrouve, dans la plaie primitive (3), un débris de bois encore chargé d'actinomycètes, ceux où l'affection survient à la suite de soins prolongés donnés à des animaux malades.

Dans un fait même, on retrouve une contagion humaine directe. La femme d'un cocher atteint d'actinomycose du maxillaire présente elle-même, quatre mois après son mari, un abcès actinomycosique de la même région, et cela sans avoir jamais été en contact avec des animaux malades [Boracz (4)].

L'actinomycose, enfin, se présente assez souvent sous forme d'épizooties qui viendraient encore démontrer, s'il en était besoin, son origine parasitaire. Pour n'en citer qu'un exemple dans un fait observé par Hammond (5), douze bœufs étaient atteints en quelques semaines dans une ferme où, depuis deux ans, on n'avait pas vu un seul cas

(1) Cité par Friedberger. *Pathol. und Therap. der Hausthiere*, 1889, p. 548.
(2) Cité par Birsch Hirschfeld. Op. cit., p. 219.
(3) Duncker. *Zeitschr. f. Mikrosc. und Fleischesbau*, vol. III, fasc. 3.

(1) Rabe. *Berlin. Thier. Wochens.*, 1888, nº 43.
(2) Cité par Pfluge. *Die Microorganismen*, p. 109.
(3) Muller. *Brunsmitth zur Clin. Chir.*, vol. III, Heft. 11.
(4) Boracz. *Rundschau fur Thiermedicin*, 1888, nº 30.
(5) Hammond. *Recueil de médecine vétérinaire*, 1889, p. 198, analyse de M. Leclainche.

d'actinomycose. Cette poussée brusque de l'affection succédait à l'introduction dans l'alimentation du bétail de fourrages ensilés.

Les portes d'entrée de l'actinomycète dans l'organisme sont extrêmement variées. Il pénètre, le plus souvent, avec des débris de végétaux fermentés et chargés de parasite, tantôt par les aliments, tantôt par l'air inspiré, tantôt par des plaies extérieures. Dans quelques cas même, l'infection semble s'être faite par les organes génito-urinaires. Ces divers modes de pénétration seront étudiés plus loin chez l'homme à propos des formes cliniques si variées que prend chez lui l'actinomycose. En ce qui concerne les animaux, il suffit de rappeler que l'actinomycète se retrouve avec une grande fréquence dans leurs aliments (fourrage un peu ancien) et dans leur litière. Entre tous les végétaux, l'orge, surtout l'orge germé, est le germe plus fréquemment chargé d'actinomycète; la fréquence de la maladie, dans certaines régions où son usage est plus répandu (Allemagne du Nord), s'explique donc tout naturellement.

Le premier effet produit par le séjour de l'actinomycète, au milieu des tissus, consiste dans une poussée hypertrophique due à la réaction des cellules voisines. L'histogénèse de cette poussée, minutieusement étudiée par Brazzola (1), est identique à celle des autres tumeurs infectieuses à granulation, et, en particulier, de la tuberculose et de la morve. On retrouve les mêmes phénomènes de kariokynèse, la même production de cellules épithélioïdes et de cellules géantes, production d'autant plus abondante que la marche de l'affection est plus lente. Cette hypertrophie des cellules est suivie d'une façon plus ou moins rapide par leur sphacèle. Mais pour la plupart des auteurs (2), la suppuration, si fréquente dans les actinomycomes, ne suivrait jamais le développement pur et régulier de l'actinomycète. Elle serait toujours le résultat d'une infection surajoutée par les bactéries septiques ordinaires.

L'étendue des lésions ainsi produites localement par la première colonie parasitaire est extrêmement variable. Parfois l'extension de l'actinomycète se trouve assez rapidement limitée; l'inflammation des tissus lui oppose une sorte de barrière, et le volume de l'actinomycome reste restreint. Dans d'autres cas, soit intensité plus grande de l'infection, soit résistance moindre des tissus, la propagation se fait de proche en proche; de nouvelles colonies se forment tout autour de la colonie primitive; les lésions prennent ainsi un très grand accroissement local, et l'histoire clinique de la maladie offrira plus loin des exemples de ces destructions extraordinaires.

A côté de l'accroissement sur place, l'actinomycète peut, d'ailleurs, se propager à distance. Cette propagation se fait surtout par embolies dans les vaisseaux englobés et peu à peu détruits par la tumeur. Elle n'aurait jamais lieu par la voie lymphatique (3), les parasites étant trop volumineux pour pénétrer dans ces vaisseaux. Les lésions des ganglions manquent, en effet, le plus souvent dans l'actinomycose. Elles seraient, quand elles existent, le résultat d'une infection surajoutée par les mêmes bactéries qui amènent la suppuration.

(1) Brazzola. *L'Ercolani*, mars 1888 (analyse de M. Leclainche, dans *Recueil de médecine vétérinaire*, 1889, p. 60).

(2) Partsch. *Samml. Klin. Vortr.*, nos 306 et 307.

(3) Partsch. Loc. cit.

II

L'évolution de l'actinomycose chez l'homme diffère peu de l'évolution générale qui vient d'être décrite. Certains faits relatifs à l'étiologie et à l'anatomie pathologique méritent, cependant, chez lui, d'être repris avec plus de détails. Les formes cliniques, le diagnostic et le traitement doivent, enfin, à cause de leur importance pratique, être étudiés d'une façon toute spéciale.

L'actinomycose de l'homme résulte assez souvent d'une contagion directe. Bien qu'un exemple de contagion d'origine humaine ait été, ainsi qu'on l'a vu plus haut, signalé par Boracz, cette contagion est le plus ordinairement d'origine animale. Un nombre relativement considérable d'observations ont été rapportées, en particulier, par Hacker (1), Stelzner, Israël, etc., où les malades atteints avaient été en contact avec des animaux affectés d'actinomycose.

A côté de ces faits de contage direct, l'actinomycose, chez l'homme comme chez l'animal, résulte souvent d'une infection par des poussières végétales. Sa fréquence relative chez les sujets que leur profession (2) met journellement en contact avec ces poussières (boulangers, meuniers, ouvriers de fermes, cochers, etc.), est déjà une preuve indirecte de ce mode d'infection. La preuve directe en est assez souvent fournie par la présence dans le foyer primitif d'un débri végétal chargé d'actinomycètes. Des débris de ce genre ont été assez souvent retrouvés dans la cavité de dents cariées, dans les anfractuosités des amygdales et même dans des cavernes pulmonaires. Dans un fait de Muller ou la maladie avait eu pour point de départ une blessure de la paume de la main, on retrouvait dans l'abcès primitif un éclat de bois entouré de nombreux débris d'actinomycètes. Dans un autre cas de Soltmann (3), une balle d'orge avalée provoquait, en perforant le pharynx, une actinomycose primitive du médiastin.

L'infection que produisent ces débris végétaux chargés d'actinomycètes peut se faire par diverses voies. Dans le cas de Muller, elle résulte, on le voit, d'une piqûre de la main; ce mode d'inoculation se rencontre avec une certaine fréquence, l'actinomycose des mains est assez commune, et si le malade n'a point toujours gardé le souvenir de la piqûre, on peut au moins la soupçonner. L'infection peut, bien entendu, porter sur d'autres points des téguments. Dans une observation intéressante de Partsch (4) elle paraît même avoir succédé non plus à un traumatisme accidentel, mais à une opération chirurgicale, l'ablation d'un cancer du sein. Examinée au microscope la tumeur enlevée n'offrait rien qui rappelât l'actinomycose. Mais la plaie opératoire suppura, et dans les fistules produites apparurent les actinomycètes. Partsch (5) croit donc à une infection nouvelle faite, soit au cours de l'opération, soit dans les pansements consécutifs.

En dehors de l'inoculation directe par plaies, on doit aussi rappeler l'influence que semble avoir la contusion sur le développement de l'actinomycose. Dans plusieurs observations d'Israël, de Ponfick, de Lucet (6), le dévelop-

(1) Hacker, Stelzner. *Centralbl. f. Chir.*, 1886, p. 898.

(2) Roller. *Idem*, 1886, p. 8.

(3) Soltmann. *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, vol. XXIV, p. 129.

(4 et 5) Partsch. *Deuts. Zeitsch. f. Chir.*, vol. XXIII. p. 198.

(6) *Bulletins de l'Académie de médecine*, séance du 21 août 1888.

pement de l'actinomycome a été précédé par une chute, par un coup. Quand il n'y a pas eu plaie du tégument, il est bien difficile d'admettre une inoculation directe. On doit plutôt songer à une influence analogue à celle qu'a la contusion pour favoriser le développement d'autres parasites (kystes hydatiques, tuberculose, etc.).

Les observations d'actinomycose par plaies directes ont, en effet, mis, dans quelques cas, en lumière un fait intéressant qui permet de se rendre mieux compte de cette influence que peut avoir la contusion. Il arrive parfois qu'un long intervalle de temps s'écoule entre le traumatisme et l'apparition des premiers phénomènes d'actinomycose (deux ans dans une observation de Muller et dans un autre cas de Ponfick). Les malades peuvent donc se trouver en puissance d'actinomycètes, sans offrir de symptômes appréciables; la contusion sert de cause occasionnelle aux accidents en créant un *locus minoris resistentiæ*.

L'actinomycète peut être introduit par les voies digestives. Son véhicule principal sera alors constitué par des aliments grossiers et peu cuits; l'usage du pain d'orge ou de seigle plein de débris végétaux a été souvent incriminé. La carie dentaire et même la simple usure des dents (Kœnig) faciliteraient beaucoup sa pénétration; les amygdales constituent une autre des principales entrées. Mais il peut pénétrer par toute l'étendue du tube digestif à la faveur d'érosions faites à la muqueuse par les débris végétaux, plus ou moins irréguliers, dont il est accompagné. On verra dans les formes cliniques des preuves de cette inoculation de l'actinomycète sur des érosions de l'intestin. Le développement du parasite amenait alors, tantôt une péritonite suraiguë par perforation, tantôt une péritonite circonscrite.

Le mode d'entrée par les voies respiratoires se fait surtout par inhalations de poussières. Dans un fait curieux d'Israël, un débris de dent cariée fut retrouvé dans le poumon au milieu d'un foyer d'actinomycose. Ce débris, en se détachant, avait pénétré dans les voies respiratoires où il avait porté la maladie.

Les infections par les organes urinaires et génitaux sont plus rares. Les observations rapportées jusqu'ici semblent être des faits d'infection secondaire.

L'étude de ces diverses portes d'entrée permet déjà de pressentir le siège et la fréquence relative des principales formes primitives d'actinomycose humaine. Les lésions les plus fréquentes sont de beaucoup celles des os maxillaires et de la région cervicale. Les lésions de la langue et du pharynx sont également assez communes. Les lésions primitives du cerveau sont fort rares. L'actinomycose des bronches et des poumons devient, elle aussi, d'observation moins exceptionnelle à mesure que l'affection est mieux connue. Elle se propage souvent à la plèvre et même aux parois thoraciques. L'actinomycose de l'abdomen et des organes génito-urinaires reste assez rare; en Angleterre pourtant Eve (1), Crooshank (2) ont publié un certain nombre de cas d'actinomycose du foie; enfin, l'actinomycose des membres, dont les observations se multiplient, elles aussi, s'observe surtout à la main. La statistique de Mooshuger (3) peut, d'ailleurs, donner une idée plus précise de la fréquence relative des diverses formes primitives de l'actinomycose. Sur 62 cas, la lésion primitive occupait 29 fois le maxillaire inférieur, le plancher buccal et le cou; 9 fois le maxillaire supérieur et la joue; viennent ensuite 14 cas d'actinomycose des bronches et du poumon, 1 de la langue, 2 de l'œsophage. Dans sept cas, le mode de début de l'actinomycose n'était point suffisamment fixé.

La distribution des formes secondaires de l'actinomycose est beaucoup plus irrégulière et beaucoup plus variable. Tous les organes : cerveau, cœur, rein, rate, foie, testicule, etc., peuvent être le siège des foyers emboliques. Ces foyers sont souvent multiples chez un même malade. Pour ne citer qu'un seul exemple, Israël (1) trouva à l'autopsie d'un de ses malades, en dehors de nombreux petits noyaux musculaires, des foyers actinomycosiques du péricarde, de la pointe du ventricule gauche, du poumon, du péritoine, des reins, de la rate et la trace de foyers guéris dans le foie. Cette observation est, on le voit, un véritable type d'actinomycose généralisée.

Dans chacune des régions qu'elle atteint, l'actinomycose peut prendre trois grandes formes : 1° forme d'abcès froid de beaucoup la plus fréquente; 2° forme d'inflammation à marche aiguë, rare primitivement, un peu plus commune quand elle survient sous forme de poussée au cours d'une inflammation chronique; 3° forme de néoplasme à évolution rappelant plus particulièrement celle du sarcome. Les symptômes observés dépendent, d'ailleurs, moins de la forme anatomique prise par l'actinomycose que de l'organe affecté. Les troubles dus au siège ont, quand l'organe affecté est, par exemple, le cœur, le poumon, le cerveau, le rein, une tout autre importance que les troubles dus à la lésion. Le tableau des formes cliniques de l'actinomycose est donc singulièrement complexe. Afin de le simplifier, on peut classer ces diverses formes en deux groupes : les formes chirurgicales et les formes médicales.

Parmi les premières, la plus fréquente est la forme cervicale de l'actinomycose. Le tableau clinique rappelle alors entièrement celui d'un abcès froid ordinaire du cou, et c'est ce diagnostic qui est presque toujours porté. Le gonflement peut siéger uniquement dans les parties molles, mais, le plus souvent, le maxillaire inférieur, première porte d'entrée de l'actinomycète, y participe plus ou moins. Dans quelques cas même, le gonflement osseux peut prédominer de façon à faire songer à une ostéite ou à un sarcome.

Un partage analogue des lésions se retrouve dans la région du maxillaire supérieur. Mais là les abcès qui surviennent à la joue font plutôt penser à des lésions d'origine osseuse ou dentaire, qu'à la tuberculose. Quand elle se développe dans le maxillaire supérieur, l'actinomycose est toujours, par suite de l'envahissement de l'antre d'Highmore, plus grave et plus difficile à guérir que celle du maxillaire inférieur.

L'évolution des lésions est d'ordinaire très lente. Ce n'est qu'après des semaines et des mois que les abcès s'ouvrent. L'aspect de ces abcès ouverts rappelle à merveille celui des gommes syphilitiques ulcérées (2). Les ulcérations, en gagnant les parties profondes, peuvent produire des délabrements considérables et une véritable dissection des parties molles du cou. Dans un cas de Winter (3), il existait un

(1) Eve. *The Practitioner*, mai 1888.
(2) Crooshank. *The Lancet*, 1889, p. 341.
(3) Mooshuger. *Centralbl. f. Klin. Chir.*, 1886, p. 898.

(1) Israel. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1888, nº 4.
(2) Monod. Société de chirurgie, séance du 26 mars 1890.
(3) Winther. *D. milit. arzlliche Zeitschr.*, 1887, p. 188.

gonflement criblé de fistules, qui s'étendait de l'oreille à la clavicule.

Après le cou, l'actinomycose se rencontre peut-être le plus souvent au thorax. On y retrouve les mêmes gonflements très étendus, sans grande réaction inflammatoire et, à une période avancée, les mêmes ulcérations et les mêmes trajets fistuleux. Chez une malade de Sommer, il existait une masse fongueuse sous le sein, qui, profondément, envahissait le grand pectoral et s'étendait même entre les côtes jusqu'à la plèvre et qui, superficiellement, s'ouvrait au dehors par des fistules nombreuses. Par les connexions qu'elles affectent ainsi avec la plèvre et le poumon, les actinomycoses du thorax échappent, le plus souvent, à l'action chirurgicale. Elles ne sont, d'ordinaire, qu'une complication de la forme pulmonaire de la maladie.

L'actinomycose de l'abdomen est tantôt localisée, tantôt généralisée. Dans le premier cas, il se forme un foyer délimité par les adhérences péritonéales occupant le plus souvent, tantôt la fosse iliaque, tantôt la région périnéphrétique et qui peut être traité chirurgicalement, comme les autres inflammations limitées de cette région. La forme généralisée, au contraire, dont le diagnostic sera souvent difficile avec la péritonite tuberculeuse, échappe à l'intervention. Au foie, enfin, l'actinomycose se présente d'ordinaire sous forme de nombreux nodules rappelant les marrons du cancer. On ne saurait donc tenter contre elle les diverses interventions en usage dans les kystes hydatiques. Quant à l'actinomycose des organes génito-urinaires, les faits observés jusqu'ici l'ont été dans des cas d'actinomycose généralisée et rentrent dans les formes médicales de l'affection.

Sur les membres, l'actinomycose se rencontre surtout à la main. Les collections qu'elle forme sont d'ordinaire assez petites. Dans certains cas, pourtant, on a de vastes collections analogues aux abcès froids.

L'actinomycose de la langue mérite enfin une mention spéciale. Elle se présente sous forme d'un nodule ordinairement limité, de coloration jaunâtre. Cette coloration, en rappelant le semis jaunâtre de la tuberculose linguale, peut contribuer à égarer le diagnostic.

Parmi les formes médicales, la plus importante est la forme pulmonaire. Comme symptôme, elle se rapproche beaucoup de la tuberculose et, dans la plupart des observations publiées, le diagnostic n'a été fait qu'à l'autopsie. Le siège des lésions qui occupent le plus ordinairement le lobe moyen ou la partie inférieure du lobe supérieur [Lindt] (1), la lenteur de l'évolution permettent déjà de soupçonner l'actinomycose. Dans quelques cas, l'envahissement des parois thoraciques vient aussi éclairer le diagnostic. Mais le symptôme vraiment pathognomonique sera fourni par le microscope. Les actinomycètes ont été, en effet, retrouvés tant dans les crachats que dans le sang des hémoptysies (2). La figure ci-après, empruntée à Canali (3), montre un examen de crachats d'actinomycose.

La forme cérébrale (4) est de diagnostic beaucoup plus difficile que la forme pulmonaire. Elle se présente avec les symptômes ordinaires des tumeurs cérébrales, sans que rien permette, lorsqu'elle est primitive, de la différencier.

(1) Lindt. *Centralbl. f. Med.*, 1889, p. 583.
(2) Bulhoes. *Bulletin médical*, 1888, p. 1275.
(3) Canali. *Rivista clinica di Bologna*, septembre et octobre 1882.
(4) Bollinger. *Munch. Med. Wochens.*, 1887, n° 41.

La forme abdominale généralisée sera, le plus souvent, confondue avec la péritonite tuberculeuse; la forme hépatique avec le cancer du foie. Il suffit enfin de rappeler la diversité des lésions secondaires de l'actinomycose (lésions du cœur, de la rate, des reins, etc., etc.), pour montrer les difficultés qu'offre leur diagnostic en dehors des indications fournies par la constatation de la lésion primitive.

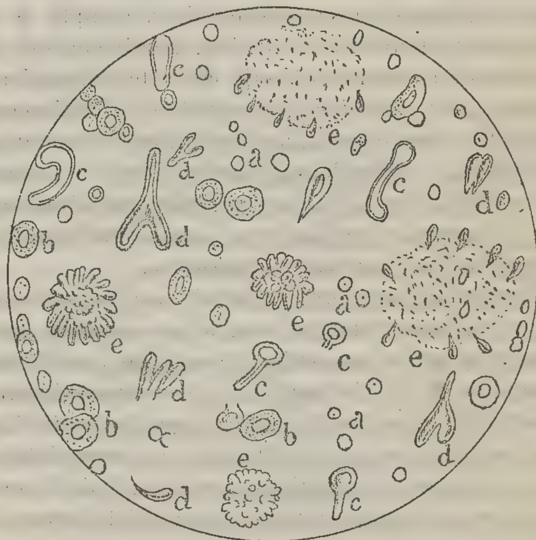


Fig. 2, d'après Canali (*Rivista clinica di Bologna*, 1882, p. 576). — *a.* Globules blancs; *b.* Cellules d'épithélium pulmonaire; *c.* Actinomycètes douteux; *d.* Spores libres; *e.* Corps muriformes avec spores périphériques.

La durée de l'actinomycose est tout entière subordonnée à son siège. D'une façon générale pourtant, son évolution est remarquablement lente. Dans plusieurs observations, la maladie s'est prolongée pendant plusieurs années (huit ans dans le cas de Canali). La marche, dans quelques cas exceptionnels, est très rapide; un malade de Macocci (1) serait mort en six jours.

Le traitement de l'actinomycose comporte des indications tantôt chirurgicales, tantôt médicales. Les premières consistent, toutes les fois qu'il est accessible, à détruire le plus complètement possible le foyer primitif. L'incision suivie d'un grattage énergique donne, comme dans les abcès froids, les meilleurs résultats. La résection des portions d'os atteintes a été souvent nécessaire. Le point important de ces opérations consiste à les faire complètes. Dans plusieurs observations, l'incision simple ou l'incision suivie d'un curage insuffisant, ont été suivies de récidives. Pour assurer la destruction des actinomycètes qui peuvent rester dans le foyer, on a préconisé après l'opération des pansements faits avec divers antiseptiques. La teinture d'iode, le sublimé, l'acide salicylique ont donné les meilleurs résultats. Les injections antiseptiques faites dans les trajets fistuleux rendent également de grands services dans les actinomycoses trop étendues pour être opérables.

Le traitement des formes médicales de l'actinomycose a donné jusqu'ici des succès moindres que le traitement chirurgical. Les inhalations antiseptiques méritent d'être essayées dans l'actinomycose pulmonaire. Divers médicaments, et entre autres l'arsenic, l'iodure de potassium à hautes doses paraissent avoir eu quelque efficacité. Ils doi-

(1) D'après Duprat. *Bulletin médical*, 1888, p. 1364.

vent donc être donnés tant dans les formes purement médicales que dans les formes chirurgicales, pour prévenir les récidives après l'intervention.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juillet 1890. — Présidence de M. Désormeaux.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TÉNOTOMIE

M. JALAGUIER a eu l'occasion de pratiquer six fois la ténotomie du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Deux fois il a coupé le chef sternal; chez trois malades il a sectionné le muscle tout entier; enfin, dans un cas, il a tout d'abord coupé le chef claviculaire et ensuite le chef sternal. Cinq fois sur six, il a employé la méthode sous-cutanée. Dans un cas, il s'est servi de la ténotomie sous-cutanée, mais il a dû achever l'opération en mettant à nu le muscle et en le sectionnant à ciel ouvert.

Un enfant de quinze mois avait un torticolis. La ténotomie sous-cutanée fut entreprise. Mais le muscle n'était pas entièrement sectionné. Une veine jugulaire était saillante. M. Jalaguier transforma son opération en une incision large de la peau et coupa le sterno-mastoïdien à ciel ouvert. La guérison fut facilement obtenue. Il y eut une cicatrice longue de 4 centimètres environ.

On exagère les dangers de la ténotomie sous-cutanée. Les blessures vasculaires sont absolument exceptionnelles. La jugulaire antérieure peut être évitée aisément. La jugulaire interne est assez éloignée pour qu'on ne craigne pas de l'ouvrir.

M. Jalaguier recommande de sectionner le muscle de la partie superficielle vers la partie profonde. Ce précepte va à l'encontre de la pratique usuelle; avec un bon ténotome, M. Jalaguier pense que l'opérateur a la notion exacte de ce qu'il coupe, en se dirigeant de la face antérieure à la face profonde du muscle.

M. Jalaguier ne partage pas l'opinion de M. Kirmisson et croit, contrairement à ce chirurgien, que la ténotomie sous-cutanée est la méthode de choix dans la cure du torticolis chronique. La méthode sous-cutanée ne laisse qu'une cicatrice insignifiante. M. Jalaguier ne repousse pas l'opération à ciel ouvert. Il faut agir ainsi, quand il existe une disposition anomale des veines, ou quand le torticolis est compliqué et qu'il y a des parties musculaires qui ne peuvent être coupées par la ténotomie sous-cutanée.

L'appareil de Seyre est bon. M. Jalaguier a l'habitude de l'enlever au quinzième jour et de faire subir au muscle sectionné un massage méthodique.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE emploie toujours la section du muscle sterno-mastoïdien à ciel ouvert. La ténotomie sous-cutanée est inférieure à l'incision large des téguments et à la section musculaire au bistouri. On ne peut agir avec autant de précision en se servant d'un ténotome glissé sous la peau qu'en coupant au bistouri un muscle mis à découvert. Depuis quinze ans, M. Lucas-Championnière ne fait plus la ténotomie par la méthode sous-cutanée. Cette méthode est inférieure à sa rivale. Depuis la découverte de Lister, on ne doit plus craindre de faire une incision suffisante à la peau, de découvrir le muscle et de le couper. La ténotomie sous-cutanée a fait son temps.

M. BERGER répète que la production d'une cicatrice au cou est un grave inconvénient de la ténotomie faite à ciel ouvert. Chez les jeunes filles, cet inconvénient est sérieux. La malade et les parents reprochent au chirurgien d'avoir produit une cicatrice toujours disgracieuse. Il ne faut pas oublier que, parfois, une plaie de 3 centimètres faite sur le cou d'une petite fille peut, à la longue, se transformer en une cicatrice de 7 centimètres.

M. Berger préfère la méthode sous-cutanée, non pas à cause de sa bénignité plus grande, mais parce qu'elle permet d'éviter une cicatrice chez les jeunes filles en particulier.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'a pas vu des cicatrices aussi considérables que celles dont parle M. Berger. La ligne cicatricielle qui succède à une incision, réunie par première intention, est à peine perceptible. Les plaies qui suppurent donnent lieu à des cicatrices apparentes.

M. KIRMISSON reconnaît que l'opération faite à ciel ouvert est la cause de la production d'une cicatrice plus étendue que celle qui succède à la ténotomie sous-cutanée. C'est un léger inconvénient. Quand on le peut, il faut éviter de créer une cicatrice qui a des inconvénients chez les jeunes filles.

On est d'accord pour reconnaître que, dans certaines conditions, le chirurgien éprouve de véritables difficultés à sectionner complètement le sterno-mastoïdien, en glissant sous la peau le ténotome. Dans quelques cas, le faisceau musculaire rétracté est saillant et facile à couper. La ténotomie sous-cutanée est aisée. Mais dans d'autres circonstances, on ne coupe pas le quart ou la cinquième partie des portions musculaires qui causent la déviation.

M. Berger n'a pas proclamé l'efficacité de la méthode sous-cutanée. Il s'est contenté de dire qu'il n'avait pas suivi ses opérés. Cette prudente réserve doit être signalée.

La ténotomie sous-cutanée n'est pas toujours facile. Elle offre parfois des dangers. Les anciens chirurgiens ont signalé des accidents au cours de cette opération. Il y a plus, de jeunes chirurgiens ont éprouvé des difficultés à faire la ténotomie sous-cutanée. M. Segond racontait, tout dernièrement, à M. Kirmisson qu'il avait pratiqué en tremblant une ténotomie sous-cutanée chez un enfant atteint de rétraction du sterno-musculaire.

La méthode de ténotomie, après large incision de la peau et découverte du muscle, ne s'impose peut-être pas dans tous les cas de torticolis chronique. C'est la méthode de choix. Elle réalise un progrès. Elle met le patient à l'abri de certains accidents; elle est plus complète, plus efficace et plus sûre que la ténotomie sous-cutanée. M. Kirmisson conclut, en disant que la section à ciel ouvert doit être faite dans la très grande majorité des cas.

M. BERGER répond à M. Kirmisson que ses opérés sont partis de l'hôpital dans un parfait état de guérison. Le redressement obtenu était complet. Quoique M. Berger eût mis à ses opérés des appareils un peu primitifs, il n'a jamais observé la production d'eschare, au point d'application des minerves plâtrées ou autres.

M. Berger pense que, dans les cas simples, la méthode de choix est la ténotomie sous-cutanée. Dans les cas de torticolis complexe, on pratiquera la section des muscles à ciel ouvert. Mais ces cas sont rares.

M. QUÉNU a opéré une petite fille de deux ans et demi, il n'y a pas très longtemps. Il a d'abord incisé la peau et découvert le faisceau sternal du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Il a constaté la dégénérescence fibreuse de ce faisceau. Le faisceau claviculaire était altéré aussi. Après avoir fait directement la section du faisceau sternal, M. Quénu ouvrit à l'improviste une veine volumineuse, probablement la jugulaire antérieure. Quoique le muscle fût à découvert, le vaisseau a été blessé. La veine était grosse. On put arrêter presque immédiatement l'hémorrhagie. L'enfant a eu une guérison rapide.

M. Quénu n'avait donc pas pu éviter la section de cette veine. Par la ténotomie sous-cutanée, le vaisseau n'aurait-il pas subi le même sort? La blessure de cette veine aurait donné naissance à une hémorrhagie grave, peut-être mortelle.

M. KIRMISSON. Les trousseaux fibreux qu'il faut couper sont considérables. Les veines peuvent se trouver sous le tranchant de l'instrument. Après la ténotomie sous-cutanée, les malades doivent être soumis à un traitement qui dure plusieurs mois. Il faut leur redresser la tête à l'aide d'appareils. L'incision du muscle à ciel ouvert est une méthode plus sûre, plus efficace, plus bénigne et plus facile.

COMMUNICATION

Suppurations de la trompe et de l'ovaire; ouverture des collections suppurées par la voie vaginale. — M. BOUILLY veut parler des collections suppurées salpingiennes et ovariennes et non pas des suppurations ayant leur siège dans le ligament

large, dans le tissu cellulaire péri-utérin. Il ne s'agit pas non plus des collections qui ont succédé à des pelvi-péritonites. Il n'est pas question des hématocèles péri-utérines.

M. Bouilly veut parler des collections nées et localisées dans les trompes ou dans les ovaires. Ces suppurations se trouvent élevées et situées à une assez grande distance des culs-de-sac vaginaux. Elles ne proéminent donc pas dans le vagin. Pour sentir ces foyers purulents, il faut aller les chercher à une certaine hauteur et, pour arriver à les reconnaître, on doit combiner le palper abdominal au toucher vaginal.

M. Bouilly a réuni 6 observations :

Le premier cas a trait à une jeune femme atteinte de salpingo-ovarite gauche. L'état général de cette malade était mauvais. M. Bouilly fit une laparotomie qui resta exploratrice. En effet, dans le cours de l'opération, ce chirurgien reconnut l'existence de masses profondes, adhérentes, difficilement énucléables. Il y avait impossibilité de faire une ablation sinon complète, du moins large. La simple ponction n'était ni sûre, ni facile. On referma donc le ventre.

Quatre ou cinq mois plus tard, la poche ayant augmenté de volume et étant devenue nettement perceptible par le cul-de-sac vaginal, M. Bouilly en fit l'ouverture par la voie vaginale.

Une ponction fut pratiquée en arrière du col. Il s'écoula du pus ; sur le trocart, pris comme guide, on incisa les tissus au thermocautère. L'abcès fut ainsi ouvert. Un gros drain fut placé dans la plaie. Les suites opératoires furent simples. Mais il y eut le huitième jour, au moment de l'élimination de l'eschare, une hémorrhagie assez forte, ce qui nécessita le tamponnement.

Une autre femme avait des hémorrhagies qui l'anémiaient beaucoup. Elle avait un polype utérin et une collection suppurée de la trompe. L'état général était loin d'être satisfaisant. M. Bouilly commença par pratiquer l'ablation du polype pour mettre fin aux hémorrhagies. Quelques jours après, on fit l'ouverture de la collection salpingée par la voie vaginale. Cette fois, l'incision fut pratiquée au bistouri. Il n'y eut aucune hémorrhagie consécutive.

Une troisième malade avait une salpingite suppurée gauche et une salpingite catarrhale à droite. M. Bouilly ouvrit la collection suppurée qui siégeait à droite. Cela amena une détente rapide de ce côté ; mais à droite, il y eut persistance des lésions et finalement amélioration.

La quatrième malade avait des ménorrhagies. M. Bouilly fit le curage. Mais il y eut un réveil des phénomènes inflammatoires du côté des annexes. Des douleurs apparurent à droite et à gauche, et les annexes augmentèrent de volume. La fièvre survint. Bref, il se produisit une collection tubaire. Dans ce cas encore, ponction, incision du cul-de-sac, drainage.

La cinquième malade est une jeune femme qui présenta, quatre ou cinq jours après son mariage, des accidents péritonéaux graves. L'état était des plus sérieux. Des symptômes infectieux existaient quand M. Bouilly vit la malade. Le pus s'ouvrit une voie par le rectum. Il y avait une collection purulente dans la fosse iliaque.

La laparotomie était difficile à proposer. L'état général était très mauvais. M. Bouilly ouvrit l'abcès par la voie vaginale. Les accidents tombèrent immédiatement, mais il se produisit un trajet fistuleux qui persiste.

Enfin, la dernière opérée est une femme qui fit un long voyage, alors qu'elle avait une salpingo-ovarite suppurée. La température monta à 40 degrés, et des phénomènes graves se montrèrent. Il y avait une énorme collection purulente. La laparotomie n'était guère indiquée dans ces conditions. On fit l'incision vaginale et la guérison fut rapide.

L'opération que préconise M. Bouilly n'est pas applicable dans tous les cas. Il s'agit de poser les indications de cette intervention. On doit tenir compte : 1° de la gravité de l'état général ; 2° de la possibilité d'atteindre la collection par la voie vaginale.

A ces deux conditions qui militent en faveur de l'intervention par la voie vaginale, il faut en ajouter une autre : c'est la constatation d'une poche unique, plus ou moins large, non cloisonnée et capable de se vider facilement par la ponction. Ces notions s'acquièrent par la palpation et le toucher combinés. On cherche la fluctuation et si on la trouve égale partout, on est autorisé à croire que la poche est large et non cloisonnée.

Enfin, l'unilatéralité des lésions est une indication de l'évacuation du liquide par la voie vaginale. Si les annexes sont malades des deux côtés, il faudra pratiquer la laparotomie.

Le manuel opératoire présente quelques particularités. Il faut, tout d'abord, anesthésier les malades. On déprime la paroi vaginale avec un spéculum de Sims. On touche nettement la collection par le toucher combiné au palper abdominal et, sur le doigt laissé en place dans le vagin, à l'endroit où l'on sent bien la fluctuation, on enfonce un trocart. Un aide a soin de déprimer la paroi abdominale de façon à repousser la poche par en bas.

Le trocart doit être enfoncé dans la zone postérieure au col. Le pus s'écoule. On laisse l'instrument en place. Le long du trocart on glisse un bistouri qui incise les tissus à 1 centimètre à droite et à gauche, on agrandit la plaie en introduisant une pince hémostatique et en l'ouvrant. Grâce à cette manœuvre, qui permet d'éviter l'ouverture des vaisseaux, le pus s'écoule. On place un drain dans la poche et on la lave largement et complètement. Au bout de quinze à dix-huit jours, le tube est enlevé.

Si on pratique le toucher et le palper, on constate à la place de la collection un cordon induré.

M. Bouilly signale la persistance d'une fistule salpingo-vaginale chez une de ses opérées. Cela se voit aussi, dans certains cas, quand on draine la plaie par la voie abdominale.

L'incision des collections purulentes salpingo-ovariennes par la voie vaginale n'est pas une méthode générale de traitement des suppurations développées dans les trompes ou les ovaires. Dans certains cas, la laparotomie est seule indiquée. Mais quand l'abcès est bien collecté, quand la poche est unique, quand l'état général est mauvais, il y a lieu d'ouvrir les abcès par la voie vaginale. C'est une opération qui est simple et bénigne.

DISCUSSION

M. POLAILLON. M. Laroyenne (de Lyon) a généralisé le procédé que préconise M. Bouilly et a inventé un appareil pour faire la ponction et l'incision. Cette méthode a donné quelques succès à M. Laroyenne. M. Polaillon a imité cette pratique. Dans un cas, la malade est restée avec une fistule faisant communiquer la poche purulente avec le vagin.

M. Polaillon est donc d'avis qu'il ne faut pas généraliser la méthode et la réserver, comme le fait M. Bouilly, à des cas spéciaux.

M. ROUTIER a fait la même opération. Il avait senti une large collection. Il a pratiqué l'incision vaginale et a pu saisir la coque de l'abcès avec une pince tire-balle. Drainage ; guérison.

M. RECLUS pense que la limitation très nette de la tumeur est une bonne indication de l'ouverture de ces collections par la voie vaginale. La production de fistules persistantes s'observe parfois, que l'on ouvre les suppurations par la voie vaginale ou par la laparotomie.

M. MONOD a anciennement ouvert une collection purulente par la voie vaginale. La malade a eu une fistule par laquelle le pus s'écoulait de la poche purulente dans le vagin.

M. BOUILLY. M. Laroyenne, qui a généralisé cette méthode, ouvre par la voie vaginale toutes les collections purulentes situées dans le petit bassin. Il a observé souvent la persistance d'une fistule.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. ROUTIER présente une canine trouvée dans un kyste de la mâchoire supérieure.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les bactéries et leur rôle dans l'étiologie, l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses (1), par MM. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Paris, et Babès, professeur d'anatomie pathologique et directeur de l'Institut bactériologique de Bucharest.

La première édition de cet ouvrage a paru en mai 1885, alors que la bactériologie ou microbie était à peine constituée en tant que science; la seconde un an après, en avril 1886; toutes deux ont été rapidement épuisées.

L'édition actuelle a été rendue nécessaire par les nombreux travaux qui se sont succédé pendant ces quatre dernières années, et sera indispensable aux médecins et aux hygiénistes. On sait que cette science a réformé l'étiologie, l'anatomie et l'histologie pathologiques et l'hygiène; elle a rendu déjà et rendra dans l'avenir de grands services dans la thérapeutique préventive des maladies.

Dans le but de tenir ce livre au courant de tout ce qui s'est fait jusqu'ici d'essentiel, les auteurs ont refondu complètement beaucoup de chapitres et en ont ajouté un certain nombre de nouveaux.

C'est ainsi qu'ils ont consacré des articles au « choléra des canards », à la « pneumo-entérite des porcs », au « farcin du bœuf », à la « mammite contagieuse des vaches laitières », à la « mammite contagieuse de la brebis », au « barbons des buffles », à la « peste bovine », à l' « hémoglobinurie du bœuf », à la « pneumonie du cheval », aux « septicémies hémorrhagiques », à la « septicémie urineuse », au « tétanos », toutes maladies dont la cause microbienne a été déterminée depuis peu.

Ils ont décrit aussi l' « actinomycose » laissée de côté dans les éditions antérieures, parce qu'elle paraissait alors causée par un champignon, tandis qu'aujourd'hui on sait qu'elle est bien due à un schyzomycète, et ajouté ce que nous connaissons sur les microbes de la « grippe » et des « sécrétions muqueuses des bronchites ».

Citons également les recherches sur la « phagocytose », qui nous ont révélé les phénomènes intimes de la lutte réactionnelle des cellules contre les bactéries et le chapitre relatif aux ptomaïnes engendrées par les microbes pathogènes.

Enfin, les auteurs ont relaté les perfectionnements apportés par M. Pasteur dans sa méthode des vaccinations intensives contre la rage, et rapporté les résultats obtenus par M. Babès dans sa pratique des inoculations préventives à l'Institut bactériologique de Bucharest.

Indépendamment des figures intercalées dans le texte, dont un grand nombre sont nouvelles, on trouvera à la fin du second volume des planches reproduisant les photographies des principaux types de microbes.

Les épilepsies et les épileptiques (2), par M. Ch. Féré, médecin de Bicêtre.

L'épilepsie ne peut plus être aujourd'hui considérée comme une névrose autonome. Les troubles décrits sous ce nom présentent des variétés nombreuses; la clinique et l'anatomie pathologique ont montré que ces troubles étaient sous la dépendance de conditions physiologiques ou anatomiques multiples.

Ils prennent une forme aiguë ou chronique, suivant le caractère accidentel ou permanent de ces conditions, sans modification fondamentale dans leur forme. M. Féré a étudié tous ces cas, en suivant les méthodes de la physiologie expérimentale; nous citerons particulièrement les études relatives aux phénomènes d'épuisement, consécutifs aux paroxysmes, et qui constituent les éléments de la stupeur et de la démence.

De ces études méthodiques, il a tiré nombre d'indications thérapeutiques et hygiéniques. Le traitement ne remplit pas moins de six chapitres où figurent en particulier les récents résultats de l'intervention chirurgicale. L'auteur base l'expertise médico-légale exclusivement sur les phénomènes physiques, et, au point de vue social, il applique aux épileptiques le principe d'utilité qu'il a défendu dans un autre travail.

(1) 2 beaux vol. in-8°. Prix : 40 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) 1 vol. in-8°, avec 67 gravures dans le texte et 12 planches hors texte. Prix : 20 francs. — Paris, F. Alcan.

Dyspepsie et catarrhe gastrique, thérapeutique des maladies des voies digestives (1), par M. C.-L. Coutaret.

Il est impossible d'analyser un volume de 1 200 pages, d'une justification très serrée, dans lequel abondent les faits, les citations, les théories personnelles, les descriptions, les formules et les procédés thérapeutiques. Depuis longtemps, M. Coutaret s'occupe de la dyspepsie; l'observation et la réflexion l'ont amené à se faire, sur sa nature, sa pathogénie, des idées qui ne manquent ni d'intérêt, ni d'originalité. Il s'est tenu soigneusement au courant des publications nombreuses faites sur ce sujet en France et à l'étranger, surtout en Allemagne. Son ouvrage actuel est l'exposé de tout ce qu'il a pu apprendre, en puisant à ces différentes sources d'information et de la façon dont il conçoit et systématise les choses. On peut puiser, avec profit, dans cet amas considérable de matériaux; il est toujours fort intéressant et fort utile de voir quelle opinion s'est faite un praticien instruit sur les problèmes nombreux et complexes que soulève l'étude de la dyspepsie, tant au point de vue de la pathologie générale et spéciale, que de l'intervention médicamenteuse ou diététique.

A propos de la pathologie générale, nous signalerons les idées de l'auteur sur la diathèse rhumatoïdale et le catarrhe gastrique. Nous lui empruntons une page caractéristique.

« Le tableau que nous venons de tracer nous conduit à incarner la diathèse rhumatoïdale dans le catarrhe gastrique, qui est son expression la plus constante et la mieux déterminée. Les accidents angiopathiques, lymphatiques et nerveux suivent pas à pas la marche de la maladie gastro-intestinale, progressent, diminuent et disparaissent avec elle. Leur ensemble sert à reconnaître l'intensité de l'imprégnation et à établir son échelle de gravité.

Ce qu'il y a de remarquable dans le développement du catarrhe gastrique, c'est l'extrême mobilité et l'alternance des diverses manifestations. Quand dominent les douleurs vagues, névralgies, poussées herpétiques, etc., les troubles digestifs s'effacent ou diminuent d'une façon sensible. Certains groupes s'exagèrent à la fois, pour s'évanouir ensemble et faire place à d'autres; ainsi, les désordres de l'estomac, occupant la première place, passent au second rang, tandis que des accidents différents les remplacent et alternent avec eux sans interruption.

Si nous étions obligé de caractériser le catarrhe gastrique par les phénomènes morbides qui se rencontrent communément réunis sur le même sujet, nous donnerions les suivants : blancheur uniforme de la langue à des degrés variables; disposition à l'inappétence et à l'amaigrissement; troubles digestifs avec ou sans vomissements glaireux; constipation ou diarrhée; névralgies; douleurs erratiques, exaspérées par les changements de température; coryzas fréquents; transpiration au moindre effort; prurit et éruption à la peau; calorification défaillante; tendance à l'hypertension vasculaire; pas d'antécédent rhumatismal; imprégnation rhumatoïdale antérieure par l'action prolongée du froid humide et des moisissures. »

C'est, en effet, à ces deux éléments : le froid humide et l'imprégnation par les produits de moisissures, que M. Coutaret attribue la production de l'état particulier qu'il désigne sous le nom de diathèse rhumatoïdale, qu'il distingue de la diathèse rhumatismale.

(1) In-8°, 1200 pages. Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.

La diathèse rhumatoïdale porte surtout son action sur les muqueuses; à un degré léger, l'irritation est faible sur la muqueuse gastrique, c'est la dyspepsie catarrhale; plus tard, c'est de la gastrite; plus tard encore, la cachexie est le degré le plus élevé de l'infection. « C'est un empoisonnement diathésique qui fait le désespoir des médecins, lorsqu'ils en ignorent la nature, ils le considèrent comme une fièvre lente, nerveuse, ou une maladie imaginaire. Nous accusons les malades, qui ont à peine de la fièvre, d'avoir la manie de ne pas manger, et, en réalité, nous les laissons mourir de faim, parce que nous ne connaissons pas les moyens capables de réveiller leur appétit et de leur faire digérer ce qu'ils ingèrent. La cachexie catarrhale est susceptible de guérison et guérit même toujours, pourvu qu'on la traite à l'aide d'une médication appropriée, avant qu'elle ait trop profondément détérioré l'organisme. »

Voici les divers chapitres de l'ouvrage : physiologie de la digestion normale; digestibilité des aliments; synthèse de la digestion pathologique; comment on devient dyspeptique; symptômes de la dyspepsie; du régime; traitement de la dyspepsie; diathèse rhumatoïdale; manifestations de la diathèse rhumatoïdale, du catarrhe gastrique; traitement des manifestations rhumatoïdales; traitement des symptômes subordonnés (douleurs, flatulence, acidités, vomissements, fringale, anorexie, dyspepsies dites intestinales, symptômes subordonnés réflexes); traitement des symptômes caractérisés (dyspepsies anémiques, dyspepsies névropathiques, névroses gastriques complexes, dilatations de l'estomac, dyspepsie irritative, dyspepsies dégénérées); des grands modificateurs hygiéniques (kinésithérapie, massage, balnéation, hydrothérapie méthodique, eaux minérales, bains de mer). A. M.

Les anesthésiques, physiologie et applications chirurgicales (1), par A. Dastre.

On ne saurait trouver de sujet plus particulièrement intéressant à traiter, et plus éminemment utile que celui que vient d'étudier M. Dastre, professeur de physiologie à la Sorbonne. Le chloroforme, l'éther, constituent des ressources merveilleuses qui ont permis à l'art chirurgical d'étendre au loin ses limites et de perfectionner ses méthodes. Les anesthésiques sont, aujourd'hui, universellement employés, libéralement par les uns, plus timidement par les autres. Cette différence, dans la faveur dont les anesthésiques jouissent auprès des praticiens, tient à ce qu'à côté des inappréciables bienfaits qu'elle apporte, l'anesthésie ne va pas sans présenter des dangers; et beaucoup ont conservé la douloureuse impression de ces morts soudaines et brutales, observées inopinément dans le cours de l'administration des anesthésiques.

Bien des publications scientifiques se sont succédé sur cette question, bien des discussions ont retenti dans les sociétés savantes : déjà Paul Bert, le prédécesseur de M. Dastre, avait longuement étudié les conditions qui pouvaient assurer une anesthésie exempte de dangers. Mais les documents les plus nombreux et les plus précieux avaient été jusqu'ici fournis par les chirurgiens, à l'aide des faits qu'ils avaient pu observer. Toutefois, toutes ces discussions étaient loin d'avoir apporté dans la question une clarté suffisante, et il n'en était résulté aucune méthode générale dans l'administration des anesthésiques. Chaque opérateur a sa manière de faire qu'il suit empiriquement, avec confiance et par habitude, et l'élève est souvent étonné de voir considérer comme une faute, qualifiée de monstrueuse par un de ses nouveaux maîtres, ce que l'un de ses anciens chefs lui avait appris comme étant une excellente méthode dont il ne devait jamais se départir. Aussi, dans la pratique usuelle, l'administration du chloroforme est, en général, mal conduite : le praticien peu habitué aux anesthésiques qu'il manie rarement, effrayé des dangers qu'il connaît, mal guidé par ce qu'il a vu dans les hôpitaux, ne recourt à l'anesthésie qu'avec une certaine crainte et une grande réserve.

(1) Gr. in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Le livre de M. Dastre est donc destiné à combler une lacune. C'est en physiologiste que M. le professeur Dastre a étudié les anesthésiques. Son ouvrage est divisé en quatre parties.

Le livre premier est consacré à la physiologie générale de l'anesthésie, et à la physiologie spéciale de l'anesthésie par le chloroforme et par l'éther.

Le livre deuxième étudie les divers autres anesthésiques : le protoxyde d'azote, le chloral, le bromure d'éthyle, le chlorure de méthyle, la cocaïne, etc.

Dans le livre troisième, l'auteur passe en revue les anesthésies mixtes ou combinées, l'association du chloroforme à l'alcool, à la morphine, à l'éther, au chloral, etc., et il termine par l'exposé de sa méthode qui est le résumé pratique et la conclusion de ses travaux. Pour M. Dastre, l'association de l'atropine et de la morphine au chloroforme constitue *une méthode mixte, qui, d'abord préparée par des tentatives empiriques, est devenue plus tard rationnelle, et fondée sur des notions physiologiques sûres*. Cette méthode, consacrée par dix années de pratique de laboratoire sans un seul échec et par huit années de pratique dans les hôpitaux de Lyon (1), mérite de subir, de la part des chirurgiens, une épreuve plus étendue.

Nous n'avons fait qu'esquisser à grands traits les lignes principales du travail de M. Dastre. Cette analyse laisse de côté trop de notions importantes, et serait par trop insuffisante, si cette question des anesthésiques n'avait été reprise dans une de nos Revues générales où nos lecteurs ont pu trouver à côté des recherches de M. Dastre, résumées et étudiées, toutes les différentes méthodes d'anesthésie chirurgicale. A. R.

Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses (2), par le professeur Kovalevsky.

Les neurologistes donnent actuellement la préférence aux agents physiques, tels que l'air, l'eau, la lumière, le mouvement, l'électricité, dans les maladies mentales et nerveuses. En effet, l'une des principales causes du nervosisme contemporain résidant dans les conditions anomales de la vie, on comprend l'importance d'un régime hygiénique rationnel pour le combattre. Aussi, la thérapeutique actuelle des névroses cherche-t-elle le salut des malades dans une vie régulière, dans une bonne alimentation, dans la régénération physique et l'éducation morale. Ce sont ce que l'on peut appeler les remèdes naturels et c'est à l'étude de leur application que M. le professeur Kovalevsky, de l'Université de Kharkoff (Russie), consacre le livre que nous signalons à nos lecteurs et qui a été traduit du russe, par M. le docteur Wladimir de Holstein.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

232. M. Le Joubioux. De l'hystérie consécutive à la grippe. — 233. M. Dulac. De la scapulalgie (scapulo-tuberculose), son traitement par la résection. — 234. M. Rodriguez. Contribution à l'étude du sarcome de la parotide. — 235. M. Huet. Du calomel comme diurétique dans les hydropisies d'origine cardiaque. — 236. M. Huguenin. Étude anatomo-pathologique et clinique de la myocardite infectieuse diphthérique. — 237. M. Desbrières. Contribution à l'étude de la panophthalmie secondaire infectieuse.

(1) Voici la formule employée par les chirurgiens lyonnais :

Chlorhydrate de morphine . . .	10 centigrammes.
Sulfate d'atropine	5 milligrammes.
Eau distillée	10 grammes.

On pratique, quinze à vingt minutes avant l'anesthésie chloroformique, l'injection sous-cutanée de 1 centim. cube 1/2 de cette solution.

(2) 1 vol. in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté, dans sa séance d'hier, jeudi, a proposé :

1° Pour la chaire de clinique chirurgicale : en première ligne, M. Le Dentu; en deuxième ligne, M. Terrier;

2° Pour la chaire de médecine opératoire : en première ligne, M. Tillaux; en deuxième ligne, M. Berger; en troisième ligne, M. Nicaise.

— *École pratique des Hautes-Études.* — M. Magon (Lucien-Antoine-Sévère), docteur en médecine, chef des travaux de zoologie et de botanique à la Faculté des sciences de Besançon, suppléant d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville, est chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de physiologie générale à l'École pratique des Hautes-Études.

— Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu à Limoges du 7 au 14 août. — Les adhésions (cotisation 20 francs) peuvent être adressées au secrétaire du conseil, 28, rue Serpente, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 78. — MARDI 8 JUILLET 1890. 63e ANNÉE MARDI 8 JUILLET 1890. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 7 juillet 1890.

Il est probable que l'année scolaire prochaine sera l'ère de réformes nouvelles dans nos Facultés. De tous côtés, on en parle. M. le Ministre de l'Instruction publique est plein de promesses dans ses discours. M. le Directeur de l'Enseignement supérieur vient de publier, dans la *Revue des Deux Mondes*, un article fort apprécié sur les « Universités ». M. le Professeur Gautier, dans la *Revue générale des Sciences*, a répondu longuement, d'une façon judicieuse et bien pensée, aux projets ministériels officieusement dévoilés. La presse médicale, tout entière, est pleine de revendications.

C'est, qu'en effet, il est temps de sortir de l'ornière où l'Enseignement officiel s'est, depuis longtemps, engagé, sans pouvoir ou vouloir en sortir. Il est temps que, de tous côtés, on demande, on réclame des réformes qui sont nécessaires, indispensables, urgentes même.

Nous ne voulons pas ici discuter cette question des Universités. La création d'Universités régionales serait peut-être un progrès, à condition de ne pas les multiplier, d'en faire peu, de les doter et de leur assurer l'indépendance et les ressources dont elles ont besoin pour diriger et mener à bien leur enseignement. Nous avons grand'peur que toute cette question d'*Universités* ou de *Facultés* ne se borne à un groupement nouveau dans les chaires, dans les bureaux, et qu'au fond tout se réduise à une modification pure et simple dans la dénomination et dans l'étiquette.

Pour nous, ne pouvant envisager, avec quelque compétence, que l'enseignement médical, nous nous bornons à penser, qu'il importe peu, au fond, que la Faculté de Médecine soit isolée ou groupée en Université avec les autres Facultés, l'essentiel est que l'enseignement qu'on y donne soit solide et complet, et que de ses bancs sortent des praticiens instruits. Il nous paraît plus urgent de faire certaines réformes pratiques qui, pour être plus modestes, n'en sont peut-être pas moins fructueuses.

Notre Faculté possède à Paris des ressources d'instruction médicale, comme il n'en existe *dans aucun pays du monde entier*. Cette richesse fait notre mal. A cause d'elle, on ne calcule pas, on laisse aller ; et l'étudiant, un peu abandonné par la Faculté, doit trouver dans les services hospitaliers de quoi achever une éducation que l'enseignement officiel ne lui donne qu'avec parcimonie et d'une façon insuffisante. On ne saurait le contester, professeurs et étudiants ne peuvent qu'être de cet avis. Si l'étudiant français était réduit au seul enseignement de la Faculté, il ferait un piètre médecin. Nous reprendrons d'ailleurs, en détail, cette grosse question de l'enseignement médical, mettant le doigt sur ses plaies et les étalant ouvertement aux yeux de tous ; car nous pensons que le moment est venu de s'occuper de ces questions et, puisque le vent nous arrive des hautes sphères officielles, il ne faut pas laisser passer l'occasion, mais bien l'arrêter au passage et ne pas la lâcher.

L'enseignement médical, tel qu'il existe aujourd'hui, doit être profondément modifié. Ces modifications doivent et peuvent être faites, car, nous ne craignons pas de le répéter, la Faculté a entre ses mains des matériaux d'enseignement, d'une richesse incomparable. Il suffit seulement, à elle ou au Gouvernement qui la tient sous sa dépendance, de vouloir les utiliser.

La Faculté de Paris compte 34 professeurs titulaires chargés de donner l'enseignement aux 4000 étudiants qui viennent s'inscrire chez elle. A voir ce nombre si considérable d'étudiants pour un nombre si restreint de professeurs, on croirait que les cours de ces derniers doivent être suivis, et les amphithéâtres trop petits pour contenir la masse des auditeurs. Il n'en est rien. Quelques cours sont privilégiés et peuvent réunir 100 et, exceptionnellement, 200 auditeurs ; la plupart sont bien loin d'atteindre la centaine ; quelques-uns sont absolument déserts.

A ce vide des amphithéâtres, il paraît n'y avoir que deux raisons : ou ces cours sont mal faits par le professeur, ou bien l'étudiant, indifférent et paresseux, passe à côté de l'enseignement qu'on lui offre, sans savoir en profiter. Ni l'une ni l'autre de ces raisons n'est la bonne. Les cours sont bien faits par des maîtres, instruits et consciencieux, qui ne marchandent pas leur peine ; et la grande masse des étudiants est désireuse d'apprendre et soucieuse de ses connaissances médicales. D'où vient donc qu'avec de pareils éléments, le résultat soit tel que nous l'avons annoncé ? A cela, parmi d'autres raisons, il y en a une essentielle, capitale à nos yeux, c'est que l'étudiant n'est pas dirigé, guidé dans ses études, comme il conviendrait, c'est que les cours qu'on lui offre, tout en étant bien professés, sont sans cohésion les uns avec les autres, sans suite, c'est qu'en d'autres termes, *la Faculté offre à l'étudiant un assemblage de cours, mais ne lui fait pas d'enseignement véritable.*

Prenons un exemple : L'étudiant, débarrassé de ses études anatomiques et physiologiques, arrive à sa troisième année désireux d'apprendre et de connaître la Pathologie, qui, à ses yeux, constitue les vraies études médicales. Que trouve-t-il devant lui ? Un cours de Pathologie médicale, un cours de Clinique médicale, un cours de Pathologie générale, etc. La Clinique n'est guère faite pour l'étudiant de troisième année, elle n'est utile que pour l'élève déjà préparé par des connaissances pathologiques durables. C'est donc le cours de Pathologie, que régulièrement et logiquement l'étudiant doit suivre. Ce cours porte sur une partie de la pathologie, le système nerveux, par exemple; mais, l'étudiant, rapidement arrêté par des termes ou des descriptions dont il ne saisit pas la portée, va demander aux cours voisins quelques renseignements qu'il juge nécessaires ; par malheur, le cours d'Anatomie pathologique, qui a lieu alors, a pour sujet les maladies du foie ou du cœur. S'il demande au cours de Pathologie générale de lui venir en aide, il se trouve que, cette année-là, le professeur traite des infections secondaires, ou bien de la dénutrition dans les maladies. Que voulez-vous que l'étudiant fasse dans ce dédale de leçons, sans lien commun possible ? Il abandonne ses cours, parce qu'ils ne lui donnent pas ce qu'il en attendait, et se plonge dans la lecture des *manuels*, qui constituent le bagage scientifique de la plupart des étudiants. Les cours de notre Faculté sont faits pour des élèves déjà instruits, déjà vieillis; ils ne sont pas faits pour des débutants, qui ignorent le premier mot de la pathologie. En d'autres termes, l'enseignement des éléments n'est pas fait à la Faculté; les cours ne sont pas coordonnés, groupés pour le plus grand bénéfice de ceux à qui ils sont adressés. Et si la Faculté veut bien nous pardonner cette comparaison, nous dirons qu'elle ressemble dans son enseignement à un architecte qui veut bâtir une maison sans s'être assuré des fondations.

HOTEL-DIEU. — M. Tillaux.

Sarcome des fosses nasales.

Je vais opérer un homme de soixante-cinq ans qui paraît chétif et assez affaibli. Cet homme semble être atteint d'une affection de l'œil gauche. En effet, l'œil de ce côté est plus proéminent que celui du côté droit; il est de plus porté en dehors. A ce léger degré d'exophthalmie s'ajoutent du chémosis et un écoulement muco-purulent de l'œil gauche. En examinant plus attentivement cet œil, on constate que les points lacrymaux sont déjetés en dehors, que le grand angle de l'œil est saillant, et qu'il existe une petite tumeur qui semble se confondre avec le sac lacrymal, mais qui est cependant située plus haut que celui-ci.

Il faut ajouter que l'œil gauche a conservé toutes ses fonctions. Cet homme voit très bien.

Ce malade ne peut respirer par la narine gauche. Quand on ferme sa narine droite et qu'on lui dit de souffler par le nez, la bouche étant fermée, on remarque aisément que l'air ne passe pas par la narine gauche. Celle-ci est donc oblitérée.

L'examen du nez fournit des renseignements importants. La racine du nez est augmentée de volume. Les os propres du nez semblent être refoulés de dedans en dehors. L'inspection des fosses nasales fait constater, du côté gauche, une masse grisâtre, inégale et irrégulière. Si on introduit le doigt dans cette narine, on sent une petite tumeur molle.

L'autre narine n'est pas absolument normale. Elle est, en effet, rétrécie. Mais la diminution du calibre de la fosse nasale droite n'est pas due à la présence d'une tumeur. Elle est produite simplement par la déviation de la cloison. Le néoplasme qui existe dans la fosse nasale gauche a déprimé et refoulé la cloison de gauche à droite : d'où l'étroitesse de la fosse nasale droite.

La voûte palatine est normale. Le voile du palais ne présente aucune particularité ; il n'est pas déprimé par la tumeur. Quand on introduit le doigt derrière le voile du palais pour explorer l'arrière-cavité des fosses nasales, on n'y trouve aucune tumeur.

Il est donc certain qu'il existe une tumeur et que celle-ci a pour point de départ la fosse nasale gauche.

Cet homme n'a pas d'antécédents personnels; mais sur six enfants il en a perdu cinq en bas âge. J'ignore quelles ont été les causes de la mort des cinq enfants.

L'affection que présente ce malade ne remonte qu'à neuf mois. Il existait au début de l'enchifrènement, un peu de rhume et de la gêne du côté des fosses nasales. Les accidents ont été en augmentant et la gêne, en particulier, s'est accrue rapidement. Bientôt apparut du larmoiement, preuve que, de bonne heure, s'est produite une obstruction des voies lacrymales.

Le malade consulta un oculiste qui ne trouva aucune affection oculaire. Un spécialiste des maladies du nez découvrit la tumeur nasale.

Quand cet homme entra dans mon service, il avait un peu d'exophthalmie. La projection de l'œil n'a pas tardé à s'accentuer, depuis son entrée à l'hôpital.

Où siège cette tumeur? En prenant en considération les différents signes que j'ai énumérés et en particulier la précoce apparition du larmoiement, je pense que la tumeur s'est développée dans le méat inférieur. Vous savez que l'orifice inférieur du canal nasal se rencontre dans le méat inférieur, et répond à l'union du quart antérieur avec les trois quarts postérieurs du cornet inférieur, et d'ordinaire au-dessous de la ligne d'insertion du cornet. La tumeur a comprimé et oblitéré cet orifice du canal nasal.

L'exophthalmie est-elle due à une simple propulsion de l'œil par le néoplasme? Ou bien celui-ci a-t-il détruit la paroi orbitaire et envahi la cavité de l'orbite? Je n'en sais rien. Cependant j'avoue que je suis disposé à admettre qu'il y a une sorte d'infiltration de la tumeur dans la substance osseuse. Mais je reviendrai plus tard sur cette question.

A quel genre de tumeur appartient le néoplasme que j'ai constaté ?

Dans les fosses nasales, on peut rencontrer : 1° le polype, c'est-à-dire le myxome pur; 2° le polyadénome développé aux dépens des glandes si nombreuses de la pituitaire ; 3° le fibro-myxome ; 4° l'ostéome; 5° le sarcome ; 6° l'épithélioma.

Il faut procéder par élimination pour arriver au diagnostic.

Il ne s'agit pas, dans le cas actuel, d'un ostéome. L'ostéome est d'une dureté particulière. La tumeur de notre malade est molle.

L'ostéome des fosses nasales présente quelques particularités que je veux vous faire connaître.

Cette tumeur débute dans la cavité du sinus maxillaire

non pas aux dépens des os qui forment la paroi de cette cavité, mais aux dépens de la couche profonde de la fibro-muqueuse revêtant l'antre d'Highmore.

Dolbeau racontait qu'il avait vu Michon chercher vainement le pédicule d'un ostéome et laisser l'opération inachevée. Ces tumeurs n'ont pas de pédicule. Elles ressemblent à des billes de billard enclavées dans la profondeur de la fibro-muqueuse. Pour les enlever, le chirurgien doit fendre la fibro-muqueuse, agrandir l'ouverture autant que cela est nécessaire et fait sauter l'ostéome avec un levier quelconque. Il ne faut donc pas chercher un pédicule, puisqu'il n'en existe pas.

S'agit-il d'un fibro-myxome des fosses nasales. qui se développe à la partie postérieure des fosses nasales, au niveau de l'épais trousseau fibreux recouvrant l'apophyse basilaire ? Non, la tumeur siège au niveau du méat inférieur et non pas dans l'arrière-cavité des fosses nasales.

Il existe une catégorie intéressante de tumeurs bénignes dont il faut dire un mot. Ces tumeurs sont plus dures que les fibromes et moins dures que les polypes.

Elles prennent naissance au-dessus du voile du palais, en arrière du cornet moyen. Ces néoplasmes dépriment le voile du palais, glissent le long du pharynx et se dirigent vers l'ouverture supérieure du larynx. On peut enlever facilement, par la voie buccale, ces tumeurs nées au pourtour de l'orifice postérieur des fosses nasales.

M. Legouest, en 1869, signale, pour la première fois, cette variété de tumeur. J'en ai publié une observation en 1886.

Cette tumeur se cantonne aux fosses nasales et n'a pas de tendance à infiltrer les os. On la différencie du fibrome, par la facilité que l'on éprouve à passer le doigt entre la paroi postérieure du pharynx et la tumeur elle-même.

Notre malade n'a pas une tumeur de cette nature, puisque l'arrière-cavité des fosses nasales est libre.

Il faut donc éliminer le fibro-myxome.

Le diagnostic se trouve confiné entre le myxome, le polyadénome, le sarcome et l'épithélioma.

Le polype des fosses nasales se présente souvent avec des caractères tellement nets qu'il est impossible d'hésiter. La petite tumeur est rosée, s'attache par un pédicule étroit d'ordinaire dans le méat moyen, quelquefois plus haut. Le polype est mobile, flottant, se porte en avant quand le malade souffle un peu fort par la narine qui correspond au siège de la tumeur.

Mais le diagnostic ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères de simplicité. Il peut exister plusieurs polypes à la fois. Dans ces conditions, la fosse nasale est remplie par une masse volumineuse qui agit mécaniquement sur les os. Le nez est saillant et la cloison est repoussée.

L'inflammation transforme l'épithélium cylindrique qui revêt la tumeur en un épithélium pavimenteux. Le polype devient blanc grisâtre. Alors il est difficile à reconnaître. L'examen microscopique seul permet d'établir le diagnostic.

Notre malade a une tumeur grisâtre. Est-il atteint d'un myxome modifié par l'inflammation ? Je ne le crois pas et je vais vous donner les raisons qui m'empêchent d'adopter cette hypothèse.

Il faut, pour cela, rassembler quelques faits qui sont des éléments précieux pour le diagnostic de la nature de la tumeur.

Notre malade a soixante-huit ans, c'est l'âge des cancers. La tumeur a pris un développement rapide. Vous vous rappelez que le début du néoplasme ne remonte qu'à neuf mois. Cette rapidité, dans l'évolution d'une tumeur, me fait supposer qu'il s'agit d'un néoplasme malin. Enfin, un troisième élément vient confirmer le diagnostic précédent, c'est l'infiltration de la paroi osseuse par la tumeur. Le polype, en grossissant, pénètre dans toutes les anfractuosités, dans toutes les cavités, peut refouler mécaniquement les os, mais il ne s'infiltre pas dans la paroi osseuse. Le myxome n'envahit pas la cavité orbitaire.

Est-ce un polyadénome ? Le polyadénome est une tumeur pédiculée, grisâtre, et qui récidive plus que le myxome pur. On peut déclarer, en s'appuyant sur les caractères cliniques, que ce n'est pas un polyadénome. Mais c'est encore le microscope seul qui permet d'affirmer ou de nier l'existence de cette tumeur.

Il reste donc une seule hypothèse, celle de l'existence d'un sarcome ou d'un carcinome des fosses nasales.

Il est possible que la petite tumeur, qui se trouve au niveau du sac lacrymal, soit due à un prolongement du néoplasme nasal.

J'ajoute, pour compléter l'examen de mon malade, que les ganglions, qui reçoivent les lymphatiques de la région, ne sont pas augmentés de volume. Les viscères sont normaux. L'état général est satisfaisant.

Une large opération est seule capable de guérir cet homme. Il faut ouvrir largement la fosse nasale gauche, pour enlever la tumeur. Sur le côté gauche du nez, en partant de l'angle interne de l'œil, je vais faire une incision qui longera la partie externe de l'aile du nez, dans le sillon, et qui ira se terminer jusque dans la narine.

Cette incision, pratiquée dans le sillon, ne laisse presque pas de trace et permet de faire une opération complète. La narine est largement ouverte. Le sang coule en assez grande abondance. Il faut mettre des pinces hémostatiques sur toutes les artères, sur la faciale, en particulier.

Si la narine ne donne pas assez de jour, on peut sectionner la branche montante du maxillaire supérieur. Peut-être serai-je obligé de pratiquer cette section osseuse. La petite tumeur de l'angle interne de l'œil me mettra probablement dans la nécessité de faire ce sacrifice.

Avec une curette tranchante, je vais râcler soigneusement toute la fosse nasale. J'enlèverai ainsi toute la tumeur par fragments. Mon doigt, introduit dans la fosse nasale, explorera tous les coins. Je pourrai poursuivre la tumeur dans toutes les anfractuosités. Je constaterai si la paroi osseuse n'est pas intéressée, si un prolongement de la tumeur n'a pas pénétré dans la cavité orbitaire, en défonçant les parois osseuses.

Je chercherai à tout enlever par cette fenêtre. Si je m'aperçois, au cours de l'opération, que la cavité de l'orbite est envahie par le néoplasme, je remettrai à une autre séance l'ablation de l'œil, si cela est nécessaire.

HOPITAL DE SÉTIF. — M. Vinsac.

Observation de scarlatine fruste suivie de mort.

Le nommé D... (Gabriel), jeune soldat au 3e régiment de zouaves en garnison à Sétif, entrait à l'hôpital le 12 mars avec une angine pultacée. Les amygdales et le pharynx étaient, en effet, le siège d'une ulcération grisâtre. La date de l'invasion était, d'après le malade, de quatre jours. Il n'avait pas de fièvre, mais un peu d'embarras gastrique; la langue était chargée. Une dose de

30 grammes d'huile de ricin lui fut administrée le lendemain matin et l'appétit revenait deux jours après.

Le 15 mars, au lieu de bouillon et de lait, il commença à prendre du potage et un œuf. Un badigeonnage avec la teinture d'iode fait à sa gorge et un gargarisme boraté pour la journée constituaient le traitement.

Le 19, le malade demandait à manger davantage; nous lui donnions deux portions et deux de vin; le 23, trois portions et deux de vin.

Mais le 27, les pieds commencèrent à enfler légèrement; cette manifestation éveilla notre attention, et, en regardant attentivement la peau, nous aperçûmes une desquamation très fine aux jambes et surtout au dos. Nous demandâmes alors au malade, si, avant son entrée à l'hôpital, il n'avait pas vu la peau devenir rouge. Celui-ci nous répondit négativement. Il nous dit « qu'il n'avait eu que mal à la gorge ». Cependant, la desquamation était évidente, et l'œdème des jambes s'étant étendu à la face, nous portions le diagnostic de « scarlatine fruste ». Nous étions conduit à cette idée par la constitution médicale du mois précédent.

En effet, il y avait eu quelques cas de scarlatine, parmi les zouaves, dont deux dans le mois de février. L'examen de l'urine ne révéla pas de trace d'albumine. Nous avions affaire à une anasarque survenue dans le cours d'une scarlatine sans fièvre; car il n'y avait rien, ni du côté du cœur, ni du côté des reins. Pour combattre l'œdème, le traitement fut d'exercer une dérivation sur le tube digestif et de tonifier le malade.

Le 27, café noir, eau de Sedlitz et chiendent nitré; le 29, huile de ricin et chiendent nitré.

Comme nourriture: potage, œuf, vin et potion avec extrait de quinquina 4 grammes et alcool 80 grammes.

Le 31, même régime et bain de vapeur pour faire fonctionner la peau. Il était recommandé de passer un linge humide sur les membres, afin d'obtenir une sudation énergique.

Sous l'influence des purgatifs et des bains de vapeur, l'œdème des membres ne diminuait pas, mais restait dans le même état. Cependant, l'angine était guérie complètement et l'appétit revenait.

Le 3 avril, le malade mange le petit régime : une portion de pain, potage, volaille et œuf; deux portions de vin; nous continuons la tisane de chiendent nitré, la potion avec extrait de quinquina 4 grammes et alcool 80 grammes et un bain de vapeur.

Les jours suivants, l'appétit reste le même. Nous continuons néanmoins les purgatifs, les bains de vapeur et les toniques. Le 13 avril, à la visite du matin, le malade se trouvait bien; l'œdème n'avait pas augmenté, la respiration n'était nullement gênée. Le repas du soir eut lieu comme d'habitude, lorsque tout à coup, avec une rapidité imprévue, la respiration devint gênée. Cependant, la nuit se passe sans angoisse, mais à la visite du 14, matin, nous trouvons le malade assis dans son lit avec une dyspnée qui ne fait qu'augmenter à chaque instant. Nous prions M. le médecin-chef de venir voir le malade et, après la consultation, nous sommes d'avis d'appliquer des sinapismes sur les jambes, de donner une potion avec 20 grammes d'acétate d'ammoniaque, du thé alcoolisé pour soutenir les forces, et en même temps d'appliquer le plus possible des ventouses scarifiées sur le devant et le derrière de la poitrine pour obtenir une émission sanguine. Une injection hypodermique de caféine lui est également administrée, puis des injections sous-cutanées d'éther. Malgré cette médication, le malade a de plus en plus de la peine à respirer; il expectore des mucosités sanguinolentes et, enfin, à six heures du soir, l'hématose ne se faisant plus, la figure devient bleuâtre et le malade meurt asphyxié.

L'autopsie est faite le 16 au matin, trente-six heures après la mort.

Autopsie. — Ouverture de la poitrine. En enlevant très soigneusement le sternum, on aperçoit d'abord le médiastin antérieur très volumineux et contenant une grande quantité de liquide.

Les plèvres, droite et gauche, ouvertes, laissent couler abondamment un liquide clair et citrin que l'on peut évaluer à un litre et demi.

La surface des deux poumons est remplie de petites ecchymoses; les poumons sont refoulés vers la colonne vertébrale et engorgés. Une section pratiquée dans toute leur masse fait voir une coloration noire, surtout aux lobes inférieurs.

Le péricarde est très distendu par une grande quantité de liquide clair comme celui qui est dans les plèvres; mais le cœur ne présente aucune altération organique, ni des valvules, ni du myocarde. Il contient seulement de gros caillots de sang noir.

Le foie et la rate présentent un volume normal.

Les reins ne présentent aucune altération.

Le cerveau est congestionné, mais sans épanchement.

Il est évident que la mort a été produite par l'épanchement de ce liquide dans les plèvres et dans le péricarde. Le jeu pulmonaire et cardiaque a été rendu impossible par la compression consécutive : de là, asphyxie. Mais quelle est la cause qui a produit cet épanchement?

Nous avons songé à une compression du pneumogastrique. En effet, en disséquant la région profonde du cou, au-dessous de l'angle de la mâchoire gauche, nous avons trouvé un amas de ganglions hypertrophiés et un peu œdématiés.

Or, nous l'avons dit, en commençant, cet homme était entré à l'hôpital pour une angine pultacée scarlatineuse que nous avions touchée pendant plusieurs jours avec la teinture d'iode. Cette angine, localisée surtout à gauche, était guérie, mais les ganglions sous-maxillaires du même côté s'étaient hypertrophiés et l'anasarque, envahissant tous les tissus, avait amené une compression du nerf pneumogastrique. En effet, en examinant la région profonde du cou à droite, nous trouvons bien des ganglions; mais, ils sont petits, normaux; et ceux de gauche ont, au contraire, décuplé de volume. Il est donc facile de voir que c'est la compression du pneumogastrique qui a amené cet épanchement brusque dans le péricarde et les plèvres. Cette compression s'est produite d'autant plus facilement que la glande thyroïde était hypertrophiée et un peu œdématiée : ce qui venait encore accroître la compression produite par les ganglions lymphatiques.

Trousseau, dans sa clinique, cite plusieurs cas de scarlatine fruste.

M. Jaccoud, dans son Traité de pathologie interne, s'exprime ainsi à propos de cette forme de maladie : « C'est sur les faits de ce genre qu'a été étayée l'hypothèse des scarlatines incomplètes (frustes de Trousseau) qui ne peuvent être admises que sous bénéfice d'inventaire. »

C'est pour apporter un fait de plus à l'histoire de cette maladie, peu admise par un grand clinicien, que nous avons pensé qu'il était utile de relever cette observation.

Quant à la cause qui a déterminé cet épanchement dans les plèvres et dans le péricarde, nous l'avons trouvée matériellement dans l'hypertrophie des ganglions profonds du cou. Cela confirme la proposition de Richet qui dit dans son « Anatomie médico-chirurgicale » : « La pathologie démontre qu'une hypertrophie ganglionnaire peut, en comprimant le pneumogastrique, entraîner l'asphyxie, ainsi que j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas. »

Trousseau conseille, dans le cas d'épanchement pleurétique, survenu au cours d'une scarlatine, des ponctions ou la thoracentèse; mais, dans ce cas particulier, cette opération eût été inutile, car la cause, c'est-à-dire la compression du pneumogastrique par cette masse ganglionnaire, aurait continué à exister, et on ne pouvait pas songer, même en la connaissant, à agir sur ces organes hypertrophiés, au milieu desquels le pneumogastrique était pour ainsi dire enterré.

LIPOMES SYMÉTRIQUES D'ORIGINE NÉVROPATHIQUE

Par M. le docteur Albert Mathieu.

Récemment, j'ai eu l'occasion d'observer des lipomes symétriques des membres inférieurs développés dans des conditions telles qu'on est amené à leur attribuer une origine névropathique. Le fait est intéressant parce qu'il représente en quelque sorte l'extrémité d'une chaîne, dont les premiers anneaux sont constitués par l'œdème et le pseudo-lipome névropathiques. Il ne paraît y avoir que des degrés insensibles d'insensible progression entre des phénomènes nervo-moteurs purement congestifs de l'ordre des érythèmes, des œdèmes, et des productions plus stables telles que le lipome. De l'œdème à la sclérose, la transition est connue. Il semble que, sous l'influence d'une viciation de l'action trophique du système nerveux, il puisse se faire une surcharge graisseuse des aliments cellulaires de l'hypoderme, au même titre qu'il peut se faire une infiltration œdémateuse interstitielle. Peut-être même y a-t-il une transition entre l'imbibition œdémateuse, et l'invasion adipeuse des éléments cellulaires du tissu conjonctif.

Une dame de soixante-cinq ans éprouve, depuis trois ans, des douleurs extrêmement pénibles dans la région lombaire, la ceinture et les membres inférieurs. Ces douleurs procèdent par crises ; elles sont provoquées par les mouvements. Ce sont des élancements très pénibles, avec des sensations de brûlure qui arrachent des cris à la malade. Ces douleurs ne sont pas nettement systématisées ; elles ne sont pas nettement localisées sur le trajet des nerfs. Il y a de l'hyperesthésie un peu partout ; il faut dire cependant que la malheureuse patiente, rendue défiante par ses souffrances antérieures, énervée par leur longue durée, ne voit qu'avec crainte pratiquer les explorations. Il y a cependant un maximum douloureux très net le long du trajet des sciatiques, et, s'ils ne sont pas les seuls nerfs intéressés, ils sont évidemment atteints de névralgie. A la sortie du bassin, le long de la cuisse en arrière, au-dessous de la tête du péroné, en arrière de la malléole interne, on trouve des points de douleur plus grande. De plus, l'existence de la sciatique est rendue évidente si l'on emploie un procédé de recherches auquel notre maître, Lasègue, avait volontiers recours et qu'il considérait comme très démonstratif. Il consiste à soulever tout d'une pièce le membre inférieur, en le saisissant par le talon, le genou maintenu dans l'extension. Lorsqu'il y a sciatique, on provoque ainsi une vive douleur, à égale distance entre le grand trochanter et l'ischion, avec irradiation le long de la cuisse en arrière. Il est facile, chez la malade en question, de reproduire cette expérience. Ces phénomènes de sciatique et de douleur sont aussi accusés du côté gauche que du côté droit.

Que les sciatiques ne soient pas les seuls troncs nerveux intéressés, la chose est certaine. En effet, il y a des douleurs en ceinture, le long des parois abdominales et à la face antérieure des cuisses, dans le domaine des branches abdomino-génitales, génito-crurales et crurales.

L'examen de la région lombaire permet de constater une saillie convexe qui porte sur quatre ou cinq apophyses épineuses à la partie inférieure de la colonne dorsale, supérieure de la colonne lombaire. Il ne s'agit pas là d'une coudure angulaire brusque, semblable à celle que l'on rencontre dans certains cas de mal de Pott ; la déviation de l'axe spinal est cependant bien manifeste. Du reste, la malade se tient assez fortement courbée en avant. La pression est très douloureuse au niveau des vertèbres proéminentes, ainsi qu'au niveau des deux ou trois vertèbres sus et sous-jacentes. On détermine également une douleur assez vive par la pression pratiquée sur les parties latérales de la colonne vertébrale au même niveau.

Il est probable que les phénomènes douloureux, si persistants et si tenaces, des membres inférieurs sont liés intimement à cette déviation de la colonne vertébrale. Cela rappelle les phénomènes connus de la paraplégie douloureuse, si bien décrits par M. le professeur Charcot, dans ses leçons sur les compressions de la moelle. C'est surtout dans les cancers secondaires de la colonne vertébrale que s'observe la paraplégie douloureuse. Dans le cas présent, les douleurs existent depuis plus de trois ans, ce qui n'est guère conciliable avec l'idée d'une lésion carcinomateuse. S'agit-il d'un mal de Pott ? Cela n'est guère probable non plus.

Il nous paraît plus légitime d'admettre une lésion rhumatismale, une sorte de rhumatisme déformant de la colonne vertébrale. La malade est, en effet, rhumatisante. Elle porte aux deux mains des nodosités d'Heberden, des mieux caractérisées, et l'on constate à la main droite une véritable ankylose de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce, avec saillies osseuses prononcées au niveau de l'articulation, et atrophie des muscles de l'éminence thénar. Cette ankylose est survenue sans aucun traumatisme de la jointure, consécutivement à des douleurs spontanées, rhumatismales.

Y a-t-il au niveau de la saillie vertébrale des modifications des méninges, semblables à celles que l'on constate avec des lésions cancéreuses ou tuberculeuses ? Y a-t-il de ce fait compression des racines médullaires ? Y a-t-il compression au niveau des trous de conjugaison déformés et rétrécis ? C'est ce que je ne saurais dire. Il semble bien cependant que les douleurs si vives, si persistantes, si rebelles, éprouvées par la malade, sont en étroite relation avec la déviation de l'axe spinal à la région dorso-lombaire.

Au surplus, ce n'est pas sur ce point que je me propose d'insister, et la nature des lésions importe peu en réalité. Il s'agit de phénomènes douloureux paraplégiques, d'origine spinale, sinon médullaire, c'est tout ce que j'en veux retenir.

Je noterai encore l'existence sur le front, du côté droit, de cicatrices qu'il est facile de reconnaître pour des cicatrices de zona. Elles datent de deux ans.

Enfin, il n'y a dans l'urine ni sucre, ni albumine.

Aux membres inférieurs, il existe quatre lipomes symétriques, deux de chaque côté. Deux de ces lipomes siègent au niveau du grand trochanter, qu'ils recouvrent et embrassent. Ils ont le volume d'une tête de fœtus aplatie. Deux autres sont situés à la partie interne du genou, de chaque côté au-dessus du condyle correspondant du fémur. Ils sont constitués par deux masses superposées, à peu près du volume du poing, mais un peu étalées. Ces lipomes se sont montrés depuis un an d'ici. Auparavant, il n'y en avait pas trace.

Aux membres inférieurs, on observe encore des varicosités superficielles et de l'œdème des extrémités. Les varicosités se présentent sous l'aspect d'étoiles, de tourbillons superficiels, disséminés sur les membres inférieurs, plus abondants aux jambes qu'aux cuisses. L'œdème se montre sur la face dorsale des deux pieds, il est mou, facilement dépressible. Il augmente sous l'influence de la station debout prolongée et de la marche. Au-dessus des malléoles, surtout à droite, on trouve une sorte de manchon, ou plu-

tôt de demi-manchon œdémateux qui embrasse la moitié externe de la jambe dans son tiers inférieur. Il y a là une disposition qui rappelle ce que l'on voit dans l'éléphantiasis où il existe une tuméfaction marquée de la jambe, sans que le pied y participe, de sorte que le pied, peu gonflé, peu déformé, a l'air de sortir d'un cylindre dont le bourrelet s'arrête assez nettement, par une saillie accentuée, au niveau des malléoles. Chez notre malade, ce manchon œdémateux, qui va en s'atténuant du côté de la partie supérieure de la jambe, n'existe qu'en dehors et en avant; il est beaucoup plus prononcé à droite qu'à gauche. Il s'agit là d'une tuméfaction résistante, élastique, dans laquelle on ne peut produire, par la pression digitale, le godet caractéristique de l'œdème.

Le seul point sur lequel je veuille attirer l'attention dans cette observation, c'est l'apparition de lipomes symétriques aux membres inférieurs deux ans après le début de douleurs permanentes et paroxystiques d'origine spinale, radiculaire ou médullaire. L'étude clinique seule ne permet pas de décider s'il y a compression de la moelle, méningite chronique, pachy-méningite rachidienne, compression ou lésion des racines nerveuses dans les régions dorso-lombaire et sacrée. Malgré cela, il demeure évident qu'il y a un vice d'innervation marqué du côté des membres inférieurs, et le développement de lipomes, et surtout de lipomes symétriques dans ces conditions, peut être considéré comme le résultat d'un vice de nutrition d'origine névropathique, qu'on invoque une action trophique directe ou un vice de l'innervation vaso-motrice.

L'origine névropathique de certains lipomes, surtout de lipomes symétriques, a déjà été invoquée; mais c'est surtout pour le pseudo-lipome que l'on a fait intervenir le système nerveux. Or, il n'y a pas de limite bien nette entre le pseudo-lipome et le lipome vrai; la chose est si vraie que, tandis que M. le professeur Potain voit dans le pseudo-lipome sus-claviculaire une production œdémateuse, M. le professeur Verneuil y voit, au contraire, une production graisseuse, un développement exagéré, non encapsulé, de tissu adipeux analogue au tissu adipeux sous-cutané. Ces deux opinions sont facilement conciliables, et il est probable que le même processus qui provoque l'œdème, provoque aussi l'adipose localisée, que cette adipose même n'est que le résultat de l'œdème. Le lipome n'est peut-être, comme le dit M. Chuffart (1), que l'état adulte du pseudo-lipome. D'autre part, entre le pseudo-lipome et l'œdème arthritique ou névropathique, il n'existe pas non plus de limite. Le pseudo-lipome succède à des tuméfactions œdémateuses localisées qui deviennent résistantes, élastiques, et perdent rapidement la dépressibilité caractéristique des œdèmes ordinaires. En cela ces œdèmes diffèrent des œdèmes par stase des cardiaques et des brightiques. Il y a donc une série progressive qui va, sans solution de continuité, de l'œdème névropathique ou arthritique au lipome, en passant par le pseudo-lipome.

L'origine névropathique de certains œdèmes localisés est facile à démontrer; nous en avons pour notre part fourni un certain nombre d'exemples dans un mémoire inséré dans les *Archives de médecine* (juillet et août 1885). Nous avons vu, en particulier, l'œdème localisé survenir chez des ataxiques aux points mêmes où s'étaient montrées

(1) Chuffart. *Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané*, Thèse d'agrégation, Paris 1886.

des douleurs fulgurantes. C'est dans les mêmes conditions que M. le professeur Straus a observé des poussées de pétéchies. Ce sont là, à notre sens, des phénomènes congestifs de même ordre et en quelque sorte équivalents.

L'origine névropathique du pseudo-lipome est bien démontrée dans un certain nombre de cas. Stoffella (1) a vu le pseudo-lipome sus-claviculaire se produire chez des malades atteints d'ataxie locomotrice ou de névralgies tenaces.

Nous avons vu nous-même des pseudo-lipomes symétriques survenir chez une femme évidemment arthritique, qui, sous l'influence de la fatigue, présentait des douleurs rhumatoïdes et une sciatique double des membres inférieurs (2). Il nous semble que l'observation qui précède complète la série. Du reste, chez la malade qui en est l'objet, on peut trouver, suivant les endroits, des tuméfactions qui ont le caractère des lipomes vrais, et d'autres qui ont le caractère des pseudo-lipomes. Ainsi, les masses des régions trochantériennes sont volumineuses, lobulées et dures comme de vrais lipomes. Au contraire, à la jambe, au-dessus de la cheville, se rencontre une tuméfaction plus diffuse, non lobulée, moins résistante, plus dépressible, intermédiaire en quelque sorte entre l'œdème et le lipome. C'est, si l'on veut, du pseudo-lipome.

Tous ces faits ont une haute portée au point de vue de la pathologie générale. En effet, les œdèmes rapides, les pseudo-lipomes sont surtout attribués au rhumatisme ou à l'arthritisme. N'est-ce pas que l'arthritisme est surtout une façon de nervosisme à déterminations vaso-motrices et œdémateuses? Le pseudo-lipome encore a été assez souvent vu dans le crétinisme et le myxœdème. Mais, est-ce que, dans ces deux états, on n'est pas amené à faire intervenir un vice névropathique particulier?

Enfin, à la limite, œdème et phénomènes congestifs se rencontrent; érythèmes circiné, papuleux, ortié, érythème noueux même et œdème localisés se montrent fréquemment ensemble, expression simultanée du même état pathologique. Ce sont là des éléments constitutifs des érythèmes polymorphes et des érythèmes rhumatismaux. N'est-il pas curieux de voir le lipome se placer à l'extrémité d'une série séméiologique qui commence par des phénomènes érythémateux?

S'il en est ainsi, il ne faut pas conclure que le lipome et l'érythème circiné, par exemple, sont identiques, mais qu'ils procèdent d'un fonds commun. Ce sont des manifestations, aiguë et chronique, qui, sous l'influence de facteurs étiologiques différents, infectieux ou toxiques, se montrent chez des individus de même tempérament, à tendance également neuropathique, je dirai mieux, angéioneuropathique.

L'angéioneurose est le terrain commun. C'est ainsi que l'hystérie est le terrain commun entre une attaque convulsive à grand spectacle et une monoplégie survenue à la suite d'un traumatisme.

Ces données de pathologie générale ne sont pas une simple curiosité de l'esprit : elles comportent un enseignement dont la prophylaxie et la thérapeutique doivent tirer leur profit.

(1) *Wiener Med. Wochens.*, 1878 (cité par Chuffart).

(2) Mathieu. Œdème rhumatismal (pseudo-lipome) symétrique des membres inférieurs de l'abdomen; sciatique double, *Archives générales de médecine*, novembre 1885.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

238. M. Hugues. Des nævi pigmentaires (taches de naissance, signes, envies). Anatomie descriptive et microscopique, pathogénie, traitement. — 239. M. Cristofini. Pourquoi et comment on doit combattre l'alcoolisme. — 240. M. Petit. Contribution à l'étude du scorbut. — 241. M. Lazard. La rubéole en 1890. — 242. M. Roux. Expériences sur l'élimination des iodures et de quelques médicaments par l'urine. — 243. Mlle Lichterman (Sophie). De la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse. — 244. Mlle Dylion (Cécile). Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la portion antéro-supérieure du foie. — 245. M. Ballenghien. Les fractures des os du tarse. — 246. M. Gigon. De la suture osseuse dans le traitement des fractures de l'olécrâne. — 247. M. Amorin. De la restauration des paupières par la greffe cutanée. — 248. M. Enon. Le sulfonal. Son action dans l'épilepsie. — 249. M. Mounier. Des troubles gastriques dans la neurasthénie. — 250. M. Blanc-Champagnac. Étude pathogénique et thérapeutique sur la dilatation de l'estomac et sur son influence dans la neurasthénie. (Déséquilibrés du ventre.) — 251. M. Dietz. Étude clinique et expérimentale sur la suture de la vessie après la taille hypogastrique. — 252. M. Hervé. Rupture des tendons sus et sous-rotuliens. Traitement par la suture.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 juillet 1890, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe, docteurs en médecine Buisson et Wallerand.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Eybert est délégué dans les fonctions de préparateur d'anatomie, en remplacement de M. Amiel, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Amagat, député du Cantal, et Milhet-Fontarabie, sénateur de La Réunion.

— La Société de Médecine des Eaux-Bonnes nous prie de faire savoir à nos lecteurs que la santé est parfaite dans les stations thermales pyrénéennes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

73

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

24

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

S^t dép. dét. à Paris, Ph^ie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.

83

EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE DE RUBINAT

Source du docteur LLORACH.

L'analyse de l'Académie de médecine de Paris démontre que cette eau contient 103gr814 de substances fixes, dont :

SULFATE DE SOUDE	SULFATE DE MAGNÉSIE
96gr265	3gr268

Cette eau purge rapidement et sans irritation. Elle n'exige aucun régime.

Dose normale : un verre.

Prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs ordonnances **Rubinat,** *Source* **Llorach.**

62

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0 fr. 50** le mètre; 2° catgut n°s 1, 2, 3, 4, **1 fr. 25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1 fr. 25** le mètre; 4° le macintosh, 5 fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

04

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES.

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, ph^en à Paris, et toutes les ph^ies de France et de l'étranger.

Paterson

23

VIN DU DOCTEUR A. REVIL

Hématogène phosphaté.

CORDIAL DES HÔPITAUX AU QUINQUINA

Phosphate de chaux monobasique et Coca.

Ce vin, très agréable au goût et supporté par tous les estomacs, est le meilleur des toniques, stimulants et reconstituants.

Dépôt : DARASSE FRÈRES et LANDRIN, 21, rue Simon-le-Franc, Paris. — Détail : Toutes ph^ies.

39

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 3 francs par semaine. GAZ, 2 f. 50 le ballon de 30 litres. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** fr. Ph^ie LIMOUSIN, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

67

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF — TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

55

PURGATIF GÉRAUDEL

AU CONVOLVULUS OFFICINALIS

LAXATIF — RAFRAICHISSANT TONIQUE — DIGESTIF

Le problème à résoudre était de trouver un produit commode, agréable, bien dosé, efficace, et en même temps non susceptible d'irriter l'estomac et les intestins.

Le **PURGATIF GÉRAUDEL** est exclusivement composé de substances végétales.

Nous lui avons donné la forme de tablettes, ce qui nous a permis de le doser exactement, d'en faciliter l'emploi et de le rendre aussi agréable qu'efficace.

DOSE & MODE D'EMPLOI

On prend une seule tablette à la fois, le matin à jeun, un quart d'heure avant de déjeuner.

Il faut les sucer ou les croquer avant de les avaler.

Si l'on voulait obtenir un effet plus grand, il suffirait de prendre notre purgatif deux ou trois jours de suite suivant le tempérament, à la dose de une ou deux tablettes par jour.

Pour purger les enfants de six à douze ans, une ou deux tablettes, prises le matin à jeun, suffisent.

On peut manger après avoir pris nos tablettes et vaquer à ses occupations comme d'habitude.

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et Absorption

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires normales.

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé.

MODE D'EMPLOI. — Sucer lentement en avalant la salive, une seule pastille à la fois. — On en prend 6 à 10 par jour entre les repas, et principalement le matin et le soir.

GROS : Chez l'inventeur, A. GÉRAUDEL, pharmacien à Sainte-Menehould (Marne).

DÉTAIL : Dans toutes les Pharmacies de France et de l'Etranger.

ENVOI D'ECHANTILLONS GRATUITS

à MM. l^s Médecins qui désireraient l^s expérimenter.

84

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

51

DÉBILITÉ, ANÉMIE

MALADIES DE L'ENFANCE

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, agréable au goût, possède les mêmes propriétés que l'**Huile de foie de Morue.**

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS, et Ph^ies.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Ph^ie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

20

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le seul vin de Quinquina ne constipant pas et n'irritant pas les voies intestinales, grâce à l'action tempérante *correctrice* que les principes adoucissants, digestifs et nutritifs de l'Extrait fluide de Malt exercent sur les éléments astringents du quinquina.

Dépôt central : SECRETAN, 52, r. Decamps, Paris.

56

IODOL

Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drog^tes.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** *(caféine, iodoforme et strophantus).* Dép^t Ph^ie C^le F^g Montmartre, Paris.

22

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phtisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge. (Éch. f^o).

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans t^tes Ph^ies. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

N° 79. — JEUDI 10 JUILLET 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 10 JUILLET 1890. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le chloroforme continue : M. Verneuil, dans cette séance, a développé l'opinion qu'il avait émise, à savoir que les expériences de laboratoire, en ce qui concerne la production des accidents chloroformiques et les moyens de les prévenir et de les combattre, ne sauraient servir aux chirurgiens et que trente ans d'observation chez l'homme permettent d'affirmer que les éléments du problème sont tout différents chez ce dernier de ce qu'ils sont chez le lapin ou la grenouille.

Il est un fait de pratique important à retenir de sa communication : c'est que, contrairement à l'opinion émise par plusieurs expérimentateurs, l'association de la morphine ou de l'atropine avec le chloroforme a donné lieu, chez l'homme, à plusieurs accidents mortels. Il y a longtemps, d'ailleurs, que tous ceux qui s'occupent d'anesthésie connaissent les difficultés et les dangers de l'emploi du chloroforme chez les morphiomanes.

En terminant, M. Verneuil fait observer, avec raison, que les chirurgiens ne sont pas tout à fait désarmés contre les accidents chloroformiques.

Avant la reprise de la discussion sur le chloroforme, la parole avait été donnée à M. Laboulbène pour la lecture d'une note sur les difficultés de reconnaître la ladrerie bovine ; à M. Galezowski pour l'exposé d'un procédé opératoire destiné à conserver le globe oculaire perdu, atrophié, tout en prévenant les accidents d'ophthalmie sympathique, opération à laquelle il donne le nom de débridement circulaire du globe oculaire ; enfin, à M. Péan, pour la lecture d'un travail sur le traitement des suppurations d'origine utérine, ayant pour siège l'utérus et ses annexes. On trouvera, au compte rendu, les conclusions de ce travail qui a surtout pour but de montrer les avantages de la castration utérine vaginale sur la castration tubo-ovarienne abdominale, dans les suppurations étendues de l'utérus et de ses annexes. Cette opinion a été déjà défendue par M. Péan dans la *Gazette des hôpitaux* (1889, p. 49).

L'Académie de médecine a procédé à l'élection, comme membres associés étrangers, de MM. Van Beneden et West.

A quatre heures trois quarts, elle s'est formée en comité secret, pour entendre la lecture du rapport de M. Caventou sur les candidats au titre d'associé national. La liste de présentation porte : en première ligne, M. Marchand (de Fécamp); en deuxième ligne, M. Loir (de Lyon); en troisième ligne *ex æquo*, MM. Andouard (de Nantes); Jacquemin (de Nancy) et Schlagdenhauffen (de Nancy).

M. Merklen a lu, à la Société médicale des hôpitaux, le rapport qu'il a rédigé au nom d'une commission composée de MM. Féréol, Gérin-Roze, Rendu, Troisier, Moisard, Juhel-Rénoy. Cette commission était chargée de faire une enquête relative à mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux, et à l'influence du mode de traitement employé sur cette mortalité. C'est là une des questions les plus intéressantes et les plus actuelles. En attendant que les progrès de l'hygiène publique et municipale nous aient débarrassés de cette dangereuse maladie, en nous donnant à boire de l'eau exempte de bacilles typhiques, en attendant que la fièvre typhoïde soit devenue, à Paris comme à Vienne, presque une rareté clinique, il importe de déterminer la valeur des diverses méthodes thérapeutiques mises en œuvre contre cette infection.

Nous paraissons être en progrès à ce point de vue. De 1866 à 1881, la mortalité dans les hôpitaux a été de 21,5 p. 100. De 1882 à 1888, elle est tombée à 14,1 p. 100. En 1889, elle a été de 13,5 p. 100.

Les 21 statistiques communiquées à la commission par divers chefs de service comprennent 916 cas, avec 114 décès, soit 12,44 p. 100.

La commission devait surtout comparer les résultats du traitement ordinaire, ou traitement symptomatique de la fièvre typhoïde, à ceux du traitement par les bains froids.

En 1888 et 1889, 1 063 cas, traités par les méthodes symptomatiques, ont donné 133 décès, soit 12,51 p. 100. 323 cas, traités systématiquement par les bains froids, ont donné, pendant la même période de temps, 32 décès, soit 9,90 p. 100. Si l'on retranche de ces deux statistiques les cas relatifs à des enfants et les cas relevés dans les hôpitaux militaires, on trouve 14,13 décès p. 100 par le traitement symptomatique et 9,92 décès p. 100 par les bains froids. On sait que les enfants et les sujets jeunes supportent, beau-

coup mieux que les adultes, l'infection typhique, et qu'ils donnent, sous son influence, une faible mortalité capable d'abaisser le taux des statistiques générales. Il en résulte que, lorsqu'un traitement est exclusivement employé chez les enfants ou chez de jeunes soldats, il donne toujours des résultats merveilleux. C'est ainsi que, dans des hôpitaux militaires, Brand n'a eu qu'une mortalité de 1 p. 100 et Vogt une mortalité de 2,7 p 100.

Il semble donc qu'à Paris, sous l'influence des antipyrétiques, la mortalité de la fièvre typhoïde soit tombée, en chiffres ronds, de 21 à 15 p. 100, et que, sous l'influence des bains froids, elle tende à tomber de 15 à 10 p. 100. Dans les hôpitaux de Lyon, la balnéation froide donne une moyenne de 7 à 8 p. 100.

Dans les hôpitaux, il ne faut pas l'oublier, on est placé dans des conditions défectueuses. Les malades arrivent de la ville après avoir subi des traitements variés, plus ou moins judicieux, et les bains froids ne sont parfois donnés que lorsque la situation est déjà sérieusement compromise. C'est là une condition défavorable : tous les partisans de la balnéation froide ont insisté sur la nécessité qu'il y a de donner les bains froids le plus rapidement possible, dès que le diagnostic peut être affirmé; ce serait le meilleur moyen d'éviter les complications et de réduire au minimum les cas de terminaison fatale.

Il résulte des chiffres précédents, qu'à Paris comme ailleurs, l'usage des bains froids a été avantageux. L'hydrothérapie froide représente un facteur thérapeutique que l'on ne doit pas négliger, que l'on peut manier sans crainte. La balnéation froide doit-elle représenter le traitement commun obligatoire de tous les cas de dothiénentérie, sans distinction ? Il serait sans doute exagéré de le prétendre, et l'on doit admettre, pour le présent, que le bain froid a ses indications comme tous les agents thérapeutiques. Que les chefs des services hospitaliers cherchent à nous donner le plus tôt possible les règles de son emploi !

M. Jaccoud, en associant les toniques, les lotions froides et les antipyrétiques, a perdu 71 malades sur 655 en seize ans, soit 10,83 p. 100. M. Bouchard, qui emploie les bains tièdes progressivement refroidis, l'antisepsie intestinale et la quinine, en a perdu 11,16 p. 100. La statistique porte sur 421 cas.

On peut donc dire que la méthode de Brand, la balnéation froide, donne des résultats au moins égaux aux méthodes habituelles, aux pratiques les plus conformes aux données de la pathologie générale. L'hydrothérapie anti-thermique n'a sans doute pas dit son dernier mot. C'est ainsi que les bains tièdes prolongés ont pu être donnés par Riess avec une mortalité de 7 à 8 p. 100 sur plus de 900 cas. Bains froids plus ou moins répétés, bains tièdes prolongés, bains tièdes progressivement refroidis, enveloppements froids, lotions froides : il y a là des variantes dont il importe de déterminer la valeur. Il faut dégager les indications de la balnéothérapie anti-typhique, déterminer si elle doit être seule employée ou combinée à d'autres moyens thérapeutiques. Le bain froid ne représenterait-il qu'une « suprême ressource contre un suprême danger » (Peter) ? Il importe d'en fixer les indications et les contre-indications. La Société médicale des hôpitaux est admirablement placée pour mener à bien cette œuvre importante : ce ne sont pas, hélas ! les matériaux qui manquent pour cette étude, et l'eau de Seine ayant été de nouveau distribuée dans les arrondissements, nous verrons, dans quelque temps, débuter la recrudescence que l'on observe habituellement pour la fièvre typhoïde à la fin de l'été et au commencement de l'automne.

HOPITAL NECKER. — M. Peter.

Un cas de diagnostic difficile : Traumatisme du foie, périhépatite, épanchement pleurétique, adénopathie du médiastin.

J'ai examiné, ce matin, un malade couché au n° 8 de la salle.

C'est un homme d'équipe, âgé de trente-deux ans, et présentant les attributs d'une vigoureuse constitution.

Pour pouvoir apprécier la nature des accidents dont ce malade se plaint maintenant, il faut fouiller dans ses antécédents.

Il m'a raconté, qu'il y a cinq ans, il avait reçu un coup de tampon dans la région hépatique, en exécutant une manœuvre de chemin de fer. Ce traumatisme avait été assez violent pour mettre cet homme dans l'obligation de cesser immédiatement son travail et de s'aliter. Il fut assez souffrant à la suite de cet accident, et dut rester au lit, par ordre du médecin, pendant six semaines environ.

Depuis cette époque, cet homme a repris son métier pénible, sans aucun inconvénient sérieux. Cependant, de temps en temps, il éprouve quelques douleurs dans la région hépatique.

Quand il est entré à l'hôpital, il avait des traces de vésicatoire sur la région de l'hypochondre droit.

Il y a environ un mois ou cinq semaines, cet homme avait été pris subitement de vives douleurs au niveau de la région hépatique. Il présentait, en même temps, une gêne respiratoire très marquée. La fièvre s'était déclarée. Il y avait de la toux. Il est probable qu'il s'était produit un peu d'inflammation au niveau de la plèvre diaphragmatique.

Quand j'ai vu ce malade, j'ai constaté que sa respiration était courte et fréquente. Il avait une fièvre légère. Son pouls était accéléré, mais la température oscillait autour de 38 degrés. Il existait spontanément une douleur qui siégeait dans l'hypochondre droit. Cette douleur était exagérée par la pression. Le foie était énorme. Je constatais, à la partie inférieure du côté droit de la poitrine, une abolition presque complète du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques. Par la percussion, je pus reconnaître l'existence d'une matité qui n'avait pas moins de 18 centimètres le long de la ligne mamelonnaire. Le foie n'était pas douloureux par la pression directe. Je portai le diagnostic d'épanchement pleural.

Les antécédents de ce malade, l'hypertrophie si manifeste de son foie indiquaient nettement que la glande hépatique était altérée. La pleurésie existait à la base droite. Cette inflammation pleurale pouvait-elle être indépendante de l'altération du foie ? Je ne l'ai pas pensé. J'ai cru, et je crois encore, qu'il s'agissait d'une pleurésie diaphragmatique symptomatique d'une lésion hépatique.

Mais quelle était la lésion qui siégeait dans le foie et qui avait donné lieu, par propagation, à une inflammation de la plèvre diaphragmatique ?

J'avoue que j'étais fort embarrassé pour répondre à cette question. L'hypermégalie hépatique existait incontestablement, c'est ce que je pouvais affirmer. Pour le reste, je formulais un diagnostic aussi réservé que possible.

L'événement prouva que j'avais bien fait de ne pas m'avancer outre mesure dans le diagnostic et de ne pas formuler de pronostic.

Dès l'entrée de cet homme à l'hôpital, j'avais remarqué la stase veineuse qu'il présentait. Mais, le lendemain, je pouvais me rendre un compte plus exact de l'aspect cyanotique de sa face et de ses extrémités. Les veines du cou étaient turgides. Ce malade avait de l'œdème palpébral et de la bouffissure de la face.

Qu'est-ce qui pouvait donner naissance à ces troubles circulatoires ?

Le cœur ne présentait aucun souffle valvulaire. Mais la percussion de la paroi thoracique antérieure me fit reconnaître l'existence d'une matité s'étendant sur une hauteur de 8 centimètres. Cette matité ne répondait pas à la région précordiale proprement dite. Je crus pouvoir rapporter cette matité à la présence d'une adénopathie de cause inconnue, et dont le siège était le médiastin.

En conséquence, je prescrivis à mon malade des badigeonnages de teinture d'iode sur la région hépatique et au-devant de la poitrine, dans la zone où j'avais constaté la matité.

Ce traitement eut un résultat rapide et assez surprenant. J'obtins très vite l'amélioration des symptômes et bientôt la guérison survint.

Est-ce que cet homme ne présente plus aucune trace de son ancienne affection ? Il faut bien reconnaître qu'il n'en est pas ainsi. La cyanose, l'œdème des paupières, des membres inférieurs et de la région rachidienne, la matité médiastine ont entièrement disparu ; mais le foie a encore 14 centimètres. La glande hépatique a donc diminué de 4 centimètres environ. C'est très heureux, mais il n'en reste pas moins certain que le foie est encore trop gros.

Je vais maintenant aborder l'étude du diagnostic différentiel. C'est par élimination qu'il faut procéder si l'on veut apprécier sainement le problème soumis à notre observation.

S'agit-il d'une hépatite ? Je ne le crois pas. Le foie est augmenté de volume, mais il n'est pas douloureux. Or, vous savez que la douleur est un signe constant dans l'hépatite. Cet homme est-il atteint d'un cancer du foie ? Non. Ce malade n'a que trente-deux ans (ce n'est pas l'âge du cancer). Il est vigoureux et ne présente aucune trace de cachexie. Il n'a pas maigri sensiblement. La surface du foie est régulière. En aucun point, on ne trouve des bosselures pouvant faire croire à l'existence d'un cancer de la glande hépatique. Ce diagnostic doit être rejeté d'une façon absolue.

Il faut examiner l'hypothèse d'une cirrhose hypertrophique.

Mais cet homme n'accuse aucune habitude alcoolique. Il n'a pas de tremblement de mains, de cauchemars, de pituites, etc. L'alcool, cause fréquente de la cirrhose, ne peut être incriminé dans le cas actuel. Il faut ajouter que ce malade n'a jamais eu de jaunisse. Enfin, vous n'ignorez pas que les individus, atteints de cirrhose hypertrophique, subissent toujours un dépérissement progressif. Il faut donc écarter la possibilité d'une cirrhose.

Sommes-nous en présence d'un kyste hydatique du foie ? Cet homme ne présente aucun signe de cette affection. La tuméfaction du foie peut y faire penser. Mais la glande hépatique est régulièrement augmentée de volume. Elle ne présente aucune saillie rénitente.

Après avoir successivement éliminé toutes les affections qui pouvaient donner naissance à l'hypertrophie du foie, et aux symptômes présentés par ce malade, je suis conduit à formuler un diagnostic qui n'a rien d'absolu.

Je crois que cet homme, à la suite d'un traumatisme assez violent, a eu une lésion du côté du foie. Cette lésion, qui a atteint le parenchyme de l'organe, a pu s'accompagner ou être suivie de péritonite hépatique. Le frottement du foie, augmenté de volume, a pu donner naissance à une inflammation péritonéale. La péritonite hépatique s'est étendue à la séreuse qui recouvre le diaphragme et, de là, à la plèvre. L'inflammation de la plèvre a été accompagnée d'un épanchement assez considérable de liquide dans la cavité pleurale.

Jusqu'ici, l'enchaînement des lésions est facile à saisir et rentre dans le cadre habituel. Mais comment expliquer l'adénopathie constatée dans le médiastin ? Je crois que l'hypertrophie des ganglions du médiastin est due à l'inflammation de la plèvre. Cette inflammation pleurale s'est transmise à distance par la voie lymphatique. Les vaisseaux lymphatiques, qui partent de la plèvre et aboutissent aux ganglions du médiastin, ont permis à l'inflammation de se propager jusqu'aux ganglions du médiastin. L'hypertrophie ganglionnaire, en comprimant les gros vaisseaux, a donné naissance à la stase des veines du cou, à la cyanose et à l'œdème. Les symptômes de compression ont disparu quand les ganglions ont diminué de volume sous l'influence de la révulsion.

Telle est l'explication à laquelle je m'arrête, après mûre réflexion. Il est inutile d'ajouter que je suis en droit de faire quelques réserves, en portant un diagnostic aussi délicat que celui de ce malade.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Statistique chirurgicale.

En 1889, il est passé, dans mon service de vingt-cinq lits, 261 malades, sur lesquels j'ai opéré 138 femmes et 83 hommes.

Les opérations faites se décomposent comme il suit :

Maladies de la tête et du cou. — Conjonctivite catarrhale, 1. — Conjonctivites granuleuses, massage et acide borique, 2. — Plaie du cristallin, 1. — Chorio-rétinite, 1. — Cataractes : succès, 4 ; demi-succès, 1. — Épithélioma de la paupière inférieure, autoplastie, 1. — Lupus de la face, 1. — Kyste de la parotide, 1. — Sarcome du maxillaire supérieur, 1. — Sarcome du pharynx, 1. — Epulis du maxillaire, 1. — Gueules de loup, uranoplastie, 3. — Perforation de la voûte palatine, uranoplastie, 1. — Sarcome des fosses nasales, 1. — Ablations des amygdales, 3. — Polype muqueux du nez, 1. — Mastoïdite suppurée, 1. — Cholestéatome du rocher, 1. — Tumeur érectile de la lèvre supérieure, 1. — Phlegmon sous-maxillaire, 1. — Corps étranger du cou, 1. — Kyste du corps thyroïde, 1. — Cicatrices vicieuses du cou, exérèse, 1. — Lipome du cou de 9 livres, 1.

Maladies du thorax et du sein. — Cancers du sein, 7. — Adénomes douloureux du sein, 4. — Abcès froids du thorax, 1 ; abcès du dos, 1 ; abcès des côtes, 1. — Contusion de la moelle, 1. — Épithélioma du dos, 1. — Opération de Letiévant, 1.

Membre supérieur. — Désarticulation du coude, sarcome vasculaire du radius, 1. — Luxations de l'épaule, 2. —

Phlegmons de la main et du bras, 5. — Plaie de la main, 1. — Fractures du radius, 2. — Fracture de l'avant-bras simple, 1 ; compliquée, 1. — Fractures de l'humérus, 2. — Arthrite du coude, 1. — Suture du tendon et du nerf médian, 1. — Aiguille dans le nerf cubital, 1. — Arthrite du carpe, 1. — Kyste riziforme du poignet, 1. — Lymphangite du bras, abcès, 1.

Membre inférieur. — Résections du genou, 4. — Redressement forcé d'ankylose du genou, 4. — Genu valgum, ostéoclasie, 2. — Lipome arborescent du genou ; arthrectomie, guérison, 1. — Ankylose angulaire de la hanche, ostéotomie, 1. — Amputation de cuisse, 1. — Coxalgie, extension, 1.— Sacro-coxalgie, 1. — Brûlures, plaies de jambe, 6. — Fractures de jambe, 4. — Hygroma rotulien suppuré, 1. — Exostose sous-unguéale, 1. — Abcès froid de la jambe, 1. — Arthrite du genou, 1. — Tuberculose du fémur, 1. — Ostéo-myélite du fémur, 1. — Chéloïde de la fesse, exérèse, 1. — Kyste sébacé de la fesse, 1. — Abcès froid de la fesse, 1. — Pieds-bots, tarsectomies, 3. — Tuberculose des orteils, désarticulation, 1. — Rétraction congénitale des orteils, amputation, 1. — Ongle incarné, 1. — Ostéo-arthrite du pied inopérable, mort, 1. — Papillomes du pied, 1 ; papillomes de la jambe, 1 ; papillomes de la cuisse, 1.

Maladies de l'abdomen et des organes génitaux. — Ovariotomies, 14. — Tumeurs fibro-cystiques, 2 ; morts, 2 : une par étranglement interne le neuvième jour, l'autre, à la suite d'une tentative d'extraction incomplète, de choc traumatique.— Tumeur fibreuse interstitielle par le vagin, 1, guérison, 1. — Tumeurs fibro-cystiques, drainage par le vagin, 3. — Fibrome, traitement d'Apostoli, 1. — Polype fibreux utérin, 1. — Polype muqueux, 1. — Phlegmon péri-utérin, laparotomie sous-péritonéale, 1. — Métrites, curettage et antisepsie utérine, 3. — Métrites hémorrhagiques, 6. — Salpingites, drainage par le vagin, 6 ; guérie par antisepsie utérine, 1. — Laparotomie, ablation impossible, mort, 1. — Trachélorrhaphie, 1. — Ectropions du col, opération de Schrœder, 2.—Prolapsus utérins, colporrhaphie, 2. — Inversion utérine totale, ligature élastique, 1. — Épithéliomas du col, ablation, 3 ; inopérable, 1. — Fistule vésico-vaginale, échec, 1. — Rétroversions utérines, opération d'Alexander, 2. — Vaginisme, 1. — Hydrocèle du canal de Nück, 1. — Epithélioma de la verge, 1. — Sarcome du testicule, 1. — Tubercules du testicule, castration, 3. — Hydrocèles, 2. — Gomme sous-cutanée péri-anale, 1. — Cancers du rectum, 3. — Rectotomie postérieure, 1. — Anus iliaques, 2. — Fistules à l'anus, 6. — Fissures anales, 2. — Hernies ombilicales, cure radicale, 2. — Hernies inguinales : cure radicale simple, 1 ; congénitales, 2. — Pyélonéphrite, mort, 1. — Kyste suppuré du rein, néphrectomie, mort, 1. — Rein flottant, néphrorrhaphie, 1. — Kystes hydatiques du foie, 6, laparotomie ; guéris, 6.

Sur ce total de 221 opérés, nous en avons perdu 6, tous dans des conditions particulièrement mauvaises. Une femme, opérée d'hystérectomie par la voie abdominale, pour un énorme fibrome de 6 kilos, est morte le neuvième jour avec des accidents d'étranglement interne. A l'autopsie, nous avons trouvé une bride épiploïque, fixée au moignon utérin, autour de laquelle l'intestin s'était enroulé. Une autre femme avait un fibrome hémorrhagique remplissant tout le ventre. Je fis une simple incision exploratrice, en vue d'une castration qui fut impossible, les ovaires étant trop en arrière, et elle mourut dans les quarante-huit heures de choc traumatique, sans fièvre et sans douleurs. Une troisième avait une salpingite suppurée du volume des deux poings et totalement adhérente. Elle mourut épuisée, après deux mois de suppuration. La quatrième avait une hydronéphrose suppurée de 1 litre de pus. Je fis la néphrectomie lombaire et la malade mourut le deuxième jour, dans un état de collapsus. Elle avait uriné. L'autopsie ne fut pas permise. Deux autres malades moururent d'étranglement interne. La péritonite avait éclaté avant l'entrée des malades à l'hôpital.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la fièvre typhoïde par des bains tièdes prolongés.

Nous trouvons, dans un journal allemand, la description d'un procédé nouveau de balnéation dans la fièvre typhoïde : elle est due au docteur L. Riess [de Berlin (1)]. On peut l'appeler la méthode des bains tièdes prolongés ! L. Riess l'a appliquée déjà à 809 malades. On peut donc se baser sur les résultats qu'il a obtenus pour juger la valeur de cette façon nouvelle de baigner les typhiques.

Les bains sont donnés à la température de 31 degrés, leur durée n'est pas limitée. On se propose seulement de ramener la température à la normale, à 37 degrés. La température au début, lorsque les malades sont baignés pour la première fois, est de 39 à 40 degrés. Dans ces conditions, il est souvent nécessaire de donner des bains d'une durée de huit, dix et même quinze heures. La seule limite est, encore une fois, le retour à la normale. Le bain est renouvelé toutes les fois que la température atteint de nouveau 38°5. Les tracés ainsi obtenus sont des plus curieux, ils comprennent : 1° une première chute plus ou moins oblique, c'est-à-dire correspondant à un bain plus ou moins prolongé, qui ramène, pour la première fois, la température à 37 degrés ; 2° une série d'élévations nouvelles de 37 à 38°5, à raison de deux ou trois élévations et de deux ou trois chutes, c'est-à-dire de deux ou trois bains par jour.

La mortalité a été de 8,5 p. 100, ce qui représente un chiffre très favorable; dans les autres hôpitaux de Berlin, la mortalité serait au-dessus de 10 p. 100. La mortalité à l'hôpital Lariboisière, de 1854 à 1885 inclus, a été de 21,15 p. 100. 12246 malades ont été traités, 2591 ont succombé (2). Par sa méthode mixte, M. Bouchard a ramené dans son service la mortalité à 11,79 p. 100.

Les chiffres donnés par Riess n'ont donc rien qui éveille l'incrédulité, ils sont moins surprenants que les chiffres de 4 p. 100 et même moins, qui ont été quelquefois donnés par des médecins allemands partisans de la balnéation froide, pratiquée à la façon de Brand et de Liebermeister. Avec des chiffres aussi bas, on est toujours tenté de se demander si l'on n'a pas pris et traité pour de la fièvre typhoïde des cas d'embarras gastrique, de fièvre éphémère, bien faits pour embellir les statistiques les plus sombres.

La durée moyenne de la maladie, avec le traitement de Riess, a été de dix-huit jours en chiffres ronds. Les chiffres les plus fréquents vont de dix à vingt-cinq jours. La durée

---

(1) L. Riess. Aus dem Gebiet der Antipyreselehre, *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, Bd. 46, p. 173.

(2) Ch. Bouchard. *Thérapeutique des maladies infectieuses*, cours de pathologie générale. — Paris, 1889.

aurait été d'autant plus longue, d'une façon générale, que les malades étaient entrés plus tard à l'hôpital. Les cas entrés du premier au sixième jour donnent une moyenne de 15,5 jours de durée.

Il est curieux de rechercher quelles ont été les causes de mort les plus fréquentes. Sur les 69 décès, 12 ont été attribués à la pneumonie fibrineuse, 12 à des affections graves du pharynx (diphthérie, croup, gangrène), 12 à la péritonite par perforation, 6 à la broncho-pneumonie, 4 à l'hémorrhagie intestinale. A première vue, cela paraît beaucoup, douze cas de mort par pneumonie fibrineuse, et cela semblerait donner raison à ceux qui craignent les complications pulmonaires chez les typhiques baignés. En réalité, cela ne fait guère qu'un cas sur près de 70 de fièvre typhoïde. Il est à se demander, du reste, s'il ne s'agit pas plutôt du pneumo-typhus que de la pneumonie fibrineuse venant compliquer la fièvre typhoïde.

Comment se comportent les malades, alors que le type morbide a été de cette façon modifié, alors que la courbe thermique a été ainsi violentée? L'auteur note surtout l'effacement, l'atténuation des phénomènes cérébraux. Les bains permanents tièdes auraient, à ce point de vue, une action plus favorable encore que les bains froids de courte durée. Les malades ont pu être maintenus dans l'eau, dès le premier jour, pendant des heures, sans inconvénient. La somnolence, le délire, cédaient assez rapidement, et le traitement pouvait ainsi être continué. Dès le deuxième ou le troisième jour, l'état typhoïde avait disparu.

Au bout d'un quart d'heure, le pouls devenait plus plein et plus lent; ce n'est que tout à fait au début du bain que l'on observait une certaine accélération avec faiblesse des battements du cœur.

La bronchite était plutôt améliorée qu'augmentée; dans les cas baignés dès le début, elle était très peu marquée.

Les fonctions intestinales semblent avoir été heureusement influencées; en effet, les selles étaient rares et l'on n'a pas observé de ces diarrhées profuses qui eussent rendu impossible de continuer la balnéation.

Dans les cas où la température ne tombait pas assez vite, le bain a été quelque peu refroidi et, parfois, on a administré concurremment quelque médicament antipyrétique, en particulier l'antipyrine.

Ces résultats sont évidemment des plus curieux. Il eût paru bien audacieux, il y a quelque trente ans, de plonger des typhiques dans un bain froid, de les laisser séjourner, pendant des heures entières, dans un bain à 31 degrés.

On voit qu'on peut être beaucoup moins timoré, et si l'on se refuse à faire de la balnéation quand même une méthode systématique de traitement de la fièvre typhoïde, on peut tout au moins y avoir recours dans certains cas, pour répondre à certaines indications. Il est intéressant et instructif, en particulier, de voir des typhiques supporter aussi bien des bains d'une durée aussi longue. On peut donc, en tout cas, donner les bains sans crainte pour calmer les phénomènes cérébraux; et, si l'on s'en rapportait à ce que dit Riess, la forme ataxo-adynamique de la fièvre typhoïde n'existerait plus dès maintenant que si le médecin le voulait bien.

Ce n'est pas chose aisée que de donner un jugement définitif sur une méthode telle que celle des bains froids dans la fièvre typhoïde. Il faut tenir compte de trop d'éléments divers. D'autre part, il faut, pour l'exécuter, un personnel exercé. Peut-être, les bains tièdes prolongés seraient-ils d'une administration plus commode, plus facile chez les particuliers, puisque les malades les supportent sans peine et que leur surveillance ne présente aucune difficulté.

A. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juillet 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un travail de MM. les docteurs Laulanié et Chambrelent (de Toulouse), intitulé : « Recherches expérimentales sur la toxicité de l'urine pendant la grossesse » ;

2° Une note de M. le docteur Reignier (de Surgères) sur la dilatation cæco-alcoolique.

COMMUNICATIONS

Difficulté de reconnaître la ladrerie bovine. — M. A. Laboulbène fait remarquer que la fréquence des tænias, appelés communément vers solitaires, s'est considérablement accrue à Paris depuis une vingtaine d'années, et cette fréquence porte sur le ver solitaire ou tænia à tête inerme (*tænia saginata*), tandis que le ver à tête armée (*tænia solium*) est devenu de plus en plus rare. On doit attribuer ce fait remarquable à la diversité d'origine des deux vers; les germes ou cysticerques du premier nous viennent de la viande du veau ou du bœuf, tandis que les grains de ladrerie, ou cysticerques du second, se trouvent dans celle du porc domestique.

L'abondance croissante du tænia inerme provenant du bœuf, s'explique par l'habitude très répandue de manger la viande saignante ou peu cuite, et aussi par l'usage thérapeutique de la chair crue. Et cependant, lorsqu'on veut constater, dans la viande de boucherie, les cysticerques du tænia si communément répandu, on ne les aperçoit pas.

Il a été préoccupé, depuis longtemps, d'arriver à pouvoir reconnaître, par la méthode expérimentale, les cysticerques du bœuf et du veau ladres, aussi bien que ceux du porc. Dans ce but, M. Laboulbène avait donné à M. Gabriel Colin des tænias inermes pour infecter, à Alfort, des veaux et des bœufs au moyen de cucurbitains ou anneaux mûrs remplis d'œufs. Les expériences avaient parfaitement réussi, mais alors un fait inattendu s'était produit. M. G. Colin lui avait remis des morceaux de viande ladre d'un animal tué le matin et des fragments pareils dans l'alcool. Le lendemain, tandis que les fragments dans l'alcool montraient les cysticerques encore plus facile à reconnaître, les morceaux de viande fraiche n'en offraient plus trace, à tel point qu'on pouvait penser à une erreur ou à une substitution de morceaux de viande les uns aux autres.

Aucun auteur n'avait encore signalé cette disparition rapide de l'aspect des cysticerques au contact de l'air sur la viande du veau et du bœuf. Craignant de n'avoir pas suffisamment examiné, il avait attendu une occasion nouvelle et favorable.

Une récente tentative faite avec MM. Guichard et Georges Pouchet ne laisse plus aucune prise au doute. La difficulté qu'on éprouve pour reconnaître la ladrerie bovine est réelle, à cause de la rapide disparition de l'aspect vésiculeux des cysticerques; mais, dans une prochaine communication, il donnera le moyen de pouvoir toujours reconnaître, sur la viande de boucherie, les cysticerques, quel que soit leur aspect.

Débridement circulaire. — M. Galezowski défend une thèse nouvelle, celle de savoir si l'on peut, par un procédé opératoire quelconque, conserver un globe oculaire perdu, atrophié, sans l'énucléer; si l'on peut, en un mot, supprimer l'énucléation du globe oculaire, et le laisser dans l'orbite en préservant, en même temps, l'œil sain des accidents sympathiques.

Il croit avoir atteint ce résultat en pratiquant une opération qu'il appelle : Débridement circulaire de l'œil atrophié. Voici comment il procède : il incise d'abord la conjonctive et la capsule de Tenon dans les quatre points correspondants aux muscles droits de l'œil ; il incise ensuite, à l'angle interne, de l'œil la capsule de Tenon, puis il saisit, avec le crochet à strabisme, le muscle droit interne, qu'il attire le plus possible en avant. A ce moment, il introduit les ciseaux courbes, débride, et coupe tout ce qui peut se rencontrer entre le globe oculaire et la capsule de Tenon. A l'aide d'un second crochet semblable, il accroche le nerf optique et, en l'attirant en avant, il le coupe en arrière et en excise même une portion.

Le second temps de l'opération consiste en ceci : à exciser et à couper tous les tissus en arrière du globe, en saisissant et attirant en avant les muscles droit externe, droit supérieur et droit inférieur, avec le crochet à strabisme, sans les couper bien entendu.

Une fois ce débridement circulaire en arrière du globe terminé, il nettoie l'œil et le lave avec des solutions antiseptiques, puis il fait une suture sur l'angle interne et une autre sur l'angle externe de la conjonctive.

L'opération une fois terminée, on fait une compression de l'œil.

Traitement des suppurations d'origine utérine ou utéro-ovarienne. — **M. PÉAN** lit, sur ce sujet, un travail dont voici les conclusions :

1° Les suppurations limitées à l'utérus peuvent être guéries par le traitement antiseptique de sa cavité, par les cautérisations, la dilatation progressive et le curettage ;

2° Les suppurations légères des trompes peuvent guérir par la dilatation simple de la cavité utérine. Lorsqu'elles sont enkystées, récentes, petites, sans adhérences, la castration tubo-ovarienne est recommandable. Si la tumeur est adhérente au bord correspondant de l'utérus, on peut l'atteindre en désinsérant le vagin, en décollant le péritoine, en incisant, en drainant le foyer, et obtenir une guérison rapide par les lavages antiseptiques. Si la poche salpingienne est volumineuse, bilatérale, très adhérente aux organes voisins, ces moyens sont souvent insuffisants, et il est préférable de recourir d'emblée à la castration utérine vaginale, qui ouvre une large voie au pus, permet de pratiquer des lavages antiseptiques et de guérir plus promptement, plus sûrement les malades ;

3° Si la suppuration a pour siège un des ligaments larges et si la collection purulente fait une forte saillie du côté du vagin, une large incision, le drainage et le lavage suffisent. Si le phlegmon est situé en un point élevé de ces ligaments, on peut encore l'atteindre par la désinsertion du vagin et la dissection du bord latéral de l'utérus. Si la suppuration est étendue aux deux ligaments larges, et si elle a fusé dans plusieurs directions, si le pus s'est fait jour dans la vessie et le rectum, s'il s'agit en un mot de ces graves suppurations qui mettent la vie des malades en danger, l'hystérectomie vaginale totale d'emblée est ici indiquée et donne des résultats vraiment merveilleux ;

4° Les pelvi-péritonites suppurées, bien localisées, doivent être incisées de bonne heure. Si la suppuration est très étendue et a envahi les autres portions des annexes, la castration utérine vaginale s'impose. Elle nous a toujours donné de très bons résultats ;

5° La thérapeutique chirurgicale des suppurations de l'utérus et de ses annexes est donc subordonnée à l'étendue et à la gravité de ces suppurations. La castration tubo-ovarienne abdominale, qu'on a abusivement employée d'une façon indifférente dans le plus grand nombre des cas, est le plus souvent insuffisante.

La castration utérine vaginale, au contraire, ne compte jusqu'à présent que des succès.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES ACCIDENTS CHLOROFORMIQUES

M. VERNEUIL, malgré ce qu'en a dit M. Laborde, persiste à penser que les expériences du laboratoire ne prouvent pas grand'chose dans cette question et qu'elles sont tout à fait incapables d'élucider les causes de la mort chez l'homme. A l'appui de cette négation, il invoque ce fait que beaucoup de sujets meurent de syncope, c'est-à-dire d'un accident qu'on essaierait vainement de reproduire expérimentalement chez les animaux par les inhalations anesthésiques. Si M. Laborde s'était contenté de réclamer, pour la physiologie et l'expérimentation, la part qui peut leur revenir, M. Verneuil aurait pu ne rien répondre, quand même cette part eût été trop grande ; mais, en vérité, il n'est pas possible de laisser méconnaître, à ce point, le rôle que les chirurgiens ont joué dans la découverte, la description, la séparation, l'interprétation, la prévention et la curation des accidents chloroformiques. Qu'on lise ce que les chirurgiens ont écrit entre 1850 et 1860 et l'on y trouvera exposés, de la manière la plus explicite, tous les faits rappelés par M. Laborbe ; il est juste de reconnaître que les physiologistes ont également suivi avec sagacité la filiation des phénomènes et corroboré, par des expériences intéressantes, les observations des chirurgiens.

L'expérience que M. Laborde a pratiquée sur le lapin devant l'Académie, fît-elle comprendre l'arrêt momentané qui suit le premier contact des vapeurs de chloroforme avec la pituitaire, n'expliquerait plus les syncopes cardiaque et respiratoire qui peuvent survenir à tous les moments de l'anesthésie, fût-ce une demi-heure après son début et même quand elle est suspendue depuis longtemps. Vulpian le reconnaissait déjà en 1882 ; d'ailleurs, disait-il, on ne pratique pas la chloroformisation dans les laboratoires avec toutes les précautions qu'y apportent les chirurgiens ; les accidents sont infiniment rares chez les opérés, tandis qu'ils sont fréquents chez les animaux.

Lorsque certains physiologistes cherchent, d'autre part, à fournir les moyens de prévenir ou de combattre les accidents du chloroforme, ils parlent avec enthousiasme de l'association de la morphine au chloroforme suivant la méthode de Claude Bernard. Or, l'un d'eux, M. François-Franck, considère cette association comme dangereuse et déjà les chirurgiens l'avaient reconnu. M. Laborde, du reste, est lui-même à la recherche d'un autre stupéfiant, la narcéine, qui doit avoir tous les avantages de la morphine sans en avoir les inconvénients !

Serait-il préférable de tenter d'appliquer à l'homme les résultats des expériences pratiquées en associant l'atropine et la morphine pour la chloroformisation de la grenouille ? Deux malades, au dire de M. Verneuil, y ont déjà succombé. Il en est de même pour la cocaïne, dont l'emploi n'est pas sans danger comme analgésique préventif avant la chloroformisation.

Quant à l'usage de mélanges titrés d'air et de chloroforme, il restera toujours limité et circonscrit ; son intérêt théorique reste intact, mais la chirurgie pratique trouvera vraisemblablement ailleurs la solution des difficultés de l'anesthésie. Il est rare que les formules mathématiques s'appliquent à tous les cas, mais certainement elles ne sauraient convenir dans l'espèce.

Sans doute, les données expérimentales permettent de prévenir le plus souvent les accidents du début, mais qu'enseignent-elles pour combattre les accidents, en général, initiaux, intercurrents ou tardifs ? On ne saurait se contenter du conseil de M. Dastre, à savoir que le véritable remède doit consister, non pas à traiter, mais à prévenir ces accidents. En vérité, un chirurgien serait mal venu, qui se croiserait les bras, au cas où la prévention susdite aurait échoué. Il faut donc agir, mais comment ? Est-on plus heureux dans les laboratoires qu'au lit des malades ? C'est heureusement le contraire qui est vrai.

A la respiration artificielle, à la trachéotomie, à la faradisation sur lesquelles les physiologistes insistent, les chirurgiens ajoutent, et ils l'ont indiqué avant eux, l'inversion, la flagellation rythmique de l'épigastre, la traction de la langue, le curage du pharynx ou de la bouche, l'emploi local de la cocaïne, etc. Serait-ce enfin, sur les chiens, les cobayes et les lapins que nous pourrions étudier les contre-indications que la chloroformisation doit s'efforcer de rechercher sur l'homme et qui sont une cause si fréquente des accidents survenus ? Ce qu'il me paraît, dit M. Verneuil, le plus utile de faire aujourd'hui, c'est de ne plus opposer,

dans cette question, la physiologie à la clinique, mais que tous travaillent d'un commun accord à en élucider les difficultés.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres associés étrangers.

MM. Van Beneden et West sont élus.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 5 juillet 1890, M. le docteur Boudin (de Paris), a été nommé officier de l'instruction publique.

— M. le docteur Nicaise a été proposé par la Faculté pour le troisième rang de la chaire de clinique, et non pour le troisième rang de la chaire de médecine opératoire.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour deux places de chef de clinique médicale, vient de se terminer par la nomination de MM. Martin du Magny et Émile Bitot.

M. Chabrely fils a été nommé chef de clinique adjoint.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le concours pour le prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. Adenot et Rollet.

Nos lecteurs ont lu récemment, avec intérêt, une Revue générale due à M. le docteur Adenot.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur P. Loye, maître de conférences à l'École des Hautes-Études, préparateur de M. le professeur Brouardel. M. le docteur Loye n'était âgé que de trente ans.

— *Choléra.* — Trente-deux élèves de la Faculté de médecine de Bordeaux se sont inscrits pour le service sanitaire de la frontière. MM. de Coquet, président de l'Association des étudiants, Danie Corne, Forge, Portes, Cannies, Gayatche et Joulin sont parti pour les différents postes de la frontière.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête Nationale, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

La phlegmatia alba dolens d'origine puerpérale.

Par M. V. LEBLOND, interne des hôpitaux.

DÉFINITION. — La phlegmatia alba dolens est un œdème douloureux survenant, dans un ou les deux membres inférieurs, chez les femmes nouvellement accouchées, et qui dépend d'une oblitération des veines produite par une phlébite infectieuse.

I

HISTORIQUE ET PATHOGÉNIE. — Tour à tour considérée comme « un reflux des humeurs qui devraient être évacuées par les vidanges » [Mauriceau (1)], comme un engorgement laiteux [Puzos, Levret (2)], une rétention et accumulation de lymphe dans le membre inférieur [White (3)], une inflammation du tissu cellulaire, une affection nerveuse ou rhumatismale, une inflammation des veines du bassin et du membre inférieur [Davis, Dance (4)], une localisation de la thrombose marastique, due à une oblitération veineuse spontanée [Virchow (5)]; enfin, comme une affection microbienne [Widal (6)], cette maladie des femmes en couches nous offre une histoire qui est celle des doctrines médicales depuis cent soixante-dix ans. De toutes ces théories, quelques-unes méritent de fixer l'attention.

En 1823, Davis, avec sa théorie de la phlébite, attribuait la phlegmatia à l'inflammation d'une ou plusieurs veines du bassin. Six ans plus tard, Lee signalait l'état des veines utérines, dont il comparait l'inflammation à celle des veines voisines des plaies d'amputation : « Après la délivrance, disait-il, les orifices des veines utérines, au point d'implantation du placenta, restent ouverts : de là, une communication entre le système veineux et l'air extérieur (1). » Ajoutons-y les germes contenus dans cet air, nous aurons la théorie microbienne actuelle.

Cependant, Dance étudiait la phlébite utérine et ses rapports avec l'infection purulente puerpérale, et Cruveilhier admettait dans la phlegmatia une phlébite traumatique débutant au niveau de l'insertion placentaire et s'étendant de proche en proche aux veines utérines, iliaques et crurales, pour donner naissance à l'œdème douloureux (2).

Vingt ans après, Virchow substituait à cette phlébite utérine la thrombose placentaire physiologique, qui obture les vaisseaux utérins après la délivrance et gagne peu à peu les veines du bassin et des membres inférieurs. Ainsi, la thrombose ou coagulation du sang sur place serait primitive, et les altérations de la paroi veineuse seraient consécutives à la formation du caillot. Mais quelles sont les causes de cette coagulation spontanée du sang? On a invoqué des causes mécaniques (ralentissement de la circulation périphérique, perte de tonicité des parois veineuses, influence des éperons veineux et des nids valvulaires, affaissement des veines au sortir d'aponévroses qui les maintenaient béantes) et des causes anatomiques ou physiologiques dues à des modifications du sang, soit par excès de fibrine (hyperinose), soit par altération de cette fibrine (inopexie), qui a tendance à se coaguler pendant la vie, soit par augmentation de nombre des hématoblastes (rudiments d'hématies), plus nombreux à la suite d'hémorrhagies (3).

Chez la femme grosse, toutes ces causes existent déjà : l'utérus gravide gêne la circulation en retour des membres inférieurs; les parois veineuses ont perdu de leur tonicité, témoin les varices qui les sillonnent; enfin, le sang renferme un excès de fibrine et des hémorrhagies peuvent

(1) MAURICEAU. *Traité des maladies des femmes accouchées*, 1721.
(2) PUZOS. *Mémoires sur le lait répandu*, 1759. — LEVRET. *L'art des accouchements*, 1761.
(3) WHITE. *Recherches sur la cause de l'enflure des extrémités inférieures chez les femmes en couches*, 1784.
(4) DAVIS. *Essai sur la cause de la phlegmatia alba dolens*, 1823. — DANCE. *Archives générales de médecine*, 1828.
(5) VIRCHOW. *Thrombose et embolie*, 1854.
(6) WIDAL. *Étude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle*, Thèse de doctorat, 1889, et *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 565.

(1) LEE. *Med. Chir. Transact.*, 1829, vol. XV.
(2) CRUVEILHIER. *Dictionnaire en 15 volumes*, 1834, art. PHLÉBITE.
(3) HAYEM. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1880; — *Le sang et ses altérations anatomiques*, Paris 1889.

troubler la grossesse. Pourtant la phlegmatia est exceptionnelle pendant la gestation, si tant est qu'elle existe (1).

Aussi bien on est tenté d'abandonner la théorie de la thrombose spontanée, pour revenir à l'ancienne opinion d'une phlébite par propagation, dont l'utérus est le point de départ. Du reste, dans son cours de 1874, Vulpian pensait que la formation du caillot est précédée d'une altération de la paroi veineuse : « L'examen des veines thrombosées, dit-il, n'a fourni que des résultats négatifs, mais c'est une étude à reprendre; il y a évidemment là quelque lésion inconnue jusqu'ici qui modifie les propriétés vitales de la membrane interne des veines. » M. Troisier partage le même avis et attribue, dans le phénomène de la coagulation, un rôle capital à cette modification de la vitalité de la paroi (2).

M. Siredey va plus loin : il est d'avis que la plupart des œdèmes douloureux des membres inférieurs, décrits au cours des maladies puerpérales, sont des phlébites d'origine utérine, résultat d'une infection, mais à un degré moindre que la forme pyohémique (3).

Ainsi, les altérations des parois veineuses situées dans l'utérus ou son voisinage jouent le rôle initial. Le caillot n'est que le prolongement d'un coagulum développé, d'abord, dans les sinus utérins et qui, peu à peu, s'est étendu par les veines iliaques jusqu'au pli de l'aine. A l'origine, on trouve une altération de la veine, véritable phlébite précédant la thrombose et provoquée par la suppuration post-puerpérale. L'existence des coagulums intra-utérins est certaine : Cruveilhier avait déjà vu les sinus remplis de caillots adhérents se prolongeant souvent dans les veines hypogastriques (4). Puisque tout fragment de caillot, toute parcelle de membrane peut aisément passer de la cavité utérine dans les sinus, pourquoi des micro-organismes ne suivraient-ils pas la même voie pour entrer dans la circulation? Mais quels sont ces micro-organismes, et quel est leur rôle dans certaines coagulations? Dans cette voie, les recherches sont difficiles, mais elles peuvent seules jeter quelque lumière sur la pathogénie et la prophylaxie de la phlegmatia.

Déjà, en 1880, M. Doléris avait fait l'étude des phlébites infectieuses et montré les altérations du sang dues à des microbes : le caillot serait un vrai nid de microbes qui pullulent, vont au loin faire des colonies et produisent des abcès intra-veineux ou des caillots migrateurs (5).

Enfin, tout récemment, M. Widal établit, sur des bases certaines, la nature microbienne constante de la phlegmatia puerpérale, toujours consécutive à une phlébite, déterminée elle-même par la multiplication de micro-organismes sur la tunique interne de la veine (6).

II

Étiologie. — L'expression d'œdème des femmes en couches (Callisen) indique bien l'origine puerpérale de l'affection.

Parmi les causes les plus fréquentes, on invoquait jadis le froid et l'humidité, les écarts de régime, les indigestions, les émotions et la cessation brusque de la lactation (1). Ces causes banales n'ont aucune influence.

La cause déterminante est l'état infectieux de la parturiente, primipare ou multipare, faible ou robuste, qu'elle soit infectée pendant l'accouchement, ou qu'elle le soit secondairement. La femme court plus de risques dans un accouchement laborieux, quand une intervention s'impose (forceps, version ou délivrance artificielle) et que la plaie utérine ou vaginale a plus de chances d'être infectée.

Quant au milieu, son rôle est considérable, puisque, dans les Maternités, l'infection puerpérale est une menace perpétuelle.

Fréquence. — On a discuté longtemps, et sans résultat, la fréquence de cette maladie : on ne sait rien de précis sur ce sujet, car les femmes quittent l'hôpital du dixième au quinzième jour, et souvent les signes physiques de l'affection n'apparaissent que plus tardivement. Les phénomènes du début restant parfois méconnus, la malade quitte l'hôpital et la période d'état échappe à l'observation.

Siège. — Les membres inférieurs sont atteints quelquefois tous deux ensemble, plutôt l'un après l'autre. Le plus souvent le membre gauche serait pris le premier, soit à cause de la situation plus commune du fœtus, en OIGA, soit à cause de la déchirure plus fréquente du col à gauche.

III

Symptomes. — Le mode d'apparition et d'évolution des symptômes diffère beaucoup d'une malade à l'autre : il est cependant possible de décrire un type clinique, commun à beaucoup d'accouchées.

On pensait autrefois que l'œdème blanc et douloureux était le premier phénomène observé : il est pourtant une période prodromique qui annonce l'invasion de la maladie, mais parfois reste inaperçue.

« En général, dit M. Widal, c'est longtemps après les couches et au milieu d'une bonne santé apparente qu'éclate l'œdème blanc douloureux. Ce début tardif semble contraire à l'origine infectieuse de la phlegmatia, mais cette contradiction est plus apparente que réelle. C'est pour n'avoir pas assez étudié la période intercalaire qui s'écoule depuis le moment de l'accouchement jusqu'au début de la phlegmatia, que les auteurs n'ont pas su plus tôt dépister la nature infectieuse de la lésion veineuse.

La maladie ne commence pas avec l'œdème blanc douloureux, dont l'apparition est constamment précédée par une phase prodromique fébrile, où un examen attentif décèle toujours la marque de l'infection. Il n'y a donc pas de phlegmatia sans symptômes fébriles au préalable. La période apyrétique, qui souvent sépare le premier accès fébrile des premiers symptômes de la maladie, n'est pas faite pour surprendre. On sait, en effet, qu'au cours de l'infection puerpérale, les accidents se développent souvent par poussées successives en rapport, par exemple, avec la formation de foyers nouveaux de suppuration.

Ainsi procède la phlegmatia ; elle est toujours le second

(1) M. Gafé en a publié un cas qui n'est rien moins que probant (Thèse de 1873).

(2) Troisier. *La phlegmatia alba dolens*, Thèse d'agrégation, 1880. — Par contre, Damaschino croyait les altérations veineuses consécutives à la présence du caillot (*Union médicale*, 1880).

(3) Siredey. *Les maladies puerpérales*, Paris 1884.

(4) Vinay. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. Phlegmatia alba dolens, 1885.

(5) Doléris. *La fièvre puerpérale et les organismes inférieurs*, Thèse de doctorat, 1880.

6) Widal. Mémoire cité.

(1) *Compendium de médecine*, art. Phlegmatia alba dolens, 1845. — Gardien. *Traité des accouchements*, 1824.

temps d'une infection, dont la première étape a été marquée par l'apparition de symptômes fébriles dans les quatre ou cinq jours consécutifs à l'accouchement (1). »

Déjà les auteurs du *Compendium* avaient signalé le début de la phlegmatia par du frisson, du malaise, de l'accablement, bientôt suivis de chaleur fébrile et d'une douleur siégeant dans la région iliaque. MM. Hervieux (2) et Siredey (3) pensaient aussi que l'affection débute par des phénomènes généraux (fièvre, nausées, malaise vague) : « Il y a menace de péritonite. »

Tout cela disparaît quand s'établit l'oblitération veineuse et que la période d'état commence : c'est, en moyenne, du septième au douzième jour. M. Charpentier affirme n'avoir jamais observé de prodromes : pour lui, la maladie débute toujours plus ou moins brusquement (4).

Les accidents de la période d'état sont locaux et généraux. Le début est marqué par une douleur siégeant d'abord au voisinage de l'utérus ou au pli de l'aine, en rapport avec l'état local infectieux, et qui descend peu à peu, envahissant un membre inférieur, le droit ou le gauche. La cuisse, le jarret, le mollet sont atteints à la longue. Plus rarement, elle apparaît d'emblée au jarret ou au mollet, ou bien elle reste localisée au pli de l'aine ou à la cuisse. Elle suit le trajet des veines, et son intensité varie, comme toute sensation subjective, d'une malade à l'autre, et suivant la profondeur des vaisseaux infectés.

Au début, c'est plutôt une sensation de pesanteur, d'engourdissement plus ou moins pénible, bientôt plus vive et capable d'arracher des cris à la femme, surtout quand un mouvement intempestif ou une palpation brutale ou maladroite la réveillent et l'exaspèrent. Parfois, elle reste obscure et ne cause jamais qu'un engourdissement léger.

D'où vient cette douleur ? Est-elle produite par la sensibilité de la veine enflammée ? Cela peut être.

A-t-elle pour cause l'infiltration œdémateuse du membre ? Mais cette infiltration est indolente dans l'anasarque (Troisier). Pourquoi ne pas l'expliquer par les rapports intimes des veines malades avec les nerfs qui les entourent (Virchow) ? Le plus souvent précédant les autres symptômes, cette douleur apparaît parfois en même temps qu'un œdème, dont la marche envahissante rappelle celle de la douleur.

Il débute à la racine du membre : c'est d'abord un empâtement obscur, profond, qui s'étend plus ou moins vite à la cuisse et à la jambe, et suit en cela la lésion veineuse.

Le membre acquiert un volume et une déformation considérables ; cette déformation est plutôt régulière, et quand elle est généralisée, le membre est cylindrique, uniformément, sans méplats ni bosselures.

La paroi abdominale peut être envahie à son tour, puis le membre opposé. L'aspect du membre malade est blanc mat, car la peau est anémiée ; il devient lisse, quand la tension est considérable. A sa surface, on voit parfois se dessiner des veinosités bleuâtres qui, de place en place, font de petites marbrures : c'est que la gêne circulatoire est extrême, et qu'une circulation compensatrice tend à s'établir (Troisier). En le palpant, le godet s'y fait mal, car le tissu cellulaire n'est plus seul infiltré, mais les aréoles du derme le sont également. Pourtant, si, dès le début, ce œdème laisse peu visible la dépression du doigt, plus tard les tissus sont mieux dépressibles, étant moins distendus par la sérosité infiltrée.

Pendant toute cette période d'état, l'œdème ne reste pas toujours stationnaire ; tour à tour, il peut augmenter ou diminuer, suivant l'aisance de la circulation collatérale.

Longtemps après sa disparition, il peut réapparaître aux malléoles, dès que la malade reprend ses occupations et ses fatigues.

Ce gonflement douloureux du membre lui donne une attitude spéciale : par instinct, la malade évite tout mouvement et redoute une compression, si légère qu'elle soit. Tantôt, le membre est demi-fléchi et en rotation externe ; plus souvent, il est légèrement étendu.

Tout le long de la veine enflammée, si l'on palpe avec attention, on peut sentir un cordon plus ou moins volumineux, qui sera cherché doucement, par de petits mouvements de reptation, en glissant à la surface de la peau que l'on déprime en même temps. Parfois, la douleur ou l'œdème trop considérables s'opposent à cet examen qui, même s'il est peu douloureux, sera toujours léger et prudent, par crainte d'une embolie possible. Ce cordon est plus ou moins sensible, suivant la situation ou le calibre du vaisseau : c'est tantôt la saphène interne, tantôt la veine fémorale, la veine poplitée, ou la saphène externe. Il n'est pas régulièrement cylindrique, mais offre par intervalles de petits renflements noueux, correspondant aux sièges des valvules : c'est un cordon moniliforme. Dans quelques cas, une légère teinte rougeâtre indique, sous la peau œdématiée, le trajet de la veine enflammée.

Quand la maladie a pris fin, l'induration des veines peut subsister. L'articulation du genou est souvent atteinte d'hydarthrose (Troisier). Comme l'œdème, elle débute brusquement, subit les mêmes variations que lui, car elle est due aussi à l'obstruction veineuse d'une partie du membre (1). Elle augmente encore la douleur et l'impotence fonctionnelle. Cet épanchement articulaire disparaît en général avec l'œdème, mais il peut persister longtemps encore après lui (2).

L'examen du membre accuse encore des variations de température locale, très discutées par les auteurs. Pour les uns, on observe un abaissement de température du côté malade, pour d'autres, une élévation ; pour d'autres enfin, une augmentation au début, et plus tard un abaissement. Des recherches plus récentes ont donné une température plus élevée du côté malade : il y a une différence de quelques dixièmes de degré (Damaschino). On a noté une sensibilité cutanée obtuse, et parfois une hyperesthésie telle qu'un léger frôlement de la peau était plus douloureux qu'une forte pression [Trousseau (3)].

M. Budin a montré qu'il y a diminution de la sensibilité au contact, à la température et à la douleur, quand l'œdème n'est pas trop considérable ; sinon, il y aurait hyperesthésie (4). En général, ces troubles de la sensibilité durent peu : une semaine environ. L'anesthésie ou l'hyperesthésie se prolongent rarement au delà de huit ou dix jours.

L'hyperesthésie musculaire est la règle ; sa constatation est

(1) Widal. Mémoire cité.
(2) Hervieux. *Maladies puerpérales*, Paris 1870.
(3) Siredey. Loc. cit.
(4) Charpentier. *Traité des accouchements*, 2e édit., Paris 1890.

(1) Letulle. *Bulletin de la Société clinique*, 1878.
(2) Cosnard. Thèse de Paris, 1878.
(3) Trousseau. *Clinique médicale*, t. III.
(4) Budin. *Des coagulations veineuses*, 1869.

facile : il suffit de prendre à pleine main une masse musculaire, pour que la malade ressente aussitôt une vive douleur (1). Dès que l'œdème a envahi le membre, l'impotence fonctionnelle devient absolue, et le plus simple mouvement est impossible. « Il semble, disait Trousseau, qu'il y ait une paralysie musculaire. » Cette impotence est due sans doute à la douleur que fait naître le moindre mouvement, à l'hydarthrose de voisinage, et à des lésions musculaires ou nerveuses. Il semble peu probable que la seule douleur puisse expliquer des troubles aussi accusés, car, dans quelques cas, l'impotence a précédé la douleur et l'œdème. M. Troisier cite un exemple de parésie des muscles de la cuisse, avec atrophie du triceps, que guérirent les courants continus au bout de cinq semaines. Il semble donc que, si l'impotence peut être expliquée par la douleur ou la gêne mécanique, il faut aussi en attribuer une part à des lésions musculaires ou nerveuses.

Il y a plus : on voit, en effet, à la suite d'œdèmes cardiaques ou brightiques, des membres recouvrer toute leur motilité, une fois les œdèmes disparus. Or, après la phlegmatia, la disparition de l'impotence se fait longtemps attendre; la marche est gênée ; les malades éprouvent quelques douleurs et se fatiguent rapidement. Tout cela nous fait admettre des lésions profondes qui ne disparaissent qu'à la longue.

Déjà Lair avait émis l'hypothèse que ces troubles durables sont dus à l'accumulation de matières extractives, restées en contact avec les fibres musculaires à cause de la stase sanguine, et pouvant produire une altération de la contractilité musculaire (2).

Il vaut mieux attribuer cette impotence à une myosite, produite par réaction des veines intra-musculaires enflammées sur le muscle voisin [Verneuil (3)].

Cependant, les phénomènes généraux sont moins intenses qu'au début; le plus souvent l'infection reste localisée. La température est peu élevée : c'est un petit mouvement fébrile avec exacerbation vespérale, un vague malaise avec légère agitation. La fièvre existe toujours dans la période prodromique; car « elle saisit sur le fait la pénétration des microbes dans le sang, elle n'est que la traduction extérieure d'une culture microbienne; sa date d'apparition et son intensité étaient subordonnées aux conditions qui règlent cette germination, au nombre des microbes, à leur nature, à leur virulence » (4). Mais une fois l'infection localisée, et l'oblitération veineuse accomplie, la température ne monte plus : il faut excepter les cas où surviennent quelques complications infectieuses.

Si l'affection dure longtemps, on voit rapidement se flétrir les seins, et la sécrétion lactée se tarir.

La malade se plaint de douleurs abdominales, péri-utérines : les urines sont rares et plus ou moins chargées d'urates (5).

Le facies est pâle, exsangue ; c'est celui d'une anémique.

(1) Delporte. *La phlegmatia alba dolens puerpérale*, Thèse de Paris, 1886.

(2) Lair. *Les coagulations du sang dans le système nerveux*, Thèse de 1875.

(3) Verneuil. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, mars 1890.

(4) Chantemesse. L'infection puerpérale, *Progrès médical*, mars 1890.

(5) Delore et Poullet. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1885.

Telle est la phlegmatia alba dolens commune, classique en quelque sorte. Dans quelques cas, elle s'accompagne, dès le début, de phénomènes graves : les troubles locaux sont plus intenses et se développent avec une grande rapidité; la température est excessive, et l'œdème s'accompagne souvent d'accidents que nous étudierons parmi les complications.

Variétés. — La phlegmatia peut envahir tout un membre ou se limiter à une portion. Tantôt elle reste superficielle, et les veines sous-cutanées sont seules atteintes; tantôt elle est profonde, atteignant les veines fémorale, poplitée, tibiales.

Si la phlegmatia reste superficielle, il y a peu d'œdème.

Tantôt un seul membre est pris, tantôt ce sont les deux : en tout cas, ils ne sont envahis que l'un après l'autre; et quand l'œdème apparaît d'un côté, il a diminué ou presque disparu de l'autre.

Outre ces variétés, on a signalé des cas siégeant au membre supérieur. Bouchut a observé l'oblitération simultanée de la veine fémorale, de la jugulaire droite, et des veines de la base du cerveau du même côté : on constata, dans ce cas, l'abolition de la vision de l'œil droit et la dilatation de la pupille ; la parole était lente et malaisée.

Une malade de Graves, déjà atteinte de thrombose des membres inférieurs, fut prise brusquement, à son réveil, d'une vive douleur dans l'œil, suivie d'une cécité complète : il n'y eut pas de rougeur extérieure, mais le tissu cellulaire sous-conjonctival était très gonflé : pour lui, il y eut une phlegmatia de l'œil (1).

Ce sont là de véritables curiosités pathologiques. L'observation la plus curieuse en ce genre est celle d'une malade de Monneret, atteinte de fièvre et de faiblesse des membres, quatre semaines après l'accouchement. Le coude gauche fut atteint d'un œdème dur, luisant, douloureux; puis, un cordon veineux dur dessina le trajet de la veine radiale droite et l'œdème envahit l'avant-bras droit. Peu à peu toutes les veines superficielles du bras furent prises, à droite comme à gauche; ce fut ensuite le tour des jugulaires externes et internes. La malade finit par guérir (2).

Formes. — M. Troisier a décrit deux formes distinctes : la forme commune, accident purement local; les complications qui peuvent survenir (embolie pulmonaire) sont, comme la phlegmatia, d'ordre mécanique. La forme grave, infectieuse, appartiendrait à l'état puerpéral. Différant absolument de la première, elle se rapporterait par sa nature à l'infection puerpérale. Mais les recherches récentes tendent à prouver qu'il n'y a entre ces deux formes qu'une différence de degré. « La phlegmatia n'est qu'une forme légère de la phlébite puerpérale; c'est un petit accident de la puerpéralité (Widal). »

Enfin, M. de Brun a décrit une forme latente, où une complication (l'embolie, par exemple) est la première manifestation d'une thrombose veineuse, jusqu'alors ignorée; les symptômes généraux du début étaient si peu marqués que l'infection n'était pas même soupçonnée (3).

(1) Delporte. Thèse citée.

(2) Monneret. *Gazette des hôpitaux*, 1867.

(3) De Brun. *Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens*, Thèse de Paris, 1884.

IV

Marche. — Il est difficile d'assigner une marche typique à cette affection, tantôt régulière, semblable au type que nous avons essayé de décrire, tantôt irrégulière, avec des poussées successives de douleur, d'œdème et de fièvre.

Durée. — D'ordinaire, la période d'état commence huit ou dix jours après l'accouchement; elle dure trois semaines ou un mois.

L'œdème est au maximum à la fin de la première semaine, et le décours survient de la troisième à la sixième. Cette durée dépend de l'intensité de l'infection, du calibre du vaisseau oblitéré, de la longueur du caillot et des précautions prises durant la maladie.

De plus, quand le membre a repris à peu près son volume normal, on peut encore observer un œdème intermittent, réapparaissant à la moindre fatigue.

On peut observer des poussées successives de thrombose, séparées par des rémissions plus ou moins courtes.

Souvent, encore, l'œdème décroît régulièrement du côté malade, quand tout à coup survient une légère élévation de température, et des douleurs sont ressenties dans le membre opposé qui s'œdématie à son tour. Quelques auteurs ont prétendu que le membre atteint le dernier était moins malade, comme si l'infection avait perdu à la longue une partie de son intensité et de sa gravité. D'autres, au contraire, pensent que le second membre est pris à l'égal du premier.

Terminaisons. — Enfin, l'œdème diminue ainsi que les douleurs; puis, tout disparaît : il persiste parfois un certain sentiment de tension et de pesanteur. Les mouvements ont peine à se rétablir, et, pendant quelque temps, les malades conservent « la sensation de la jambe de bois » (Churchill). La gêne peu à peu disparaît et le membre recouvre ses fonctions.

Un œdème chronique peut remplacer l'œdème de la phlegmatia, si quelque vaisseau important s'oblitère d'une façon définitive ; l'aspect du membre rappelle celui de l'éléphantiasis, et l'impotence fonctionnelle reste permanente, le membre étant douloureux, pesant et difficile à mouvoir.

Complications. — Dans quelques cas, la maladie se termine par certaines complications, les unes locales, les autres se faisant à distance : lymphangite, érysipèle, sphacèle de la peau, phlegmons simples ou diffus d'origine phlébitique, arthrites suppurées, embolies.

L'embolie est la complication la plus redoutable. Survenant parfois comme première manifestatiom de la forme insidieuse (de Brun), elle apparaît quand l'œdème est bien établi : alors le moindre effort, une émotion, un léger mouvement dans le lit peuvent la provoquer. On l'a vue se produire au moment où la malade pliait la jambe ou la cuisse ; la flexion de la cuisse sur le bassin serait, pour de Brun, un mouvement très dangereux, car la rupture du caillot se fait surtout au pli de l'aine.

Simpson l'a vue survenir alors que l'œdème avait disparu. Quoi qu'il en soit, le caillot septique se détache en totalité ou en partie et s'en va oblitérer une branche de l'artère pulmonaire. S'il y a embolie massive, on voit apparaître une dyspnée extrême, violente douleur thoracique et grande soif d'air (Trousseau); puis, les inspirations se multiplient, atteignent 40 à 50 par minute; les battements du cœur, d'abord violents, s'affaiblissent vite, deviennent irréguliers et inégaux; la face est pâle, puis cyanosée, couverte d'une sueur froide; les extrémités se refroidissent et la mort survient très rapide (Vinay).

Parfois la mort arrive d'un coup, presque sans secousse : il y a à la fois asphyxie et syncope (Terrillon); on peut supposer que le caillot s'est arrêté un instant entre les piliers de la valvule tricuspide et a déterminé ces accidents.

Si l'embolie est partielle et n'obstrue que des divisions de deuxième ou troisième ordre, les phénomènes dyspnéiques sont moins intenses ; mais on observe, à la suite, de la bronchopneumonie, de l'œdème ou de l'apoplexie pulmonaire : la malade peut guérir.

La première embolie pulmonaire, citée par Trousseau, amena la gangrène du poumon.

Parmi les complications locales, il faut signaler la possibilité d'un phlegmon périveineux (Hervieux), qui s'abcède et s'ouvre au dehors ; le sphacèle du membre est très rare. Un érysipèle peut apparaître en même temps que la phlegmatia : aussi bien, cela n'a rien qui surprenne, puisque ces deux maladies sont des formes, des expressions différentes d'une même infection microbienne.

Girardot a cité deux cas d'adéno-lymphangite, où la lymphangite serait due à l'inflammation par voisinage des vaisseaux lymphatiques entourant la veine (1).

Enfin, il est une complication tardive que M. Verneuil a récemment étudiée : ce sont des difformités des pieds et des orteils qu'il a appelées pieds-bots phlébitiques. Il a observé l'équin et le varus équin, avec des orteils rigides, immobiles et plus ou moins fléchis en griffe, au lieu que dans le pied-bot congénital les orteils sont mobiles et généralement en extension forcée. Ces déviations sont dues à la contracture des muscles de la région postérieure et profonde de la jambe (fléchisseurs et jambier postérieur). Dès que la phlébite atteint les veines intra-musculaires, elle réagit sur le tissu voisin et produit une myosite qui amène la contracture et la rétraction des muscles malades (2).

V

Diagnostic. — « Les conditions dans lesquelles se montre la phlegmatia, dit Trousseau, le moment et le mode d'apparition, le début, le siège et la marche, tout impose un diagnostic. »

L'œdème cachectique ou chlorotique est bilatéral, dès le début, non douloureux, et diminue très rapidement par le repos horizontal; le godet y est facile à imprimer.

Le cardiaque ou le brightique infiltrés présentent un œdème indolore, souvent fugace, rarement douloureux, à moins d'être très considérable.

L'œdème, dû à la compression des veines du bassin par une tumeur abdominale, est souvent douloureux et limité à un membre : un examen attentif en fera reconnaître la cause (néoplasme, anévrysme). Seule, la phlébite variqueuse chez une jeune accouchée peut prêter à confusion, car on y trouve même œdème douloureux et même coagulation veineuse sensible au palper. L'élévation de la température locale du côté malade est plus élevée que dans la

(1) Girardot. *Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens*, Thèse de Paris, 1875.

(2) Verneuil. Académie des sciences, mars 1890.

phlegmatia : de plus, on verrait se développer, après quelques jours, le long des varices enflammées, une teinte violacée, jaunâtre, puis brunâtre, qui persiste pendant plusieurs semaines (Damaschino, Troisier).

Enfin, on peut observer dans certains cas, rares, il est vrai, une accouchée infectée et brightique, ou cardiaque, ou chlorotique en même temps ; mais il est difficile alors d'attribuer à l'œdème sa vraie cause.

Pronostic. — La phlegmatia se termine, en général, par la guérison ; pourtant, dans la forme la plus bénigne en apparence, alors que la sécurité semble absolue, l'accouchée est toujours à la merci d'une embolie redoutable. Aussi sera-t-il sage de faire ses réserves, dès le début de l'affection, et de prévenir la famille d'un malheur possible. Dans la forme grave, la température élevée, l'état général mauvais, les complications purulentes à distance (phlegmons périphlébitiques, arthrites suppurées), imposent un sérieux pronostic : la femme succombe à l'infection générale.

IV.

Anatomie pathologique. — Que trouve-t-on à l'autopsie d'une accouchée morte de phlegmatia alba dolens ?

D'abord, l'œdème qui, à l'incision, donne une grande quantité de sérosité incolore; cette sérosité présente les caractères du liquide de l'anasarque avec cette différence qu'elle renferme de la fibrine, mais pas autant que les exsudats inflammatoires [S. Renaut (1)]. Le liquide s'est infiltré sous les aponévroses et dans les espaces inter-musculaires, sans envahir les muscles; les gaines vasculaires mêmes n'ont pas été épargnées.

Les lésions veineuses méritent plus grande attention : ce sont des altérations de la paroi du vaisseau et de son contenu. Sur des sections transversales, on trouve les veines obstruées par des caillots formés de couches stratifiées et constitués par des rangées alternatives de globules rouges et de fibrine. Les feuillets de fibrine sont souvent très nombreux et séparés par des rangées de plusieurs globules rouges (2). L'aspect du caillot change à la périphérie du membre malade; sa teinte est plus foncée et nettement cruorique. Au contraire, vers le cœur, le caillot conserve son apparence fibrineuse, bien qu'il contienne encore de nombreux globules rouges.

Mais où siège cette oblitération veineuse ? Ce n'est pas en un point quelconque du système veineux : le siège en est fixe, et tout en rapport avec la pathogénie de l'affection. Toujours d'un même point part le caillot : des sinus utérins il s'étend plus ou moins loin, suivant le degré d'infection et l'état du système veineux; il gagne ainsi les veines iliaques et le membre inférieur, remontant parfois dans la veine cave inférieure. Souvent la porte d'entrée a été la plaie placentaire bien plus que la déchirure du col utérin ; aussi l'on observe la phlegmatia presque autant à droite qu'à gauche, malgré les anciens auteurs qui admettaient une plus grande fréquence à gauche, à cause de la déchirure plus fréquente du col de ce côté.

Des sinus utérins aux veines périphériques, la continuité du caillot existe toujours ; on pensait jadis que l'affection pouvait débuter par le mollet, mais pour un caillot trouvé dans les veines du mollet, on en rencontre d'autres dans la cuisse. Le caillot pousse des prolongements dans toutes les directions, en haut et en bas, vers le cœur et vers le mollet. Il envoie habituellement dans les veines collatérales des prolongements qui contribuent à sa fixité (Troisier). Il finit au niveau de l'embouchure d'une collatérale, en une extrémité amincie, reliée au reste du caillot, par un long et grêle pédicule, souvent peu résistant. Aussi le courant sanguin venant battre ce pédicule peut le rompre et entraîner une portion du caillot vers d'autres points du système veineux. Les accidents emboliques qui résultent de cette mise en liberté du fragment ont été signalés plus haut.

Le caillot peut subir certaines transformations.

Tantôt se ramollissant par place, il se laisse creuser de conduits sinueux et étroits où peu à peu le sang reprend son cours ; insensiblement la circulation se rétablit dans le canal quasi oblitéré d'abord, et dont le calibre n'est que rétréci, car ses parois sont plus épaisses et plus dures. Cette « métamorphose caverneuse », que subit le caillot, est la conséquence de la dilatation incessante des capillaires qui rampent dans les bourgeons partis de l'endothélium de la veine ; les cloisons qui les séparent se résorbent peu à peu ; ils finissent par se réunir et par former des canaux irréguliers et des dilatations ampullaires, si bien que peu à peu le vaisseau, d'abord oblitéré, est rendu à sa destination première (Vinay).

Tantôt le vaisseau reste obstrué, et le cours du sang y est interrompu pour toujours.

Dans quelques cas, l'organisation ne se fait pas, et le caillot subit une transformation, non pas puriforme, mais bien purulente, comme nous le verrons tout à l'heure. Au lieu de devenir sec et adhérent à la paroi veineuse, le coagulum tend à se ramollir, surtout en son centre : quelques minces fragments peuvent se détacher de la masse friable et donner facilement naissance à des embolies.

On a cherché au bout de quel temps le caillot devait adhérer suffisamment à la paroi pour ne plus produire d'embolies. Damaschino croyait qu'au bout de vingt jours environ, l'adhérence est assez solide pour que des accidents de ce genre ne soient plus à redouter. Du reste, on ne connaît pas d'observations d'embolies après le trentième jour d'une phlegmatia.

Si, maintenant, laissant le caillot, nous examinons la paroi veineuse, nous trouverons les lésions de la phlébite et la cause de la phlegmatia. « Les tuniques de la veine sont le siège d'une hyperplasie inflammatoire qui donne au vaisseau malade un certain degré d'épaississement et l'apparence d'une artère. La tunique interne surtout est infiltrée de cellules jeunes et, de sa face profonde, on voit partir des tractus cellulaires qui, peu à peu, s'avancent dans la direction du caillot et le fragmentent par un lent travail de dissociation » (Vinay).

Dans certains cas, l'endothélium prolifère et pousse des bourgeons qui pénètrent dans le caillot ; ces bourgeons contiennent des ramuscules veineux fournis par les membranes de la veine : en définitive, la circulation nouvelle qui infiltre le caillot n'est qu'un prolongement des vasa vasorum (Delore et Poullet).

Mais, puisque la phlegmatia est une infection puerpérale, au moins doit-on trouver le corps du délit au point le plus malade du système veineux. Les recherches faites à ce sujet ont été longtemps stériles, aussi M. Delporte disait dans sa thèse : « On a supposé que des microbes, pénétrant par

(1) S. Renaut. *Revue de médecine et de chirurgie*, 1880.
(2) Damaschino. *Union médicale*, 1880.

la voie sanguine, s'accumulaient dans les nids valvulaires où la circulation est stagnante et qu'ils pouvaient, par leur présence, déterminer des lésions endothéliales, la précipitation de la fibrine : l'examen des caillots n'a donné, jusqu'à présent, aucun résultat probant (1). »

Pourtant M. Doléris, étudiant la fièvre puerpérale et les organismes inférieurs, avait déjà décrit une forme pyohémique avec phlébite (2). En écartant le caillot de la paroi veineuse, il avait trouvé de petits amas de vibrions, ronds et noirâtres, adhérents à la paroi vasculaire. Le pus, collecté au centre et autour du caillot, contenait les mêmes organismes. Une des planches annexées à sa thèse en fait foi.

Or, la phlegmatia alba dolens n'est qu'une forme atténuée de cette infection puerpérale phlébitique ; l'étude microbiologique de cette maladie, faite plus spécialement, devait donc donner d'heureux résultats.

C'est à M. Widal que revient le mérite de cette belle découverte. Il a dirigé ses recherches dans les veines les plus voisines de l'utérus, c'est-à-dire du point de départ de l'infection, et dans les parties du caillot primitivement formées.

Dans deux cas, sur des coupes de caillots contenus dans les sinus utérins, il a trouvé des chaînettes de microbes déposés sur la paroi interne des veines en masse épaisse et infiltrant le caillot, là seulement où il y avait de la fibrine en désintégration, sans pénétrer les parties cruoriques. D'après cet auteur, ces microbes déterminent, par action de présence, la dégénérescence de l'endothélium d'abord, la coagulation du sang ensuite. Donc l'altération de la veine par action microbienne précède la formation du caillot.

Il y a plus : nous avons vu que le caillot pouvait suppurer. Dans un de ces cas, M. Widal a trouvé un coagulum ainsi constitué : à sa périphérie, il était cruorique et noir à l'œil nu ; dans le reste de son étendue il était fibrineux et jaunâtre avec une collection purulente en son centre. Cette portion fibrineuse centrale était farcie de microbes en chaînettes, dont quelques-uns avaient déjà pénétré les tuniques mêmes de la veine, et, s'enfonçant jusque dans la tunique externe, étaient la cause d'une périphlébite commençante.

La suppuration du caillot dans la phlegmatia n'est heureusement pas constante, car le micro-organisme qu'on y rencontre (le steptocoque pyogène) peut produire, dans les veines comme dans les autres tissus, des lésions avec ou sans suppuration.

Aussi M. Widal conclut de ses recherches que :

1° La phlegmatia alba dolens puerpérale est de nature infectieuse ; c'est une forme atténuée de la septicémie puerpérale ;

2° La cause est l'inflammation de la veine par dépôt sur son endothélium du streptocoque pyogène, charrié par le sang : le caillot se forme secondairement à cette phlébite ;

3° Enfin l'anatomie pathologique et la microbiologie, d'accord avec la clinique, démontrent, qu'entre la phlegmatia et la phlébite suppurée la plus grave, il n'y a que des différences de degré : la lésion est la même, la cause est identique.

(1) Delporte. Thèse citée.
(2) Doléris. Thèse citée.

VII

Traitement. — Le traitement prophylactique est le plus important : l'essentiel est d'appliquer aux femmes en travail ou en couches l'antisepsie la plus minutieuse, pour mettre leurs organes génitaux à l'abri des germes infectieux. Si l'accouchée est infectée, on fera souvent des injections intra-utérines et un curage, s'il le faut.

Dès que la phlegmatia se manifeste, il est bien illusoire d'espérer une thérapeutique utile contre la lésion veineuse elle-même. On se bornera à un traitement symptomatique qui aura pour but de diminuer les douleurs, de combattre l'œdème, enfin, de prévenir les complications, l'embolie surtout.

Les liniments calmants, les onctions opiacées ou belladonées atténuent bien la douleur, mais il faut les employer doucement, sans frictions énergiques : le moindre frottement peut, en effet, détacher un fragment du caillot veineux.

Le chloral et la morphine, pris à l'intérieur, rendront des services ; mais les injections sous-cutanées de morphine ne seront pas faites au membre malade, qui absorbe mal et est exposé aux eschares.

On produit encore une sédation sensible, en entourant le membre d'une chaleur douce et uniforme. Trousseau, dans ce but, faisait placer autour de la jambe des sachets pleins de sable chaud. Il est plus simple de se servir d'une gouttière en fil de fer, garnie d'ouate et immobilisée.

Pour favoriser la résolution de l'œdème, on a recommandé l'inclinaison de la jambe, en soulevant le pied par des coussins ; mais les malades supportent assez mal cette position forcée ; la situation horizontale du membre malade est mieux tolérée.

Les mouchetures ont été conseillées contre un œdème excessif : elles ont l'inconvénient de produire parfois des plaques de sphacèle assez étendues.

La compression de la jambe est mauvaise : elle est inefficace contre l'œdème et peut empêcher la circulation de suppléance, exagérer la tension locale et aider au détachement d'un caillot mal adhérent.

Robert de Latour a vanté, comme dans la péritonite, l'emploi de badigeonnages au collodion riciné.

M. Pinard a employé, pour obtenir la résolution de l'œdème, les compresses de chlorhydrate d'ammoniaque : déjà Marjolin traitait ainsi les hydrocèles congénitales dont la résorption se faisait rapidement. Ces compresses produisent souvent une vive cuisson, avec rubéfaction et érythème, qui peut s'étendre à tout le membre : dans quelques cas, on a observé des phlyctènes.

Pendant tout ce temps, l'examen du membre malade se fera avec de grandes précautions.

Le sulfate de quinine, même si la température est peu élevée, sera excellent pour combattre l'infection. Enfin, les forces de la malade seront soutenues par tous les moyens possibles.

Défense absolue de se lever, tant qu'il persiste encore fièvre, œdème ou douleur ; et nécessité de grands ménagements durant les premiers jours de la convalescence.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INSUFFISANCE AORTIQUE (1)

Par Julius Schwalbe.

L'insuffisance aortique a, au milieu des autres affections cardiaques, une physionomie bien particulière. Elle a plus, comme on l'a dit, les allures d'une maladie artérielle que d'une maladie cardiaque. De plus, ainsi que l'ont bien fait ressortir certains auteurs, en particulier M. le professeur Peter, il y a insuffisance aortique et insuffisance aortique; dans certains cas, l'appareil valvulaire est seul atteint; dans d'autres, au contraire, il y a une lésion aortique, athéromateuse, le plus souvent, qui a amené une dilatation de l'aorte, et secondairement une insuffisance relative des valvules, dont l'aire ne peut plus couvrir la surface augmentée de l'orifice dilaté. La première forme est celle des jeunes gens; la seconde, au contraire, celle des gens déjà âgés, et tout au moins vieux par leurs artères.

Se basant sur cinquante cas personnels, J. Schwalbe fait une étude d'ensemble sur l'insuffisance aortique. Cette étude n'est pas complète encore, et bien des points intéressants, importants même, n'y sont pas suffisamment traités, mais on peut y rencontrer un certain nombre de données qui méritent de fixer l'attention. Nous croyons utile de les relever, car il importe de bien connaître une maladie si fréquente et d'une physionomie si particulière.

A l'inspection de la région précordiale, on peut souvent constater ce retrait systolique de la pointe que l'on a quelquefois donné, à tort, comme le signe pathognomonique de la symphyse du péricarde. Le cœur, très hypertrophié, subirait, au moment de sa contraction, un retrait considérable, que l'expansion pulmonaire ne viendrait pas compenser comme à l'état normal.

Par la palpation au niveau de la pointe, le doigt qui suit le retrait du cœur pourrait percevoir, dans certains cas, une pulsation systolique due à la rentrée du sang refluant de l'aorte dans le ventricule, à travers les valvules insuffisantes. On peut constater enfin, par la palpation, une vibration diastolique synchrone du souffle de l'insuffisance.

Les signes d'hypertrophie du cœur sont connus, mais cette hypertrophie fait place, à un moment donné, à la dilatation. Cette dilatation, qui a les conséquences les plus graves pour le fonctionnement du cœur, reconnaît plusieurs causes.

On peut faire intervenir : la pression produite par le sang qui reflue dans le ventricule pendant la diastole; la superposition de la pression aortique et de la pression due à la contraction de l'oreillette à la fin de la diastole. Enfin, le cœur se dilate parce qu'il se contracte avec effort sur une masse de sang trop considérable, lorsque le muscle est lésé, lorsqu'il a subi des troubles marqués dans sa nutrition. C'est la dilatation systolique, prélude et cause de l'asystolie.

L'hypertrophie du cœur est plus ou moins marquée dans l'insuffisance aortique. Elle peut se développer et acquérir un degré considérable chez les individus jeunes, chez lesquels la nutrition se fait bien. Dans les conditions contraires, elle reste peu marquée, et c'est la dilatation qui prédomine. Il faut faire intervenir toutefois un autre élément : l'artério-sclérose. La lésion scléreuse des artérioles est fréquente dans l'insuffisance aortique et alors l'hypertrophie du cœur peut être, dans une certaine mesure, due à la production d'une sclérose interstitielle péri-artérielle.

(1) *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1889, Bd. 44.

Il est probable même, à notre sens, que la myocardite scléreuse existe toujours à un degré plus ou moins accentué dans les hypertrophies cardiaques de l'insuffisance. C'est là, comme dans l'hypertrophie cardiaque de la néphrite interstitielle, une cause d'asystolie à laquelle les recherches de MM. Debove et Letulle ont assigné son rôle exact.

L'hypertrophie du ventricule droit, également constatée, est expliquée par plusieurs hypothèses :

1° L'augmentation de l'effort systolique du cœur se fait sentir sur le ventricule droit, aussi bien que sur le ventricule gauche;

2° L'artère pulmonaire se trouve comprimée et rétrécie par l'aorte dilatée (Friedreich);

3° Le ventricule droit se trouve rétréci, en raison de la saillie que fait, dans sa cavité, le septum inter-ventriculaire; il en résulte, par compensation, la dilatation du conus pulmonaire. L'hypertrophie est consécutive.

Le souffle diastolique de la base est le signe presque exclusif de l'insuffisance aortique; son maximum classique est, on le sait, au niveau de la partie interne du second espace intercostal droit. Cependant, et c'est là une remarque très juste, souvent vérifiable en clinique, on le perçoit souvent en arrière du sternum, et il se propage en bas jusqu'à son bord gauche. Son intensité varie suivant diverses conditions mécaniques : l'étendue de l'ouverture laissée par les valvules insuffisantes; la pression du sang, ou, en d'autres termes, la vitesse de sa régurgitation de l'aorte dans le ventricule; les dimensions, la dilatation plus ou moins marquée de ce ventricule.

Le souffle diastolique, habituellement doux, aspiratif, peut prendre une intensité marquée, il peut même être perçu à distance : dans un cas, on l'entendait à 1 mètre du malade. Il prend quelquefois un timbre musical qui rappelle les vibrations d'une corde de basse ou le son du tambourin. Parfois, il est possible que l'on perçoive un claquement valvulaire auquel se surajoute un souffle. C'est qu'alors une seule des valvules est altérée, lésée ou détruite, et que les deux autres se distendent encore sous la poussée du sang.

Le souffle du second bruit de la base peut manquer alors que l'insuffisance existe cependant dans un certain nombre de circonstances : 1° lorsque l'insuffisance est le fait d'une endocardite récente; 2° lorsque, la lésion valvulaire étant ancienne, l'insuffisance est peu prononcée; 3° quand il existe des lésions complexes du cœur, et, en particulier, lorsqu'il y a en même temps insuffisance aortique et insuffisance mitrale. La diminution de l'énergie de contraction du ventricule est capable aussi, en diminuant la pression sanguine, de faire disparaître le souffle ou de l'empêcher de se produire. On peut constater, du reste, l'existence d'un souffle intermittent, que l'on entend à certains moments, pendant certaines périodes de temps, qui disparaît à d'autres.

Il n'est pas impossible toutefois que le bruit disparaisse définitivement par la cessation de l'insuffisance. Cette guérison, momentanée ou définitive, peut résulter du rétrécissement de l'orifice, de la soudure des valvules, de l'apparition d'une végétation, d'une saillie endocarditique qui comble la béance laissée par le rapprochement des valvules sigmoïdes.

Des bruits veineux diastoliques peuvent être entendus à la région précordiale : ils peuvent prendre naissance dans

les veines du cou, et se propager dans les veines intra-thoraciques. Dans un cas de rétrécissement mitral, on entendait un bruit diastolique veineux, se passant dans la veine cave inférieure, au niveau de la quatrième côte droite. Il existait un souffle semblable dans la veine crurale. Ces bruits ont les caractères habituels des souffles veineux, bruits de diable, bruits de nonne. Les lésions du péricarde peuvent aussi donner naissance à des bruits du second temps, et simuler le souffle de l'insuffisance aortique.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le point où se rencontre le maximum du bruit de souffle de l'insuffisance aortique. Friedreich le place au niveau du cartilage de la troisième côte gauche; Bamberger, Niemeyer et Gerhardt, au niveau de la partie interne du second espace intercostal droit; Rosenstein et Alvarenga, au niveau du troisième espace intercostal du même côté. Pour Fræntzel, le bruit est au maximum, soit sur le bord droit du sternum, soit sur le bord gauche, au niveau du cinquième espace intercostal. On peut s'attendre, dit J. Schwalbe, à rencontrer le bruit aortique soit directement derrière le sternum tout entier, soit le long de ses bords. Dans quelques cas, d'après Hutlen, c'est à la pointe même du cœur que se serait entendu le souffle de l'insuffisance aortique. Cette circonstance, d'après M. Balfour, se produirait avec une lésion de la valvule sigmoïde postérieure.

On pourrait même constater, à la pointe, un souffle présystolique dont l'explication serait la suivante : le sang de l'oreillette gauche pénètre plus facilement et plus vite dans le ventricule que le sang de l'oreillette droite. Il rencontre le courant qui reflue de l'aorte; de là, un tourbillon, un bruit présystolique.

On sait quelle importance on a attribuée aux manifestations artérielles dans l'insuffisance aortique, et, en particulier, au pouls de Corrigan. Le pouls bondissant, le *pulsus celer*, qui doit appeler l'attention vers l'orifice aortique, peut cependant se rencontrer en dehors de cette affection. Il n'est pas pathognomonique, et l'auscultation cardiaque conserve encore la première place dans le diagnostic. Il en est de même du pouls capillaire visible et des bruits fournis par l'auscultation des artères. Schwalbe consacre une longue étude à cette auscultation des vaisseaux.

Un des points sur lesquels il insiste le plus, c'est la relation de l'insuffisance aortique avec la néphrite interstitielle. L'exagération de la pression artérielle peut, ainsi que le démontrent des faits de MM. Leyden et Bouveret, provoquer l'insuffisance des valvules sigmoïdes, en amenant la dilatation de l'aorte.

La maladie prend des allures particulières lorsque l'insuffisance aortique coïncide avec l'hypertrophie de la néphrite interstitielle. Les battements intenses du cœur, l'albuminurie, la polyurie, l'urémie possible, les œdèmes fugaces, les poussées congestives plus faciles viennent modifier la physionomie de la maladie cardiaque.

Dans la Revue compendieuse de Schwalbe, les autres types de l'insuffisance aortique sont moins bien indiqués. Il importe cependant de distinguer l'insuffisance aortique des jeunes gens, des athéromateux et des artério-scléreux atteints de néphrite interstitielle.

L'insuffisance aortique des jeunes est compatible avec un équilibre prolongé; le cœur ne s'hypertrophie que lentement. La compensation peut être parfaite et durable. Les symptômes peuvent être très atténués et très supportables. Avec la néphrite interstitielle, l'hypertrophie du cœur est excessive; il y a des palpitations violentes, parfois un bruit de galop à la pointe, des poussées œdémateuses vers les poumons et la périphérie; il y a de l'albuminurie et l'urémie est toujours menaçante. Chez les athéromateux, ce qui domine ce sont les phénomènes douloureux qui dérivent de la lésion de la crosse de l'aorte et que M. le professeur Peter, surtout, a fort bien décrits.

L'artério-sclérose, l'athérome aggravent naturellement beaucoup le pronostic. Ils augmentent le nombre des accidents possibles. La fatigue du myocarde, en particulier, devient plus facile et plus dangereuse, et si l'asystolie survient, elle amène une terminaison plus rapide encore que l'asystolie de l'insuffisance aortique qui ne dure jamais bien longtemps.

A. M.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 juillet 1890. — Présidence de M. Nicaise.

COMMUNICATION

Incision des suppurations pelviennes par le vagin. — M. TERRILLON s'est occupé, depuis longtemps, de cette question. Au début de sa carrière, il incisait tous les abcès pelviens par la voie vaginale, dès que la chose était possible. Mais, en agissant ainsi, il eut des accidents, il nota deux fois des hémorrhagies graves au cours de l'opération, cinq ou six fois des fistules purulentes persistèrent dans le vagin.

Depuis 1887, après le travail de Lawson-Tait, il fait l'ouverture des abcès pelviens par la laparotomie. Un drainage bien établi et attentivement surveillé, permet presque toujours d'obtenir la guérison. Cependant, il n'est pas rare de voir persister des fistules pendant cinq à six mois, à la région hypogastrique.

Depuis 1888, il enlève la poche formée aux dépens de l'ovaire ou de la trompe par la voie abdominale. Ces poches, très profondément situées, sont parfois faciles à enlever. Il est vrai que, dans le cours de l'opération, la poche peut se rompre. Mais en protégeant convenablement le péritoine avec des éponges placées autour de la poche purulente, en pratiquant un lavage de la cavité péritonéale, on arrive à empêcher la production d'une péritonite. Ces abcès, développés dans la trompe et l'ovaire, peuvent donc être enlevés par la voie abdominale.

Dans plusieurs circonstances, M. Terrillon a trouvé des collections qui proéminaient du côté du vagin. Il a résisté à la tentation de les ouvrir par la voie vaginale. Dans un cas, il voulait faire l'incision vaginale. Au dernier moment, il se décida pour la voie abdominale. Bien lui en prit : il existait une ovarite contenant plusieurs abcès. En outre, il y avait une trompe remplie de pus. Il est évident que, dans ce cas, l'incision vaginale n'aurait donné qu'un résultat incomplet.

La laparotomie est donc l'opération de choix. Par la voie abdominale, on peut avoir des accidents. M. Terrillon a perdu anciennement deux malades. Mais, maintenant, il a une plus grande habitude de la laparotomie, il sait mieux éclairer son champ opératoire et il ne perd pas de malades.

Quant à la voie vaginale, elle donne rarement de bons résultats. Des fistules subsistent après l'ouverture de l'abcès. Les malades ne sont pas guéries, et il reste dans la cavité pelvienne des masses qu'on n'a pu enlever.

L'ablation de la trompe, de l'ovaire et de l'utérus, par la voie vaginale, est d'ailleurs difficile. Quand on ouvre l'abdomen, on constate des adhérences parfois très solides entre l'utérus, l'ovaire et la trompe, d'un côté, et l'intestin ou la vessie, de l'autre. Il y a impossibilité de séparer l'ovaire et la trompe des intestins, quand on se sert de la voie vaginale.

M. TERRIER a été étonné, en lisant la communication de M. Bouilly. Toutes les fois qu'il existe une tumeur siégeant soit

dans la trompe, soit dans l'ovaire, soit en arrière de l'utérus, dans le cul-de-sac péritonéal, il faut, pour lui, opérer par la voie abdominale.

Quand ces collections purulentes viennent à s'ouvrir spontanément dans le vagin, il y a production d'une fistule intarissable. Ce fait doit inviter les chirurgiens à ne pas faire des incisions vaginales pour ouvrir les abcès contenus dans la cavité pelvienne.

Chassaignac traitait ainsi les abcès dits péri-utérins. Tantôt des accidents graves apparaissaient après l'opération, tantôt il se produisait une fistule qui ne se fermait pas.

M. Terrier n'ouvre donc jamais par la voie vaginale les collections purulentes situées dans le petit bassin.

Dans la pratique, on se trouve en présence de difficultés opératoires considérables, même quand le ventre est ouvert. On ne peut découvrir parfois le siège de certaines fistules. Que ferait-on par l'incision vaginale?

Plusieurs exemples personnels démontrent que la laparotomie est la seule opération possible.

Le plus ordinairement, on est en présence d'une ovarite suppurée. La pyo-salpingite est plus rare. Il faut, dans tous les cas, pratiquer l'ablation des annexes malades par la laparotomie.

L'incision vaginale ne donne aucun résultat durable.

M. Terrier se déclare incapable de reconnaître qu'il est en présence d'un abcès de l'ovarite ou d'une pyo-salpingite, et non pas d'une pelvi-péritonite suppurée.

M. DESPRÉS. La communication de M. Bouilly marque un temps d'arrêt dans les opérations si souvent pratiquées par la voie abdominale sur les ovaires et les trompes.

M. Després a conservé l'ancienne méthode de ses maîtres. Il ouvre, par la voie vaginale, les collections situées dans la trompe, quand la paroi vaginale est adhérente à la poche purulente, et lorsque l'abcès fait saillie dans le vagin.

M. Després cite plusieurs cas favorables à cette manière de voir. Chez un malade, il lui a suffi de mettre une série de vésicatoires et de pratiquer des injections vaginales chaudes, pour voir disparaître une collection tubaire qui aurait pu être traitée par la laparotomie.

M. Després croit que l'ovarite suppurée est une rareté. Toutes ces affections tubo-ovariennes doivent être traitées par des moyens simples et, au besoin, quand la collection purulente est bien saillante, par l'incision vaginale, M. Després n'a jamais trouvé l'occasion de faire une laparotomie pour une suppuration des annexes.

M. POZZI. Il faut tenir compte de la poche de la pyo-salpingite. Évacuer le pus, c'est important, mais il faut surtout enlever la poche qui, si elle reste dans l'abdomen, se remplira de nouveau de pus et donnera lieu à des accidents.

M. Pozzi ne sait pas faire le diagnostic entre le pyosalpinx adhérent ou non adhérent et l'abcès pelvien. Il faut pratiquer la laparotomie et non pas l'incision vaginale. En effet, si la poche est épaisse et contient plusieurs loges, on laissera, après l'évacuation par la voie vaginale, des lésions qui ne tarderont pas à déterminer les mêmes accidents. Il faudra alors pratiquer la laparotomie dans de mauvaises conditions. L'ouverture des collections purulentes, développées dans le petit bassin par la voie vaginale, ne doit être faite qu'à titre exceptionnel. Quand il y a urgence, on peut faire l'incision vaginale. L'évacuation du pus par cette méthode est infidèle. L'opération n'est pas radicale.

Le plus souvent, il faudra achever la cure chirurgicale en pratiquant la laparotomie qui, seule, peut donner une guérison radicale et définitive.

M. Pozzi croit que l'ovarite suppurée est plus rare que la pyosalpingite. Le plus souvent, on se trouve en présence d'une oophoro-salpingite.

M. Després s'étonne de la rareté des ovarites suppurées. Mais pour établir la fréquence ou la rareté des abcès de l'ovaire, il ne faut pas s'en rapporter aux constatations anatomiques faites sur le cadavre par les anciens. On sait, qu'à une époque peu éloignée de nous, la localisation des suppurations du petit bassin a donné lieu à d'interminables discussions. A l'autopsie, on trouvait du pus dans le petit bassin, mais il était impossible de fixer l'origine de ces suppurations. L'ovaire, la trompe, les intestins étaient réunis en une seule masse qu'il était difficile de dissocier. La laparotomie seule a permis de reconnaître l'origine du pus trouvé dans le petit bassin.

M. LE DENTU a ouvert quelquefois, par la voie vaginale, des collections purulentes qui pointaient dans un des culs-de-sac. La guérison est survenue rapidement et il n'y a pas eu de fistule consécutive.

Dans les cas récents, on peut ouvrir l'abcès avantageusement par la voie vaginale. Quand les accidents sont de date ancienne, il faut pratiquer la laparotomie.

M. ROUTIER rappelle qu'il a ouvert par la voie vaginale une collection développée dans l'ovaire ou la trompe, dans un cas exceptionnel. La température était à 40 degrés et l'état général grave.

M. TERRIER. L'élévation de la température est une indication de la laparotomie dans les cas de salpingo-ovarite.

Dès qu'on constate l'existence du pus dans la cavité pelvienne, il faut faire la laparotomie. Peu importe que le pus soit nouvellement ou anciennement collecté.

M. BOUILLY regrette l'absence de MM. Terrier et Pozzi à la dernière séance de la Société de chirurgie. Ils auraient pu se convaincre que M. Bouilly n'a pas recommandé l'incision vaginale à l'exclusion de la laparotomie. Bien au contraire, M. Bouilly a dit et il répète que la voie vaginale ne doit être employée que dans des cas exceptionnels.

Les conditions qui constituent les indications de l'incision vaginale sont : l'état général mauvais, une température élevée durant plusieurs jours, et enfin l'état local.

Toutes les objections théoriques qui ont été faites, ne peuvent être opposées aux résultats obtenus par l'incision vaginale. M. Bouilly a opéré six fois par la méthode en question et six fois a guéri les malades.

Il est probable que, dans ces cas, il s'agit de salpingite ancienne ayant subi une recrudescence et donnant lieu à une tumeur fluctuante, constituée par une poche remplie d'un liquide bien collecté. La fluctuation est perceptible par le toucher vaginal et par le palper abdominal.

M. Bouilly a pratiqué très souvent la laparotomie. Il ne faut pas qu'on lui fasse dire qu'il est opposé à l'ouverture du ventre pour enlever les annexes de l'utérus. Il répète une dernière fois que, dans certains cas, l'incision vaginale est une méthode simple et facile pour ouvrir certaines collections tubaires.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. KIRMISSON présente un malade auquel il a pratiqué la résection incomplète du coude.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

40. M. Conan. Contribution à l'étude des corps mobiles articulaires du genou. — 41. M. Buisson. Étude sur les hydrocèles doubles. — 42. M. Pierre. Contribution à l'étude des ruptures traumatiques du canal de l'urèthre. — 43. M. Lenoir. Essai de parallèle entre la grippe et la dengue (contribution à l'étude de la récente épidémie d'influenza 1889-1890). — 44. M. Bitot. L'hystérie mâle dans le service de M. le professeur Pitres à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. — 45. M. Chabrely. Contribution à l'étude de l'albuminurie et de la néphrite interstitielle séniles. — 46. M. Audebert. De l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 juillet 1890, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs de Malherbe, Cosserat, Chataigner, Thivet, Dumas, Bouyon, Ducasse, Dumont, Breteau, Pascault, Benoist, Sénique, Blondel, Collette, Bérard et Descongs.

— Par décret, en date du 10 juillet 1890, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Dugé de Bernonville, directeur du service de santé de la marine, à Cherbourg.

Au grade d'officier. — M. Michel, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. Bodet, médecin principal de la marine ; Duplouy, Lidin, Barrême, Arami, Couteaud, médecins de première classe de la marine ; Reynaud, pharmacien principal de la marine.

— MM. les docteurs Vleminckz et Dele viennent d'être élus membres titulaires de l'Académie royale de médecine de Belgique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Raoult-Deslongchamps (Alexandre), médecin principal de première classe en retraite, ancien médecin en chef de l'état-major de Paris, directeur du service de santé du 12e corps d'armée à Limoges, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Amélie-les-Bains, dans sa soixante-quatrième année, le 10 juillet ; de M. Chancerel, professeur à l'École de médecine de Caen ; et de M. le docteur Deguereau (de Paris).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La folie à Paris, étude statistique, clinique et médico-légale, par le docteur Paul GARNIER, médecin en chef de l'infirmerie du Dépôt, préface par J.-C. BARBIER. Paris, 1890, 1 vol. in-18 de 424 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Dépôt de mendicité, l'hospice départemental et l'asile des aliénés de la Charité-sur-Loire, par le docteur Samuel GARNIER. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement employés en gynécologie, à l'usage des praticiens et des étudiants, par le professeur Simon DUPLAY. 1 vol. in-18 de 192 pages, avec 44 figures dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Pathologie et traitement des myomes de l'utérus, par le docteur Émile LAUWERS (de Courtrai). Brochure in-8°. — Prix : 2 francs. — Bruxelles, A. Manceaux.

De l'eczéma, son traitement par les eaux minérales et les moyens thérapeutiques ordinaires, par le docteur PUY-LE-BLANC. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Essai sur la prophylaxie de la tuberculose et la substitution de la chèvre à la génisse comme sujet vaccinifère, par MM. le docteur Georges BERTIN, professeur suppléant à l'École de médecine de Nantes, et Jules PICQ, médecin vétérinaire. Brochure in-8°. — Nantes, imprimerie L. Mellinet et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

73

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

24

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

S^t dép. dét. à Paris, Ph^ie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

43

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

29

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. BOUCHARDAT. »

Paris, ph^ie G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

60

PERLES DU DR CLERTAN

Procédé approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

a. **Perles de Créosote du Dr Clertan.** — 0,05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

b. **Perles de Gaïacol de Clertan.** — 0,05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

c. **Perles d'Iodoforme de Clertan.** — 0,05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 3 fr. 50 le flacon de 30.

d. **Perles de Terpinol de Clertan.** — 0,30 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

Dose : DE 1 A 4 CUILLERÉES A SOUPE DANS UN PEU D'EAU.

Ph^ie VICARIO, 13, boulev. Haussmann, Paris.

41

Véritable ferrugineux assimilable

PEPTONATE DE FER ROBIN

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Seul présenté à l'Académie par BERTHELOT en 1885.

Chloro-anémie, dyspepsie. — 10 à 20 g^ttes p^r repas.

VIN ROBIN, 1 cuillerée par repas.

DRAGÉES ROBIN, 2 à 3 par repas.

GROS : Paris, 7, r. de Jouy. — DÉTAIL : T^tes ph^ies.

69

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

Exiger la source du **Pavillon.**

55

AVIS A MM. LES MÉDECINS

La maison **Pâtre,** à Orléans, fondée en 1840, s'occupe spécialement de la fourniture des médicaments à MM. les Médecins faisant la pharmacie. Elle les livre en qualité irréprochable, aux prix des drogueries de Paris ; les divise au gré du client de manière à lui éviter toute manipulation, les étiquette suivant les indications données, sans autre indication d'origine que sa marque de fabrique (cachet de garantie) et les expédie franco. — Ses laboratoires d'analyse et de fabrication sont à la disposition de MM. les Médecins désirant faire faire des essais. — Prix très modérés. — *Prix courant détaillé sur demande.*

Maison **Pâtre**, à Orléans (Loiret).

23

GRANULES ANTIMONIAUX

DU Dr PAPILLAUD

Médication à base d'arséniate d'antimoine

(0,001 milligr. par GRANULE)

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séances des 8, 15, 22 nov. et 6 déc. 1870).

Médicament prescrit avec succès par le Corps médical depuis plus de vingt années.

Troubles de la circulation, Palpitations, Intermittences, Affections névrosiques et rhumatismales du cœur, Hypertrophie cardiaque, Asthme, Bronchite chronique, Phthisie au début.

DOSE : de 2 à 8 granules par jour.

Dépôt général : Ph^ie GIGON, 7, r. Coq-Héron, Paris et t^tes ph^ies, env. de flacon d'essai à MM. l^s Docteurs.

67

DYSPEPSIES — GASTRALGIES

PEPSINE BOUDAULT

« *En prescrivant simplement : Pepsine, le pharmacien est obligé de ne donner que celle du Codex. Cette pepsine ne doit peptoniser que 20 fois son poids de fibrine, tandis que la* **Pepsine Boudault** *peptonise* **50 fois** *son poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex ne doivent peptoniser que la moitié de leur poids de fibrine, tandis que le **Vin** et l'**Elixir de Pepsine Boudault** peptonisent **deux fois** leur poids de fibrine, soit **quatre fois plus.** »

30

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES.

Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. (Emballage franco.

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

91

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.

EN BAINS : 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

99

L'usage de la VIANDE CRUE est désormais rendu pratique et agréable, pour les malades, par l'emploi du nouveau RECONSTITUANT PHYSIOLOGIQUE

L'OXINE ROUSSEAU

Saccharure de filet de bœuf phosphaté

conservant toutes les propriétés physiologiques de la **viande crue,** et facilement accepté par les malades les plus difficiles.

Envoi d'échantillons à MM. les Médecins.

Paris, rue d'Hauteville, 57, et toutes les Ph^ies.

48

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

20

AIX-LA-CHAPELLE

THERMES SULFUREUX CÉLÈBRES

Bains de bassin, de douche, de vapeur,

indiqués pour tous les **rhumatismes,** la **goutte,** les **affections catarrhales des membranes muqueuses,** la **syphilis** dans toutes ses formes, même invétérées, par exemple dans les **affections du cerveau** et de l'**épine dorsale.**

SÉJOUR AGRÉABLE. — BEAU SITE

PROMENADES DANS LES BOIS VOISINS

EXCURSIONS DANS LES HAUTES FANGES, AU RHIN

42

SIROP POLYPHOSPHATÉ, ÉLIXIR POLYPHOSPHATÉ

VIN LOGEAIS POLYPHOSPHATÉ

aux PHOSPHATES de POTASSE et de SOUDE et à la NOIX de KOLA.

Un verre à liqueur représente 0,70 centigr. de phosphates combinés.

Réparateur des Os, des Muscles, du Sang.

Paris, 37, avenue Marceau, et toutes pharmacies.

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

26

ANTIPYRINE EFFERVESCENTE

LE PERDRIEL

contre **Douleurs, Migraines, Mal de mer,** etc.

L'adjonction de l'**Acide carbonique** *supprime les crampes et nausées* produites par l'emploi du médicament.

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans t^tes Ph^ies. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

N° 81. — MARDI 15 ET JEUDI 17 JUILLET 1890. 63e ANNÉE. MARDI 15 ET JEUDI 17 JUILLET 1890. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La parole est, en ce moment, aux chirurgiens, pour la suite de la discussion sur les accidents chloroformiques; après MM. Le Fort et Verneuil, l'Académie a entendu aujourd'hui MM. Alph. Guérin et Léon Labbé.

Le premier attache une grande importance à l'expérience faite par M. Laborde devant l'Académie, expérience qui, suivant lui, montre bien la cause des accidents du début de la chloroformisation. Pour prévenir ces accidents, produits par une irritation sur la muqueuse nasale, M. Guérin serre le nez du malade, afin qu'il ne respire que par la bouche.

M. Léon Labbé, dans une note claire et concise, a insisté sur les avantages de son procédé d'anesthésie dont M. Marcel Baudoin a donné récemment la description dans la *Gazette des hôpitaux* (1890, p. 593 et 621).

Grâce à cette Revue, nos lecteurs ont pu juger la méthode des doses petites et continues qui tend à se généraliser.

Nous signalerons une lecture de M. Boucheron sur les ophthalmies sympathiques et la névrotomie optico-ciliaire, et la suite de l'important travail de M. Lagneau sur les causes de la dépopulation de la France. M. Javal n'a pas attendu la fin de ce travail pour proposer à l'Académie la conclusion suivante :

« L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur les conclusions du mémoire de M. Lagneau, d'après lesquelles l'arrêt d'accroissement de la population reconnaît pour cause principale la diminution volontaire de la natività, diminution causée uniquement par la situation faite aux familles nombreuses par les lois civiles, fiscales et militaires. »

Cette conclusion sera soumise au vote de l'Académie, et la question soulevée par M. Lagneau envoyée à l'examen d'une commission chargée de faire un rapport.

L'Académie a élu deux membres associés nationaux : MM. Marchand (de Fécamp) et Loir (de Lyon).

A l'occasion de notre dernière Revue générale, M. le docteur E. Bouchut nous prie de rappeler que c'est à partir de son travail, couronné du prix Monthyon à la Faculté et publié par la *Gazette médicale* en 1844, que l'idée d'attribuer la phlegmatia à *la coagulation du sang veineux des membres* est entrée dans la science.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Hernie étranglée.

(Observation recueillie par M. DAMOURETTE, interne du service.)

La nommée Rosine D..., âgée de quarante-cinq ans, employée, est entrée, le 23 avril 1890, à l'hôpital de la Charité, où elle a été admise d'urgence.

Cette femme portait, depuis cinq ans, une double hernie crurale, qu'elle maintenait à l'aide d'un bandage. Il y a un mois le bandage s'étant rompu à gauche, la malade le raccommoda elle-même tant bien que mal; mais il ne contenait plus bien la hernie.

Le dimanche 20 avril, la femme D... a passé la journée à Neuilly, chez des amis; mais elle a très peu mangé, à cause d'une fluxion dentaire qui la faisait souffrir depuis cinq jours.

Le soir pendant le diner, elle est prise tout à coup de vives coliques, de nausées, et même de vomissements alimentaires. Elle souffre beaucoup en revenant chez elle, et, à peine rentrée, elle est prise de nouveau de vomissements. Un médecin, appelé en toute hâte, croit à un embarras gastrique et lui donne un purgatif inopportun.

Le 21 avril, les vomissements continuent. D'abord alimentaires, ils deviennent fécaloïdes et se répètent un grand nombre de fois dans la journée.

Le 22 avril, aux vomissements s'ajoute le hoquet. La malade s'aperçoit alors qu'il existe une petite tumeur dans l'aine gauche à laquelle le médecin n'avait point fait attention.

Le 23 avril, les douleurs deviennent intolérables. On appelle de nouveau le médecin qui, après quelques tentatives de taxis, conseille à la malade d'entrer à l'hôpital. Celle-ci n'a rendu ni matières ni gaz depuis trois jours.

L'état général est en rapport avec la longue durée des accidents. La malade est pâle. Le facies est amaigri et grippé, les yeux excavés, la langue blanche et sèche, le pouls fréquent. Température 38°6.

Le ventre est douloureux et ballonné. Les anses intestinales commencent à se dessiner au-dessous de la paroi abdominale et paraissent déjà accolées les unes aux autres. Il y a certainement un commencement de péritonite adhésive. Les vomissements fécaloïdes sont continuels.

Parallèlement à l'arcade de Fallope, existe une petite tumeur allongée transversalement, ayant le volume d'un œuf de pigeon.

Cette tumeur est marronnée, dure, absolument irréductible, très douloureuse à la pression, mate à la percussion. La peau, au niveau de la tumeur, a conservé sa coloration normale.

M. Després, appelé à huit heures du soir, vient aussitôt et diagnostique une entéro-épiplocèle crurale étranglée et un début de péritonite. Il pratique sur-le-champ l'opération. Le sac, très épais, renferme de l'épiploon et une anse intestinale qui est très congestionnée et très serrée au pédicule. Après lavage à l'eau chaude, M. Després débride en dedans au niveau du ligament de Gimbernat et fait la réduction. Après nouveau lavage de l'intestin à l'eau chaude, il lie le pédicule de l'épiploon et résèque la partie exubérante.

On panse avec un linge cératé recouvert de charpie trempée dans de l'alcool camphré et on maintient le tout à l'aide du triangle inguinal. En même temps, un large vésicatoire est appliqué sur l'abdomen et on donne à la malade deux pilules d'opium. Diète absolue.

Le 24, la malade n'a pas dormi; mais elle n'a eu ni vomissements ni nausées. Elle a eu des douleurs abdominales très vives en rendant quelques gaz. Le facies est bon. La température 38°2. Cataplasmes sur l'abdomen. Eau sucrée pour toute nourriture. Le soir, le vésicatoire est enlevé. Température 38°6. Deux pilules d'opium pour la nuit.

Le 25 avril, la malade n'a pas dormi. Elle continue à rendre des gaz par l'anus. Pas de vomissements ni de nausées. Température 38°8. Le soir, bon état général. Température 38 degrés. Deux pilules d'opium pour la nuit.

Le 26, la malade n'a pas encore dormi. On supprime les pilules d'opium. La plaie a très bon aspect. Température 37°2. Le soir ventre distendu, mais peu douloureux. Température 37 degrés. Depuis ce jour la température ne dépasse pas 37 degrés.

Le 27, on donne à la malade un laxatif à l'huile d'amandes douces et du bouillon aux herbes. Bon état général. Le soir, même état. Le laxatif est resté sans effet.

Le 28, la malade demande à manger. On lui permet de prendre du potage.

Les 29 et 30, rien de nouveau.

Le 1er mai, la malade demande à prendre du café au lait le matin. Elle a dormi pour la première fois.

Les 2 et 3, rien de particulier.

Le 4, la malade a été à la selle pour la première fois depuis l'opération. Langue bonne. Très bon état général. On supprime les cataplasmes.

Le 6, le ventre est souple. Réunion partielle de la plaie par seconde intention. Chute de la ligature de l'épiploon.

Le 9, la malade se plaint de coliques sourdes dans le bas ventre. M. Desprès donne un purgatif à l'huile de ricin. Le soir, selle abondante pour la seconde fois.

Le 10, la malade se lève une bonne partie de la journée. On lui permet de manger de tout. La plaie continue toujours à bourgeonner. M. Després la cautérise tous les matins au nitrate d'argent.

Le 13 mai (vingt jours après l'opération), la cicatrisation de la plaie est complète. La malade est guérie. On lui recommande de porter régulièrement un bandage qu'on lui délivre.

L'intérêt de cette observation est tout entier dans le fait de l'absence de rétablissement des selles avant le onzième jour après l'opération. Dans les cas ordinaires, quand le cinquième jour les selles ne sont pas rétablies, disait M. Després, il faut administrer un purgatif. Dans le cas présent, c'eût été une imprudence; car l'étranglement de la hernie crurale datait de trois jours, l'intestin avait été contusionné par des tentatives de taxis et il y avait, en outre, au moment de l'opération, des signes de péritonite, pour rien au monde il ne fallait provoquer des contractions intestinales. Du moment où la malade rendait des gaz, il n'y avait pas lieu de se presser, l'événement l'a prouvé.

La malade, du reste, ne prenait que des boissons, de l'eau sucrée. C'était encore une garantie. Au reste, M. Després, depuis longtemps, traite les opérés de hernie par la diète absolue, deux ou trois jours s'il le faut.

L'application du vésicatoire sur le ventre, immédiatement après l'opération, suivant la méthode de M. Després, a eu son incontestable utilité.

THÉRAPEUTIQUE

Le salol en émulsion.

Le lavage de l'estomac avec des solutions bicarbonatées sodiques, boriquées ou phéniquées au millième, a été employé dans les cas d'ulcères de l'estomac; mais l'introduction du tube n'est pas toujours facile. Peut-être pourrait-on y suppléer avantageusement par l'administration à l'intérieur du salol, corps non toxique, sous forme d'émulsion que l'on avalerait pure ou dans du lait.

M. Jouisse, pharmacien à Orléans, propose la formule suivante :

Salol	4 grammes.
Gomme arabique.	4 —
— adragante.	20 centigr.
Teinture de tolu.	10 grammes.
Sirop simple ou de tolu	30 —
Eau distillée.	q. s.

Il faut d'abord mélanger la teinture de tolu avec l'eau, puis, après précipitation partielle, passer à travers un linge et émulsionner.

On peut remplacer le sirop simple de tolu par les sirops aromatiques; fleur d'oranger, extrait d'oranges amères, etc.

Chaque cuillerée à bouche renferme 50 centigrammes de salol; le médecin peut augmenter la dose. (*Gazette médicale de Liège.*)

Traitement pour rendre moins apparentes les cicatrices des pustules de variole.

M. Bertrand (de Brest) a fait connaître le procédé qu'il préconise pour prévenir ou rendre moins apparentes les cicatrices de la variole.

M. Bertrand se sert d'acide borique incorporé à la glycérine, dans la proportion de 4 grammes pour 50. Ce glycérolé est appliqué au pinceau dès que l'éruption est effectuée, soit sur la face, soit dans le pharynx. Les yeux sont lavés avec une solution saturée, aqueuse et tiède, d'acide borique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juillet 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

RAPPORT

Eaux minérales. — **M. Constantin Paul** lit un rapport sur les eaux minérales, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

LECTURE

Ophthalmie sympathique; névrotomie optico-ciliaire. — **M. Boucheron** rappelle qu'il paraît établi que, dans l'ophthalmie sympathique récente, les microbes pénétrant par la plaie d'entrée se propagent par le nerf optique surtout, et vont atteindre l'autre œil, pour y développer des accidents sympathiques. A cette ophthalmie récente ou relativement récente, sont réservées l'énucléation ou les médications microbicides actives dans l'œil blessé.

Dans l'ophthalmie sympathique ancienne, survenant après une blessure oculaire, le mécanisme de l'ophthalmie sympathique

est autre ; il procède, comme on le supposait autrefois, d'un état pathologique des nerfs ciliaires. Tout récemment, dans un fait d'ophthalmie sympathique après une blessure par grains de plomb, datant de vingt ans, M. Boucheron a constaté une névrite des nerfs ciliaires, névrite partielle. Dans les névrites ciliaires, le cylindre axe est mis à nu par la disparition partielle de sa gaine isolante de myéline. Il subit, par les points dénudés, l'excitation pathologique et la transmet jusqu'à l'autre œil, pour en troubler le fonctionnement de différentes manières.

Dans les cas où le nerf ciliaire, et peut-être le nerf optique, est l'agent de la transmission de l'irritation morbide, — les migrations microbiennes exceptées, — il est indiqué de procéder à la section ou à la résection de ces nerfs ciliaires et optique en arrière du globe oculaire. Il n'y a pas lieu de s'arrêter à l'idée, que ces nerfs ciliaires puissent se régénérer ; car, s'ils se régénèrent dans la cicatrice, la distance est si grande, les obstacles si insurmontables, qu'il est invraisemblable qu'ils puissent de là cheminer, à travers le sclérotique, jusqu'aux corps ciliaires.

Un nerf inédit, le nerf ciliaire superficiel, dont l'auteur a donné la description, au dernier Congrès d'ophthalmologie, provenant du pourtour de l'orbite, supplée le nerf ciliaire profond coupé, et fournit à la cornée une sensibilité récurrente, qui maintient sa vitalité et assure le succès de l'opération de la névrotomie optico-ciliaire.

Le procédé opératoire, décrit par M. Boucheron en 1876, consiste dans la section des nerfs optique et ciliaires, et des artères ciliaires, avec des ciseaux courbes, glissés derrière l'hémisphère postérieur de l'œil, par une boutonnière pratiquée dans la conjonctive et la capsule de Tenon (avec ou sans ténotomie d'un muscle droit). L'hémisphère postérieur est ensuite retourné en avant, pour faciliter la section de toutes les parties adhérentes encore au pôle postérieur.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres associés nationaux : MM. Marchand (de Fécamp) et Loir (de Lyon) sont élus, l'un par 47 voix sur 49 votants, l'autre par 38 voix sur 46 votants.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES ACCIDENTS CHLOROFORMIQUES

M. ALPH. GUÉRIN a administré le chloroforme à des milliers de malades, et il a eu le bonheur de n'en voir mourir aucun. Il n'en tire pas vanité, car, avec M. Le Fort, il croit que, dans nombre de cas, on ne sait pas pourquoi le sujet succombe. Les chirurgiens doivent demander aux physiologistes de les renseigner, s'ils le peuvent, sur ces causes. Ceux-ci auraient tort, toutefois, de croire que leur tâche est accomplie : eux non plus ne sont jamais sûrs d'endormir un animal sans le faire périr. Les contradictions que M. Laborde a rencontrées tiennent sans doute à l'exagération qu'il a donnée à sa parole. Les expériences de laboratoire servent à établir des vérités incontestables, mais on ne saurait prétendre que la clinique ne peut arriver au même résultat.

Contrairement à M. Verneuil, M. Guérin admet que l'expérience de M. Laborde a une valeur réelle. Mais il ne pense pas qu'il faille l'expliquer par une simple irritation des nerfs nasaux.

Faut-il admettre toujours un arrêt primitif du cœur? Les réflexes nasaux sont bien connus aujourd'hui : on sait depuis quelques années qu'une certaine forme de rhinite cause des phénomènes de spasme de la glotte simulant des accès d'asthme. Et cependant on n'observe pas dans ces conditions l'arrêt du cœur. D'autre part, pourquoi le cœur n'est-il pas troublé chez le priseur, tandis qu'il l'est chez le fumeur?

M. Guérin pense donc qu'il faut étudier à nouveau la physiologie de ces réflexes naso-pharyngiens. Si le mécanisme de ces réflexes est obscur, c'est néanmoins par eux qu'il faut expliquer les syncopes mortelles du début de la chloroformisation. Aussi, M. Guérin a-t-il soin, depuis quelques années, de pincer le nez du malade avec la main qui tient la compresse, en sorte que l'inspiration ne peut se faire que par la bouche. Une fois seulement l'anesthésie obtenue il rend la liberté nasale.

Il n'insiste pas sur l'action toxique qui survient ensuite. Il confirme l'opinion de M. François-Franck sur le danger dans les cas où le myocarde est affaibli. Mais sur les animaux on produit des lésions traumatiques qui ne ressemblent que de loin aux cardiopathies spontanées de l'homme. Il croit, comme tous les chirurgiens, qu'il faut éviter toute intervention avant l'anesthésie complète.

En somme, dit-il en terminant, que les chirurgiens les plus prudents se rassurent, car la mortalité moyenne n'est que de 1 sur 5000.

M. LÉON LABBÉ dit que, dans la question de l'administration du chloroforme, on peut et on doit tenir compte des expériences des physiologistes.

Cependant, quand il s'agit de l'homme, c'est à la clinique que doit revenir la première place, puisque l'homme ne réagit pas comme l'animal, d'une façon générale, à plus forte raison lorsqu'il s'agit, d'un côté d'un animal sain, et de l'autre d'un homme plus ou moins malade. Les chirurgiens doivent être parfaitement d'accord avec les physiologistes sur ce point, établi d'ailleurs depuis longtemps par les cliniciens, que les accidents dus au chloroforme se rattachent à deux grands mécanismes :

1° Accidents d'ordre réflexe ou accidents du début ;

2° Accidents d'ntoxication, pendant le cours ou à la fin de la chloroformisation.

Sans entrer plus longuement daus la discussion de vérités qui ne font plus de doute pour personne, M. Labbé désire appeler l'attention de l'Académie sur les moyens qu'il croit être les plus efficaces pour prévenir, et, s'il y a lieu, pour combattre ces redoutables accidents. Il rappelle que, dans la discussion qui a eu lieu, en 1882, il proclamait déjà, d'une façon très nette, les préceptes qu'il a eu l'occasion d'appliquer toujours, depuis cette époque, et qui ont été acceptés et appliqués par un grand nombre de chloroformisateurs (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1882 ; 1890, pp. 593, 621).

Depuis lors, la méthode de M. Labbé a été reprise par un certain nombre de chirurgiens en France, et récemment à l'étranger.

Grâce à elle, on évite d'abord les accidents d'ordre réflexe qui surviennent au début de la chloroformisation et qui, il faut bien en convenir, sont les plus redoutables, parce que, plus que tous les autres, ils peuvent déjouer la sagacité du chloroformisateur. On doit, au début d'une chloroformisation, n'ayant pas de critérium certain pour apprécier la plus ou moins grande impressionnabilité du patient, agir comme si on avait sous les yeux le type le plus défavorable.

L'observation démontre que si, pénétré de cette idée, l'on place à l'entrée des voies respiratoires, sans surprendre le malade, une compresse chargée seulement de quelques gouttes de chloroforme, les phénomènes réflexes sur lesquels insistent, avec tant de raison, les physiologistes, ne s'observent pas. On n'assiste pas à ces syncopes cardiaques et cardio-respiratoires du début de l'anesthésie.

C'est avec ces doses minimes d'anesthésique que la chloroformisation doit être continuée pendant tout le temps de sa durée.

En agissant ainsi, on arrive, d'une façon pratique, simple et à la portée de tous les médecins, si peu expérimentés qu'ils soient, à réaliser autant que possible, les conditions de la méthode dite des mélanges titrés, qui est certainement l'idéal de la chloroformisation, mais qui, dans l'état actuel, est inapplicable d'une façon courante, étant donné le volume et la complication des appareils nécessaires.

Il est démontré, et on peut le constater tous les jours, que la dose de 15 à 20 grammes par heure, au maximum, suffit pour une chloroformisation complète.

Dans ces conditions, on se rend facilement compte que la quantité de chloroforme absorbée, par rapport à la quantité d'air inspiré, est dans une proportion minime.

On ne doit jamais prendre l'instrument avant l'anesthésie com-

plète, caractérisée non seulement par la résolution musculaire et l'insensibilité de la peau, mais encore par le rétrécissement total de la pupille, et la disparition complète du réflexe oculaire.

Quant aux accidents que l'on observe à la période d'intoxication, si les règles précises, rigoureuses de l'administration du chloroforme par cette méthode sont suivies, on a les plus grandes chances de les éviter, puisqu'on est certain de n'accumuler jamais dans le sang que des doses très faibles de l'agent anesthésique.

Du reste, de nombreuses observations de malades endormis, une première fois par la méthode des doses massives, et une seconde fois par la méthode des doses petites et continues, démontrent, de la façon la plus nette, la supériorité de la seconde manière de faire; depuis huit ans, sur mille opérations pratiquées en ville avec des aides expérimentés, M. Labbé n'a jamais eu qu'un seul accident, et encore ce n'était qu'une alerte.

Pour ce qui concerne l'application des méthodes mixtes, association au chloroforme de la morphine et de l'atropine, il pense qu'elles sont, au moins, inutiles.

Quoi qu'il en soit, si des accidents surviennent, comment faut-il les combattre ?

Les accidents que l'on peut observer sont de deux ordres : cardiaques et respiratoires.

Mais les grands accidents, qui accompagnent parfois la chloroformisation, revêtent toujours un caractère d'instantanéité tellement foudroyant, qu'en réalité le chirurgien est souvent dans l'impossibilité de faire le départ exact entre les uns et les autres.

Ce qu'il doit savoir, c'est qu'il faut agir à l'instant même, sans perdre une seconde, et que deux grands moyens, qu'il doit combiner selon les cas, sont à sa dispostion, ce sont : l'inversion du corps et la respiration artificielle.

La respiration artificielle, c'est là le moyen par excellence, mais à la condition d'avoir en elle une confiance illimitée.

Malheureusement, et malgré toutes les précautions, des accidents graves, imprévus, peuvent parfois survenir, et le chirurgien qui affirmerait qu'il est absolument certain de voir, à tout jamais, ses malades échapper aux accidents mortels de l'anesthésie, outrepasserait les limites de la vérité.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 juillet 1890. — Présidence de M. Hardy.

COMMUNICATIONS

Lymphangiectasie gommeuse de nature probablement tuberculeuse. — MM. HALLOPEAU et GOUPIL. Le malade présente sur le membre inférieur gauche un grand nombre de nodosités intradermiques ou sous-cutanées, confluentes autour du cou du pied, disséminées à la cuisse sur le trajet des lymphatiques; la plupart sont ulcérées et donnent issue, soit à du pus, soit à un liquide citrin qui a toutes les apparences de la lymphe; d'autres sont dures ou en voie de ramollissement; les ganglions inguinaux sont tuméfiés; les extrémités inférieures des os de la jambe paraissent augmentées de volume. Ce fait présente beaucoup d'analogie avec ceux dont les moulages ont été déposés au Musée par MM. Lailler et Besnier, sous le nom de varices lymphatiques et la disposition en bourrelet saillant d'une partie des tumeurs donne bien l'idée d'une altération de cette nature. Il en diffère en ce que ce n'est pas la dilatation, mais bien une inflammation des lymphatiques qui paraît constituer l'altération primordiale et prédominante. Les caractères des tumeurs qui, d'abord dures et résistantes, se ramollissent ensuite pour s'ulcérer; leur disposition en chapelet, sur le trajet des lymphatiques et leur développement en série ascendante, les rapprochent beaucoup des cas de lymphangites tuberculeuses, dont les pièces ont été moulées d'après des malades de M. Merklen et de l'un des auteurs, en même temps qu'ils les distinguent de la plupart des cas de varices lymphatiques qui ont été publiés.

On ne trouve, en effet, nulle part chez ce malade les vésicules transparentes augmentant par la station debout et s'affaissant complètement sous la pression des doigts pour reprendre, en quelques instants, leur volume précédent qui sont signalées dans ces observations. La tuméfaction des extrémités osseuses et la confluence à leur périphérie des tumeurs suppurées conduisent à les considérer comme le point de départ des altérations. Il s'agit, sans aucun doute, d'une maladie infectieuse. L'hypothèse d'une septicémie circonscrite consécutive à l'ulcération des lymphatiques dilatés est bien peu vraisemblable. On ne connaît pas de tumeurs gommeuses de pareille origine. Ces néoplasies s'observent dans la syphilis, le farcin et la tuberculose. Les caractères objectifs des lésions permettent d'éliminer la syphilis.

Les inoculations du pus exsudé à des cobayes n'ont donné que des résultats négatifs au point de vue du farcin.

L'hypothèse d'une tuberculose locale qui aurait pour point de départ les os du cou de pied est donc la plus vraisemblable. Les auteurs communiqueront ultérieurement les résultats des recherches qu'ils ont entreprises dans cette direction. S'ils étaient négatifs, il faudrait admettre l'intervention d'un agent non encore déterminé.

Résultats de l'autopsie de 27 enfants ou fœtus hérédo-syphilitiques. — M. BARTHÉLEMY a pratiqué l'autopsie de 27 enfants hérédo-syphilitiques mort-nés, ou morts peu de temps après leur naissance. Ces études ont été faites dans le service de M. Porak, à Saint-Louis.

D'une façon générale, les lésions trouvées étaient insuffisantes pour expliquer la mort, et l'on est obligé d'admettre une sorte d'infection, d'imprégnation générale semblable à celle qui tue, sans lésion apparente, les enfants des femmes enceintes atteintes de variole.

5 fois il y avait des gommes du foie; plusieurs fois, en même temps, des gommes des os; 1 fois des gommes du thymus; 5 fois les lésions étaient celles du foie silex. Dans 3 cas, il y avait des gommes miliaires, semblables à celles qu'a décrites M. Hutinel.

Ces lésions, cependant, ne paraissaient pas suffisantes pour expliquer la mort. Dans 14 cas, il n'y avait absolument rien d'appréciable dans les divers organes. La rate n'a paru augmentée de volume que lorsque la procréation avait eu lieu, les parents étant en pleine période de syphilis.

Le placenta ne présentait que des lésions banales; le cordon était perméable. Il y aura lieu de rechercher dans des autopsies ultérieures, si les vaisseaux du cordon étaient malades.

Une 28e autopsie, faite sur un enfant mort dix jours après sa naissance, de dépérissement progressif, a été également négative.

Prurit, urticaire, compression. — M. JACQUET. Un homme de quarante ans était pris chaque soir, en se couchant, de vives démangeaisons; ces démangeaisons augmentaient encore au lit. Sous l'influence du grattage, apparaissaient des stries et des plaques d'urticaire. On produisait facilement le phénomène de la dermographie, c'est-à-dire qu'une ligne tracée à l'aide de l'ongle ou d'une pointe mousse donnait lieu rapidement à un soulèvement papuleux de la peau, allongé dans la direction même de la ligne tracée. Les démangeaisons précédaient l'urticaire, qui ne naissait que sous l'influence du grattage : pas de grattage dans ce cas, pas d'urticaire. Prévenu par l'observation de faits analogues, je lui appliquai un bandage ouaté au thorax, et sous cette influence, les démangeaisons cessèrent ainsi que l'urticaire.

Dans un second cas, il s'agissait d'une femme de quarante ans, atteinte d'un kyste hydatique du foie et soignée dans le service de M. Debove. Sous l'influence d'une ponction, il se développa un prurit très intense, suivi de l'apparition de papules et de plaques ortiées. Une nouvelle ponction ayant été faite quelque temps après, le retour du prurit fut prévenu par l'application préalable d'un pansement ouaté sur le tronc.

L'enveloppement ouaté semble donc mettre à l'abri de ces manifestations; la peau se trouve soustraite au contact de l'air; mais, chose plus importante encore, elle se trouve soustraite au grattage. L'irritation, le traumatisme extérieurs manquant, l'urticaire ne se montre pas.

M. HARDY. Cependant il y a bien des personnes qui, le soir en se déshabillant, sous l'influence du contact de l'air, éprouvent de la démangeaison. Elles sont soulagées par le grattage — il n'en résulte pas, naturellement, que le grattage soit un procédé de traitement du prurit.

Transmission de la syphilis à une époque éloignée de l'accident primitif. — M. MAURIAC rapporte une observation dans laquelle un mari a donné la syphilis à sa femme quatre ans et neuf mois après qu'il avait lui-même contracté un chancre. Ce malade suivit pendant trois ans un traitement par le mercure et l'iodure de potassium qu'il faisait avec une régularité minutieuse. Il s'informait toujours anxieusement de l'époque à laquelle il lui serait permis de se marier sans crainte de contagion pour sa femme. M. Mauriac n'ayant pas vu à cet homme d'accident syphilitique depuis longtemps, et prenant en considération le traitement régulièrement suivi, l'autorisa à se marier quatre ans et demi après l'apparition de l'accident primitif. Quatre mois après, il lui amenait sa femme qui présentait une roséole maculeuse évidente, des lésions du cuir chevelu et des plaques muqueuses des grandes lèvres. En avant du périnée se trouvait la cicatrice du chancre. Le client de M. Mauriac lui déclara alors qu'il était marié à l'époque de la survenue de son chancre et qu'il n'avait pas osé le lui avouer.

La seule lésion que l'on pouvait relever chez lui consistait en de minuscules érosions, des exulcérations punctiformes du scrotum. Depuis longtemps cet homme avait été examiné à plusieurs reprises sans présenter aucune lésion attribuable à la syphilis, et ces érosions si minimes du scrotum pouvaient difficilement être considérées comme syphilitiques. Elles étaient cependant, sans doute, le point de départ de l'inoculation périnéale.

C'est un fait intéressant que la transmission de la syphilis du mari à la femme dans des conditions semblables. Des faits analogues se rencontrent alors que, comme ici, la femme est au dessus de tout soupçon. Ils montrent bien combien la question est difficile et quelle doit être la circonspection du médecin lorsqu'un syphilitique lui demande à quelle époque il pourra se marier sans crainte d'infection pour sa future femme.

M. HARDY. Les cas semblables à celui que vient de rapporter M. Mauriac sont moins rares qu'on ne croit. Le médecin consulté se trouve dans un grand embarras pour répondre et il assume une grande responsabilité.

M. FOURNIER. M. Landouzy, au Congrès international de dermatologie, a cité déjà des faits de cet ordre. Pour sa part, M. Fournier a vu un mari, porteur de minuscules érosions de la bouche, donner à sa femme un chancre labial. Il va sans dire que la vertu de la femme ne pouvait nullement être soupçonnée.

La syphilis peut donc être transmissible à une époque reculée qui peut aller jusqu'à dix et quinze ans. Du reste, on voit quelquefois, au bout d'un laps de temps considérable, alors qu'on ne devrait attendre que des manifestations tertiaires, se produire des lésions qui ont toutes les apparences de lésions secondaires : ainsi des plaques muqueuses, des glossites érosives, du psoriasis palmaire, des balanites érosives. On voit même des érythèmes, qui ont toutes les apparences de la roséole.

M. HARDY. La contagion se comprend facilement lorsqu'il y a des lésions semblables aux lésions habituelles de la période secondaire. Il n'en est plus de même lorsque le mari syphilitique ne présente plus, au moment de l'examen, aucune espèce de lésion appréciable.

M. MAURIAC. Je connais des faits du même ordre. Un syphilitique se marie au bout de neuf ans de syphilis; avant son mariage je l'avais examiné; il n'avait rien. Deux mois après le mariage sa femme avait la syphilis; le mari examiné alors ne présentait toujours aucune espèce de manifestation spécifique appréciable. Le mode de la contagion est donc demeuré inconnu. Un vieillard contracte la syphilis. Il reste pendant cinq ans sans avoir de rapports avec sa femme, également vieille du reste. Au bout de ce temps, ces vieux époux se relâchent de cette abstinence, et la femme contracte une syphilis grave.

M. LAILLER fait remarquer que ces accidents superficiels tardifs résistent à tous les traitements.

M. FOURNIER. On ne peut guère admettre une contagion sans lésion. Ce serait là une doctrine dangereuse dont ne manqueraient pas de s'emparer les adversaires de la surveillance de la prostitution; ils pourraient dire avec apparence de raison que l'examen des femmes publiques est absolument inutile. Ce qu'il y a de plus vraisemblable c'est qu'il existe des lésions minimes, superficielles. Exemple : un médecin contracte dans l'exercice de sa profession un chancre de la lèvre. Il s'observe avec le plus grand soin, et avertit sa femme du danger qu'elle court. Cependant celle-ci est atteinte d'un chancre labial. Son mari ne présentait alors sur la lèvre qu'une érosion tout à fait minime.

M. HARDY. Ce qui rend l'examen plus difficile encore et négatif le résultat de la confrontation, c'est que ces lésions superficielles ont disparu, au moment où apparaît le chancre de la personne contagionnée.

Tabes aigu d'origine syphilitique. — M. RENAUD (de Paris) rapporte une très intéressante observation d'accidents médullaires et bulbaires attribuables à la syphilis. Le malade avait contracté un chancre induré douze ans auparavant. Depuis, il avait présenté des accidents cutanés graves, des syphilides ulcéreuses généralisées, des lésions destructives des os du nez. En août 1889, il fut pris d'une paraplégie qui dvient complète en trois jours. Il y avait abolition complète de la sensibilité et de la motilité dans les membres inférieurs. Il survint ensuite de la paralysie du releveur de la paupière supérieure gauche et des troubles trophiques des mains et des pieds consistant dans des éruptions bulleuses. A plusieurs reprises, le malade fut pris d'accidents brusques et redoutables, de palpitations et de dyspnée. Pendant ces crises, la vie était certainement menacée.

Un traitement énergique par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium fut institué. Il se fit une amélioration progressive, et, au bout de deux mois et demi environ, la guérison était complète. Le malade peut faire une lieue à pied. L'existence du ptosis, des crises de dyspnée et de palpitations ne sont-elles pas en faveur de l'origine syphilitique de la maladie? Il y avait là des lésions étendues à la fois médullaires et bulbaires. Ne peut-on pas à l'aide de certains indices de ce genre, soupçonner l'origine spécifique de certaines myélopathies.

M. MAURIAC a vu des crises de dyspnée et de palpitations se montrer dans un cas de myélopathie syphilitique.

Chancre syphilitique herpétiforme de la lèvre inférieure. — M. GÉMY rapporte la curieuse observation d'un chancre syphilitique qui avait revêtu tout à fait l'aspect d'une simple lésion herpétique. L'erreur de diagnostic était presque inévitable. A la lèvre, les lésions de ce genre sont particulièrement rares; il n'en est pas de même sur la verge, au pourtour du gland et au prépuce.

Contribution à l'étude du pseudo-chancre induré des anciens syphilitiques. — M. DU CASTEL. On sait que chez les anciens syphilitiques, les lésions ulcéreuses qui surviennent au voisinage du point où a siégé le chancre induré s'indurent volontiers, de façon à présenter précisément l'aspect d'un chancre infectant. Si l'on connaît l'existence d'une syphilis antérieure bien nette, on peut penser à la survenue d'une nouvelle syphilis, à une réinfection syphilitique. On sait que la réinfection a été admise par M. Diday. Ricord a démontré qu'il s'agissait dans ces conditions d'une induration simulant le chancre et non d'un chancre vrai. M. Du Castel rapporte plusieurs cas intéressants de ces pseudo-chancres chez des syphilitiques.

Dans deux cas, il s'agissait de deux hommes, anciens syphilitiques, qui, après une longue continence, s'étaient livrés à des excès de coït. Au bout de quelques jours, ils présentaient à la verge des ulcérations indurées tout à fait chancriformes; mais il n'y avait pas d'adénopathie, et il n'y eut pas d'éruption roséolique.

Deux autres malades portaient un chancre mou à base indurée. L'auto-inoculation fut positive. L'un de ces malades présentait une périonyxis, l'autre une croûte de rupia. Il s'agissait donc d'une induration survenue autour d'un chancre mou, chez d'anciens syphilitiques, de façon à lui donner les apparences d'un chancre mixte. Dans le traité de M. Mauriac se trouve une observation analogue.

Un autre malade avait des névralgies de la verge des plus intenses, des plus pénibles. De temps à autre, il survenait des éruptions herpétiques. Il se fit, autour de certaines de ces lésions d'herpès névralgique, une induration manifeste. Il s'agissait là encore d'un ancien syphilitique.

Il y a là des faits de plusieurs ordres : 1° l'ulcération se reproduit au niveau d'un ancien chancre sous l'influence d'un véritable traumatisme, d'un coït excessif; 2° des chancrelles situées au niveau de l'ancien chancre s'indurent; 3° l'induration porte sur des plaques d'herpès névralgiques. L'induration peut donc accompagner, dans ces conditions, des lésions dissemblables ainsi que l'ont vu, du reste, divers auteurs.

Ataxie locomotrice d'origine syphilitique guérie par le traitement. — M. GAUCHER. Cette observation est très intéressante et très importante. Un homme de vingt-sept ans se présente à la consultation de l'hôpital Necker, le 19 avril 1883. Il présente des symptômes manifestes d'ataxie locomotrice avec abolition des réflexes rotuliens, douleurs lancinantes, diplopie. Pas de crises viscérales. M. Gaucher prescrit des frictions mercurielles, et l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes. Il se fit rapidement une grande amélioration. En juin, la guérison était complète; les réflexes rotuliens étaient revenus.

La séance est levée. A. M.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 juillet 1890, ont été promus au grade d'officier de la Légion d'honneur :

MM. les docteurs de Villiers, médecin en chef honoraire de la Compagnie des chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée; Gillet de Grandmont, médecin oculiste consultant des maisons d'éducation de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 12 juillet 1890, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Emery-Desbrousses, médecin principal de première classe.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Bablon, Richon, Fournier, Bouchez, Feuvrier.

MM. les médecins-majors de première classe Bucquoy et Caillard.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Bodros, Vidal, Gorsse, Duchène, Juloux, Fournier, Gobillot, Gouell, Mareschal, Cluzant, Antony, Jacquin, Eude, Barthé.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Pommay, Guichet, Pongis, Arnold.

— Par décret, en date du 12 juillet 1890, MM. les docteurs Barbier (de Luzarches) et Zeller (de Remiremont) ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 12 juillet 1890, M. le docteur Ménard médecin-major de première classe de l'armée territoriale, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 12 juillet 1890, M. le docteur Obissier, médecin du ministère des travaux publics, et M. Joulie, pharmacien de la Maison municipale de santé, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1890, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Armaignac (de Bordeaux); Astier, publiciste; Baudin (de Nantua); Bouyer (d'Angoulême); Badour, sous-directeur du Val-de-Grâce; Dezanneau (d'Angers); Heydenreich (de Nancy); Linarès, médecin-major de première classe; Macqret (de Paris); Mollien (d'Amiens); Moniez (de Lille); Sandras (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Barbézieux, Mme Bertillon, Blayac, Bonnets, Boussi, Demontporcellet, Dignat, Dutremblay, Filhol, de Finance, Fouque, Fournier (Henri-Charles), Hudelo, de Langenhagen, Meuriot, Monnet, Pfeiffer, Pinel, Planès, Rueff, Sée (Lazare), Tillot, Tissier et Wickham (de Paris).

MM. les docteurs Ayasse (de Gap); d'Argent (de Brinon-sur-Sauldre); Alexandre (d'Arques); Antony, médecin-major de première classe; Alban de la Garde (de Poitiers); Brousse (de Saint-Estèphe); Bourdier (d'Arcachon); Bréda (de Bondues); Breucq (de Bayonne); Bourgeois (d'Eu); Briand (de Villejuif); Beauvisage (de Lyon); Blaise (de Montpellier); Brœmer (de Toulouse); Bruté (de Rennes); Colombet (de Miramon); Chiron (de Chambéry); Collin, médecin-major; Canolle (de Pondichéry); Chambard (de Lyon); Dufour (d'Alzon); Dieuzaide (de Lectoure); Delatouche (de Fougères); Espagne (de Montpellier); Foucras (de Moyrazès); Fleyssac (de Treignac); Fronty (de Felletin); Foucher (de Chinon); Fayette (de Saint-Bel); de Friess (de Jérusalem); Grellot (de Giromagny); Guérineau (de Levroux); Guyot (de Calais); Gisclard (de Lagrave); Gilis (de Montpellier); Guillaume (de Chaumont); Hoël (de Reims); Houdoux (de Château-du-Loir); Joubert (de Saint-Domineuc); Le Bourdellès (de Pommerit-le-Vicomte); Landais (de Montfort-sur-Mer); Lenoir (de Siouville); Legallois (de La Ferté-Macé); Lacoste (d'Ibos); Legoux (d'Albert); Lehmann (de Clichy); Labat (de Nérac); Legrain (de Vaucluse); Lizé (du Mans); Moris (de Néris); Moulins (d'Argental); Martelli (de Rugles); Morel (du Puy); Mazors (de Bourg-la-Reine); Monnaye (de Cherbourg); Nepveu (de Marseille); Ollé (de Saint-Gaudens); Ormières (des îles Comores); Peton (de Saumur); Pégoud (de Grenoble); Perret (de Lyon); Piéchaud (de Bordeaux); Rioms (d'Eymet); Ramaroni (de Bastia); Roustan (de Grasse); Rietsch (de Marseille); Soller (de Bordeaux); de Santi et Schmit, médecins-majors; Témoin (de Bourges); Tissot (de Chambéry); Trotignon (d'Issoudun); Verneuil (de la Tremblade).

M. Bouchet, officier de santé à Cruseilles.

M. Sollier, interne à la Salpêtrière.

M. Alexandre Coccoz, libraire-éditeur, à Paris.

— Par décret, en date du 12 juillet 1890, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Tachard, désigné pour les fonctions de médecin chef de l'hospice mixte de Vannes.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Gatumeau, désigné pour le 10e d'infanterie, en remplacement de M. Bélime, retraité; Pitot, en remplacement de M. Douat, mis en non-activité, maintenu à l'hospice de Belle-Ile-en-Mer; Durand, en remplacement de M. Tachard promu, désigné pour le 21e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 12 juillet 1890, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin principal de deuxième classe Barbier, pour les fonctions de médecin chef de l'hospice mixte de Nantes.

MM. les médecins-majors de première classe, Longet, pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou; Benoit, pour l'hôtel des Invalides; Klein, pour l'hôpital militaire de Givet; Castaing, pour le

123ᵉ d'infanterie; Gils, pour le 18ᵉ d'infanterie; Juloux, pour le 65ᵉ d'infanterie.

— Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Lejars.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Laden (Édouard-Émile-Honoré) est nommé aide-préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Dubois, démissionnaire.

M. Dubus (Paul) est nommé aide-préparateur de matière médicale et d'hydrologie, en remplacement de M. Duhem, démissionnaire.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Merz est nommé professeur de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Caen.* — M. Catois, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Peyrusson, pharmacien de première classe, chargé de cours, est nommé professeur de chimie et toxicologie.

— Le ministre de l'Intérieur a augmenté le crédit de l'Académie de médecine, pour cette année, d'une somme de 2000 francs destinée à faire face aux dépenses occasionnées par l'augmentation du nombre des séances de vaccinations gratuites.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles-J.-B. Demange, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Nancy, décédé dans sa soixante-seizième année.

Notre très estimé confrère était professeur à l'École de Nancy lors du transfert de la Faculté de Strasbourg à Nancy. Dans la nouvelle organisation, il fut nommé professeur adjoint. Il était président honoraire de l'Association de prévoyance des médecins de Meurthe-et-Moselle, et de la Société de médecine, ancien vice-président du Conseil central d'hygiène, médecin de l'hospice Saint-Julien et de la maison des Orphelines, chevalier de la Légion d'honneur.

Son fils, M. le docteur Émile Demange, ancien interne des hôpitaux de Paris, est actuellement professeur de médecine légale à la Faculté de Nancy.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

La folie à Paris, étude statistique, clinique et médico-légale, par le docteur Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie du Dépôt, préface par J.-C. Barbier. Paris, 1890, 1 vol. in-18 de 424 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Manuel du doctorat en médecine. Aide-mémoire d'histologie, d'anatomie (ostéologie, splanchnologie, organes des sens) et d'embryologie pour la préparation du deuxième examen, par le professeur Paul Lefort. 1 vol. in-18, 276 pages, cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dʳ E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 82. — SAMEDI 19 JUILLET 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 19 JUILLET 1890. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'anémie pernicieuse progressive.

Par le docteur Paul Tissier,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Dans ces quinze dernières années surtout, l'étude de l'anémie pernicieuse progressive, selon la dénomination appliquée à cette affection par Biermer, a fait l'objet d'une quantité considérable de travaux, à l'étranger, notamment en Suisse, en Allemagne, en Italie, en Angleterre, aux États-Unis et en Russie. Elle n'a donné lieu en France, au contraire, qu'à un nombre relativement restreint de publications. L'intérêt qui s'attache aux observations parues en France n'en est pas moins considérable, ainsi qu'on le verra au cours de ce travail. Cette pénurie de faits s'explique par des considérations qui relèvent de la géographie médicale, l'anémie pernicieuse, au moins dans sa forme dite essentielle, semblant être une maladie appartenant presque exclusivement à certains pays. Il n'est pas irrationnel non plus d'admettre qu'un certain nombre d'états morbides complexes, mal définis, sur lesquels on n'ose pas mettre d'étiquette nosotaxique, doivent être rattachés à cette affection. C'est là une des considérations qui paraissent avoir inspiré un certain nombre de travaux, récemment parus en France. D'autre part, il est certain qu'on a publié un peu à la légère, sous la rubrique d'anémie pernicieuse progressive, un grand nombre d'observations disparates, dont le moindre inconvénient est d'encombrer la science. La connaissance plus exacte des caractères propres de la maladie de Biermer rendra ces errements de plus en plus rares. Nous verrons, en effet, que les nombreuses recherches, entreprises à l'étranger, sur l'état du sang, capital dans cette affection, doivent être considérées comme en partie inexactes. C'est à M. le professeur Hayem que revient le mérite d'avoir le premier (1) bien défini l'hématologie de la maladie de Biermer, et nous verrons, par la suite, l'importance considérable de ses travaux sur l'anémie pernicieuse progressive. Ils permettent, en effet, d'une part, de pénétrer plus intimement l'essence du processus morbide et, d'autre part, ils ont apporté dans les questions capitales du traitement, du pronostic et du diagnostic, une lumière toute nouvelle.

(1) A. Ferrand. Sur un cas d'anémie grave, dite essentielle; examen du sang pratiqué par M. le professeur Hayem, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, nov. 1876, p. 349.

II

Historique. — C'est en 1868, que Biermer (1) appela l'attention des médecins sur une variété d'anémie grave, dont il établit, dès ce moment, les principaux caractères cliniques et anatomiques. Il revint sur ce sujet, en 1872, et proposa alors le nom d'anémie pernicieuse progressive (2), qui a été depuis généralement adopté. Dès lors, il ne resta plus guère que des détails à ajouter à l'histoire anatomo-clinique de cette nouvelle affection, le champ restant ouvert à toutes les discussions pathogéniques.

C'est bien à tort qu'on a voulu diminuer le mérite de Biermer, et s'il est certain que d'autres auteurs, avant lui, avaient signalé, et même bien décrit, des cas analogues, il n'en reste pas moins acquis que c'est lui qui, en donnant, le premier, une description d'ensemble des symptômes et des lésions de la maladie, a attiré sur elle l'attention du public médical. Aussi, pourrait-on fort légitimement l'appeler maladie ou anémie de Biermer.

Parmi les auteurs qui avaient publié, antérieurement au médecin suisse, des cas se rapportant à l'anémie pernicieuse progressive, citons : Andral, Canstatt, Piorry, Trousseau, Addison, Samuel Wilks, Beau, Barclay, Lebert, Stoll, Haberson (qui a esquissé déjà la théorie gastrique de la maladie), Zencke, Wagner, Cazenave, Perroud, de Lyon (qui rattache l'affection à une stéatose du foie), Corazza, Gusserow, etc. (3).

Les communications de Biermer eurent un retentissement considérable et amenèrent la publication d'un

(1) A. Biermer. Versammlg. deutsch. Naturforsch. u. Ærtze in Dresden, *Tageblatt*, 1868, n° 8, 2173.

(2) A. Biermer. *Correspondenzblatt f. Scheiz. Ærtze*, n° 1, 1872.

(3) Nous ne pouvons multiplier cette énumération d'auteurs. Pour l'historique de l'anémie pernicieuse, jusqu'en 1877, nous renvoyons à l'article remarquable publié par M. le professeur Lépine dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* (1877). Nous nous bornerons à indiquer que le mémoire de M. Perroud (Polystéatose viscérale, *Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon*, 1865) tout en ne s'appliquant pas entièrement à l'anémie pernicieuse progressive, constitue néanmoins un travail d'ensemble de grande valeur.

grand nombre de travaux. Nous n'en indiquerons ici que les principaux, devant avoir l'occasion de revenir sur la plupart d'entre eux au cours de cette étude.

Immermann (1), le premier, chercha à établir qu'il s'agissait bien d'une entité morbide véritable; depuis lors, les auteurs ont émis sur la nature de la maladie un grand nombre d'hypothèses. MM. Lépine (2), Ferrand et Hayem (3), Quincke, Eichhorst étudièrent (1876) les caractères du sang. En 1877, M. Lépine, dans son mémoire déjà cité, proposa la classification suivante : 1° anémie progressive splénique et médullaire; 2° anémie progressive gastro-intestinale; 3° anémie progressive gravidique. Dans sa thèse (1877) Ricklin (4) rejeta la dénomination d'anémie essentielle, refusant à la maladie de Biermer une existence propre et rattachant tous les faits publiés à une étiologie suffisante (tumeurs osseuses malignes, puerpéralité, etc.). Cette opinion, aujourd'hui insoutenable, a été partagée depuis par plus d'un pathologiste. Parmi les travaux récents, citons ceux de Quincke (5), H. Muller (6), Eichhorst (7), Sœrensen (8), M. Hayem (9), M. Quinquaud (10), Laache (11), Copemann (12), Warfwinge, Reymond (13), Planchard (14), MM. Hanot et Legry (15) et, enfin, le chapitre si remarquable et surtout si original consacré à l'étude de l'anémie pernicieuse progressive, par M. le professeur Hayem, dans son traité *Du sang et de ses altérations anatomiques*.

III

L'examen du *sang* est ici d'une importance capitale, aussi nous y arrêterons-nous un instant. Dans les premières descriptions, on se borna à noter la pâleur du liquide sanguin, sa coloration quelquefois jaunâtre, sa lente coagulabilité. Dans un cas de M. Lépine (16), le nombre de globules rouges fut estimé à 378000 par millimètre cube; chez le malade, dont M. Ferrand publia l'observation en 1876, l'examen du sang fut pratiqué avec soin par M. le professeur Hayem. C'est la première étude complète sur l'hématologie de la maladie de Biermer. Depuis lors, on a publié un grand nombre de travaux sur la question, mais la plupart ne sont pas à l'abri de toute critique, l'étude du sang étant chose simple, mais délicate.

Globules rouges. — Le nombre des globules rouges est considérablement abaissé; dans une observation de M. Hayem, il était tombé à 292500. Quincke a trouvé dans un cas, terminé par la guérison 143000 globules seulement. Les globules présentent un certain nombre d'altérations. Quincke (1) a désigné sous le nom de Poikilocytose les déformations que présentent les hématies. Les globules sont ovalaires, fusiformes, munis de prolongements en manière de pointes, ou froissés, ou tordus sur eux-mêmes. Ces déformations se rencontrent dans l'anémie du deuxième et du troisième degré (Hayem). Aussi sont-elles fréquentes dans la chlorose. Elles n'ont donc rien de spécial, et c'est, par luxe seulement, qu'on peut les décorer de la dénomination proposée par Quincke.

Le sang contient, ainsi que l'a démontré, le premier, M. Hayem, une proportion relativement grande de globules hypertrophiés. La moyenne des dimensions globulaires peut aussi être augmentée. Laache, qui a pratiqué de nombreux examens, Ehrlich, Sœrensen et un grand nombre d'auteurs depuis ont vérifié ces résultats. Les grands globules ont en moyenne 10 μ, les globules géants (Hayem), plus rares, peuvent atteindre 15 μ.

Tout en ayant une importance particulière, ces données n'ont rien de pathognomonique, les globules hypertrophiés se rencontrant dans toute aglobulie intense, le diamètre des hématies variant ainsi, dans un certain nombre de cas, en raison inverse de leur nombre.

La présence des microcytes décrits par Eichhorst, qui ne leur attribue plus, d'ailleurs, une valeur diagnostique absolue, mérite d'être discutée. Ce seraient des éléments (identiques, sans doute, aux microcytes de Van Lair et Masius), bi-concaves ou sphériques : ces derniers d'une coloration rouge intense, et d'un éclat particulier, ont un diamètre de 3,4 μ. Dans son traité et dans la figure destinée à montrer l'état du sang dans l'anémie pernicieuse progressive (2). Eichhorst décrit et représente des microcytes sphériques assez nombreux, ainsi que quelques fines gouttelettes colorées par l'hémoglobine. Il note le peu de tendance des hématies à se réunir en piles.

Or, les éléments du sang, dont l'évolution est ici en quelque sorte arrêtée, subissent facilement les altérations artificielles, ainsi que le remarque M. le professeur Hayem.

Les microcytes sphériques de Eichhorst paraissent bien indiscutablement se rapporter à une altération artificielle fréquente, la transformation en boules sphériques et foncées, qui ne se produit que lorsqu'on n'examine pas le sang avec les précautions convenables. Ces hématies altérées « se présentent sous la forme de boules sphériques plus petites que les hématies normales; elles sont sensiblement plus colorées que les globules discoïdes, ce qui est la conséquence de la transformation sphérique d'un élément, qui, n'ayant pas perdu sa matière colorante, prend, en même temps qu'un plus petit diamètre, une épaisseur plus grande » [Hayem (p. 67)]. De même, les fines gouttelettes colorées par l'hémoglobine, signalées par Eichhorst, ne sont probablement que des hématies fragmentées, artificiellement, en granulations lisses ou épineuses, le plus souvent peu colorées.

(1) Immermann. Uber progr. pern. Anæmie, *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, Bd. XIII, mai 1874, s. 209.

(2) R. Lépine. Sur les anémies progressives, *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1877.

(3) Ferrand et Hayem. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1876.

(4) Ricklin. *De l'anémie dite pernicieuse*, Thèse de Paris, 1877.

(5) H. Quincke. *Volkmann's Sammlung*, 1876, n° 100; — *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, XX-XXV.

(6) H. Muller. *Die progressiv. pernic. Anæmie*, Zurich 1877.

(7) Eichhorst. *Die progressiv. pernic. Anæmie*, Leipzig 1878, et *Traité de pathologie*, t. IV.

(8) Sœrensen. *Nord Med. Arkiv*, IX, 1877, n° 25.

(9) Hayem. Caractères du sang dans les anémies graves, Académie des sciences, 1880.

(10) Quinquaud. Lésions hématiques dans l'anémie pernicieuse, Académie des sciences, 1879.

(11) Laache. *Die Anæmie*, Christiania 1883.

(12) Copemann. The Blood in pernicious Anœmie, *The Lancet*, 1887, t. I, p. 1076.

(13) Reymond. *Étude de l'anémie pernicieuse progressive*, Thèse de Lyon, 1887.

(14) Planchard. *De l'anémie dite pernicieuse progressive*, Thèse de Paris, 1888.

(15) Hanot et Legry. Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse progressive, *Archives générales de médecine*, janvier 1889.

(16) R. Lépine. Sur un cas d'anémie grave, dite essentielle, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1876, p. 185.

(1) H. Quincke. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1877, Bd. XX.

(2) Eichhorst. *Traité de pathologie interne*, trad. franç., t. IV, p. 29.

Quelle est maintenant la richesse des globules rouges en hémoglobine? On sait que, dans les anémies extrêmes (quatrième degré, Hayem), la richesse moyenne en hémoglobine des hématies peut être normale et souvent même supérieure à la normale. Cela tient à la présence des grands globules et des globules géants, qui renferment une quantité d'hémoglobine plus grande que le globule sain fictif pris pour moyenne, et proportionnelle à leur volume. Dans l'anémie pernicieuse, le nombre des grands éléments est suffisant, relativement à celui des globules petits et nains, qui font baisser le chiffre de la valeur globulaire, pour élever ce dernier.

Laache (1) et puis Kahler (2) ont trouvé cette valeur toujours supérieure à la normale; comme M. Hayem, Laache incline à y voir un caractère presque spécifique de la maladie de Biermer. Ce fait se retrouvant dans l'anémie extrême (quatrième degré, Hayem), tout en ayant une certaine importance, n'est nullement caractéristique. Remarquons que Laache a vu la valeur en hémoglobine atteindre 2,31 (1 étant la normale), tandis que le chiffre maximum trouvé par M. Hayem est 1,70. M. Hayem explique cette discordance par ce fait, que Laache s'est servi pour la numération d'un liquide (solution de sulfate de soude à 5 p. 100) qui dissout toujours une proportion variable d'éléments.

En résumé, diminution de nombre considérable des hématies, déformation de ces dernières, présence de grands globules rouges nombreux, de globules géants en moins grand nombre, valeur en hémoglobine normale ou même supérieure à la normale, voilà ce que l'on observe dans l'anémie pernicieuse progressive, sans qu'il y ait rien là de réellement caractéristique.

Globules rouges à noyau. — Contrairement à ce qui s'observe dans la leucocythémie, les globules rouges à noyau n'apparaissent ici qu'à une période relativement avancée, moins tard, cependant, que dans les anémies secondaires, intenses et extrêmes, ainsi que l'a noté M. Hayem. Cohnheim est avec Ehrlich le seul auteur étranger qui ait mentionné leur présence, mais son cas relève peut-être de la pseudo-leucémie.

La séparation de l'hémoglobine du stroma (West, Davy et Makan) semble aussi une lésion artificielle. Pilz (3) prétend avoir trouvé des mouvements amœboïdes des globules rouges qui présentaient des prolongements de forme variable. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

Globules blancs. — Contrairement à ce qui se passe dans certaines anémies secondaires (cancer), les leucocytes ne sont pas augmentés de nombre. Celui-ci serait plutôt diminué (Hayem, Neusser), de sorte qu'il y aurait aussi un trouble dans la genèse ou l'évolution de ces éléments. Leur protoplasma peut être légèrement teinté d'hémoglobine, comme dans toutes les anémies extrêmes, aminci et creusé de vacuoles.

Les leucocytes uninucléés peuvent être plus nombreux ou, au contraire, les leucocytes plurinucléés ou à noyau en boudin hypertrophiés (Hayem, Hoffmann, Litten). Il peut y avoir parfois leucocytose passagère [Gottlieb (4), Litten (5)].

(1) Laache. Loc. cit.

(2) Kahler. *Prager Med. Wochens.*, 1888, nos 38-45.

(3) Pilz. Ein eigenthuml. Fall. v. progress. perniciœs. Anæmie, *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, XXI, s. 118.

(4) Gottlieb. *Wiener Med. Blætter*, 1886, no 17.

(5) M. Litten. Z. Pathol. d. Blutes, *Berlin. Klin. Wochens.*, 1883, no 27, s. 465.

Les *hématoblastes* subissent une diminution de nombre progressive; il y a donc une grave altération du processus de l'hématopoièse, une sorte d'affaiblissement profond de la rénovation sanguine par les hématoblastes, non compensé par le réveil de processus embryonnaires dans les éléments nucléés des organes de la sangnification. Ce qui est assez particulier à l'anémie pernicieuse protopathique, c'est que la diminution persistante et notable des hématoblastes et des éléments jeunes, n'est pas ultime comme dans les anémies deutéropathiques (cancer), mais semble relativement précoce (Hayem).

La *fibrine* est en proportion normale, et la lenteur de la coagulation est due au petit nombre des hématoblastes. Le *sérum* est de coloration normale, il ne dissout pas les globules sains (Hayem, Sœrensen).

IV

Symptômes et marche. — Les premiers symptômes sont ceux de l'anémie. Le début est insidieux (fatigue facile, dyspnée d'effort, palpitations, bourdonnements d'oreille, étourdissements, vertiges, perte des forces). Les téguments cutanés et muqueux deviennent d'une pâleur inaccoutumée, *cireuse*, qui diffère de la teinte verdâtre de la chlorose et jaune du cancer (1), *c'est la pâleur de la mort* (Hayem). La peau est sèche, les cheveux deviennent ternes et tombent, Eichhorst a aussi noté des troubles de la nutrition des ongles qui sont friables et s'épaississent. Le *plus souvent le pannicule adipeux reste bien développé*, comme dans la plupart des anémies spontanées. Il existe fréquemment un léger *œdème* qui donne au facies un aspect bouffi, ou bien se localise aux malléoles. Passager au début, l'œdème deviendra plus tard permanent et plus étendu.

Le pouls est mou, accéléré. Du côté du cœur, on observe des palpitations; le ventricule droit est souvent dilaté. A l'auscultation, on entend un souffle systolique, occupant maintes fois toute la surface du cœur. Il s'agit de souffles anémiques et, parfois peut-être, de souffles d'insuffisance par dégénérescence graisseuse des piliers (2).

Les carotides battent vivement; au niveau de la jugulaire, on entend à l'auscultation un bruit de diable et on peut constater, à la palpation, un frémissement cataire souvent très intense. La jugulaire externe présente assez souvent le phénomène du pouls veineux faux ou vrai.

La dyspnée, qui se montre surtout à l'occasion d'un effort même léger, ne tient pas à des lésions pulmonaires, mais relève de l'altération du liquide sanguin.

Les *troubles digestifs* sont à peu près constants et occupent une place importante dans le tableau pathologique. Ils précèdent souvent l'anémie (Hayem). Quelquefois la faim est exagérée; dans d'autres cas, l'anorexie est complète. Les malades accusent un empâtement de la bouche, avec fétidité de l'haleine, des douleurs plus ou moins vives à la région épigastrique, avec nausées et souvent vomissements. Cahn et Mering (3) ont examiné le suc gastrique trois mois avant la mort, chez un malade présentant les troubles

(1) On a noté quelquefois des taches brunes, et même une teinte bronzée, rappelant la maladie d'Addison (Laache).

(2) D'une manière générale, les signes stéthoscopiques cardio-vasculaires sont moins constants que dans la chlorose, dans la maladie arrivée à son apogée, en raison de la diminution de la masse du sang (Hayem).

(3) Cahn et Mering. D. Sauren d. gesund u. krank. Magen, *Deuts. Arch. f. f. Klin. Med.*, 1886, Bd. XXXIX, s. 233.

dyspeptiques marqués. Ils n'ont pas trouvé d'acide chlorhydrique; l'acide lactique s'élevait au chiffre de 2,19 p. 1000; la diarrhée est très fréquente. Elle alterne quelquefois avec la constipation (Neusser). Notons, enfin, les diverses hémorrhagies qui peuvent se faire dans les différents segments du tube digestif (gencives, estomac, intestin).

Les malades arrivent rapidement à un état de faiblesse telle qu'ils ne peuvent plus quitter le lit. L'anémie, avec le cortège de symptômes qu'elle tient sous sa dépendance, s'accentue, les troubles digestifs s'aggravent, les malades ont un profond dégoût pour les aliments, la viande, en particulier; la diarrhée devient incessante, colliquative, les œdèmes permanents et les épanchements séreux ne tardent pas à apparaître.

Un des traits les plus importants de l'histoire de l'anémie pernicieuse progressive, consiste dans la fréquence et la multiplicité des *hémorrhagies* qui peuvent se montrer de bonne heure (surtout aux membres inférieurs), et apparaissent presque constamment à la période terminale. Sur la peau, ce sont généralement des pétéchies plus rarement des hémorrhagies étendues. Les épistaxis, les hémorrhagies punctiformes de la muqueuse buccale, de la conjonctive, de la rétine, des gencives, l'hématémèse, le mélœna, l'hémoptysie, l'hématurie, etc., ont été signalés avec une fréquence inégale.

La *température*, ordinairement normale dans les premières périodes, s'élève fréquemment avant la mort. La fièvre (1) peut alors être intense (40 degrés et plus) et affecter un type variable, continu ou intermittent, ou même être absolument irrégulière. L'hyperthermie peut manquer et être remplacée par un abaissement considérable de la température (Eichhorst); 34°7, température vaginale (Lépine), 24°8 (H. Müller).

Les malades se plaignent d'*insomnie* persistante; ils éprouvent une sensation de *faiblesse profonde*. Dès qu'ils veulent se soulever, ils sont pris de palpitations, d'oppressions, d'angoisse et de constriction précordiale, de vertiges, de lypothymies avec nausées, et se trouvent ainsi condamnés à l'immobilité.

L'intelligence est peu atteinte. Il existe fréquemment, surtout à la période terminale, de la torpeur intellectuelle, de l'affaiblissement de la mémoire. Il y a quelquefois du délire. On a noté des idées de persécution; dans un certain nombre d'observations, des accès de manie.

On a observé plusieurs fois des convulsions, des parésies, des paralysies temporaires (Laache, Eichhorst, Lépine). Le Hen a noté la chorée.

Il y a aussi parfois des troubles sensoriels du côté de l'ouïe, du goût, de l'odorat. Ces accidents relèvent peut-être d'hémorrhagies cérébrales capillaires qui, nous l'avons dit, sont extrêmement fréquentes.

Les troubles de la *vue*, l'état de la *rétine* ont été tout particulièrement étudiés [Rue (2), Manz (3)]. Il existe, le plus souvent, des hémorrhagies rétiniennes, souvent fort nombreuses, de coloration variable, suivant leur ancienneté, et présentant, dans un certain nombre de cas, une coloration jaune clair à leur centre. Elles apparaissent fréquemment en grand nombre, simultanément, et régressent assez vite (deux à trois semaines). On a encore noté des taches blanc jaunâtre, à disposition rayonnée autour de la macula, de l'œdème de la papille, etc. Ces lésions rétiniennes sont inconstantes et peuvent se rencontrer dans les anémies extrêmes symptomatiques [E. Hausen (1)]. Il est assez fréquent d'observer une coloration jaunâtre des conjonctives, l'ictère cutané est plus exceptionnel. J. Bartels (2) en a rassemblé onze cas; on en a publié plusieurs depuis [Bristowe (3), Guiteras (4)]. Les auteurs sont d'accord pour le considérer comme d'origine hématogène; Bartels n'a pu trouver d'acides biliaires dans l'urine.

Nous sommes ainsi amené à étudier la sécrétion biliaire dans l'anémie pernicieuse. Les matières colorantes de la bile, dérivant de l'hémoglobine du sang, par l'intermédiaire de la cellule hépatique, l'étude des troubles de leur sécrétion acquiert une grande importance dans l'histoire d'une maladie hématique.

La cellule hépatique est très habituellement malade dans l'anémie pernicieuse, il est donc à prévoir que, comme cela se passe dans tous les autres cas, en pareille circonstance, sa fonction biliaire sera pervertie et, de fait, nous trouvons signalée la présence d'urobiline dans la bile et dans l'urine (Quincke, Hayem, Neusser, Hunter). L'urobilinurie augmente avec les progrès de la maladie (Hayem), preuve de l'altération progressive du foie. La perversion de la sécrétion biliaire entraîne aussi la production de pigments modifiés qui colorent fortement l'urine. L'ictère, lorsqu'il survient, n'est pas biliphéïque pur, car l'urine contient alors de l'urobiline. L'absence d'acide biliaire dans ce liquide ne prouve pas qu'il ne s'agisse pas toujours d'un ictère par résorption, ainsi que cela ressort d'ailleurs nettement de plusieurs observations.

On a encore constaté dans l'urine, en dehors de l'urobiline, de l'urohématine, de l'indican en excès (Müller, Senator, V. Rokitansky), de l'acide lactique (Hoffmann), de la leucine et de la tyrosine (Laache), etc.

La proportion de chlorures est généralement diminuée, celle de l'acide urique augmentée. L'urée est diminuée (Quincke, Eichhorst), augmentée d'après d'autres auteurs (Müller, Schepelern). L'albuminurie est rare. Hunter a attribué récemment (5) une grande importance diagnostique à l'augmentation progressive de l'excrétion du fer.

V

Durée et terminaison. — La marche de l'affection est assez rapide. La durée peut ne pas dépasser quelques semaines, ou, au contraire, atteindre plusieurs mois. Il n'est pas rare d'observer des rémissions trompeuses de plus ou moins longue durée (un à trois mois); les rechutes sont fréquentes et la mort survient, en général, en moins d'une année. Cette limite, déjà rarement atteinte, ne semble pas avoir été dépassée dans l'anémie protopathique.

Les rémissions que nous venons de signaler ont été tenues pour caractéristiques (Runeberg).

(1) Neusser attribue cette hyperthermie soit à une action toxique directe sur les centres régulateurs de la chaleur que posséderaient les dérivés de l'hémoglobine, soit à une intoxication par le ferment de la fibrine provenant de la destruction des hématoblastes.

(2) Rue. *Union médicale*, 1870, t. IX, p. 680.

(3) W. Manz. Veræud. in d. Reting b. Anæm. progr. pern., *Centralbl. f. Med. Wiss.*, 1875, n° 40.

(1) E. Hausen. *Nord Med. Arkiv*, 1880, XII, n° 1.

(2) J. Bartels. Ein Fall v. pernic. Anæmie mit Ikterne, *Berlin. Klin. Wochens.*, 1888, n° 3.

(3) J.-J. Bristowe. *Brit. Med. Journ.*, 2 juin 1888.

(4) Guiteras. *Med. News*, 2 juin 1888.

(5) Hunter. *Practitioner*, 1889.

La guérison, affirmée dans un certain nombre d'observations, est niée par des auteurs compétents. Néanmoins, elle est certainement possible (Quincke, Laache, Hayem, Luzet). Nous reviendrons sur ce point. Les cas publiés seraient, d'après certains auteurs, soit des anémies graves, mais non pernicieuses, soit des cas d'anémie pernicieuse progressive, avec longue rémission.

La température peut s'élever ou, au contraire, s'abaisser notablement à la période ultime; la peau exhale une odeur fétide et la mort survient, semblant être le dernier terme de l'anéantissement progressif de toutes les fonctions (1).

VI

Anatomie pathologique. — Nous ne nous occuperons pas ici des lésions trouvées dans les cas d'anémie pernicieuse secondaire à la présence de parasites dans le tube digestif (anchylostome duodénal, botriocephalus latus), devant indiquer sommairement ce qu'elles ont de spécial dans un chapitre ultérieur.

L'étude des altérations du *sang* a été faite, en grande partie, à propos de la description des symptômes de la maladie. Nous ne ferons ici qu'y ajouter quelques détails, qui n'ont pas trouvé leur place plus haut.

La masse totale du sang serait diminuée : 5, 4,34 p. 100 du poids du corps, au lieu de 8 (Quincke). La quantité totale d'hémoglobine est considérablement diminuée [Quinquaud (2)]. L'examen chimique du sang a été pratiqué par A. Franckel. Il y aurait une diminution notable des matériaux solides et de l'azote (près de moitié). Rokitansky a trouvé un appauvrissement considérable du sang en fer (0,02 au lieu de 0,05 p. 100).

Les organes hématopoiétiques présentent aussi assez souvent des lésions qui ne paraissent, malheureusement, ni réellement caractéristiques, ni même constantes.

Les *ganglions lymphatiques* ont médiocrement attiré l'attention. Néanmoins, on signale assez fréquemment dans les observations la tuméfaction et l'hyperhémie des ganglions mésentériques. Dans un cas de Weigert, ces altérations étaient généralisées à tout l'appareil ganglionnaire; les vaisseaux lymphatiques dilatés contenaient une lymphe teintée de rouge.

La *rate* est peu ou pas augmentée de volume. Elle est assez souvent dure. On peut y trouver des hémorrhagies et des infarctus.

On y a signalé, dans un certain nombre de cas, une augmentation de la proportion de fer. D'après W. Hunter, celle-ci est inconstante et ordinairement minime. Lebert y a trouvé de fortes proportions de leucine et de tyrosine.

La *moelle des os* est très souvent altérée. Certains auteurs, en particulier Cohnheim, ont voulu voir là une caractéristique anatomique de la maladie. Cette opinion n'a pas été vérifiée. On sait le rôle considérable que de nombreux travaux contemporains ont voulu attribuer à la moelle osseuse dans le processus de l'hématopoièse et nous verrons que l'on a édifié sur cette hypothèse, sur laquelle on n'a pas du reste, il s'en faut, dit le dernier mot, plusieurs théories de la maladie.

Les altérations de la moelle sont fréquentes dans toutes les anémies graves, les cachexies extrêmes. Il ne s'agit pas toujours, ainsi que l'admet Neumann, d'un retour à l'état fœtal, au point de vue anatomique, d'une récupération des fonctions hématopoiétiques, au point de vue physiologique, mais, dans un grand nombre de cas, d'une simple résorption du tissu adipeux, qui donne à la moelle un aspect gélatiniforme (Hayem) signalé dans plusieurs observations d'anémie pernicieuse.

Cohnheim y décrit des globules rouges nucléés et des cellules contenant des globules rouges. Neumann, Litten, Orth, Eichhorst, M. le professeur Hayem ont montré que les lésions de la moelle osseuse n'avaient rien de constant. Dans un certain nombre d'observations positives (Cohnheim, Pepper), il s'agissait de pseudo-leucémie plutôt que d'anémie pernicieuse. Néanmoins, il est certain que l'on a trouvé, un certain nombre de fois, des altérations (hyperplasie, aspect lymphoïde) médullaires, sur la nature et l'importance desquelles on n'est pas encore fixé.

Comme conclusion, nous ajouterons que, pour M. le professeur Hayem, pour Neumann (1), pour Litten et Orth (2), les lésions des organes hématopoiétiques, que nous avons indiquées, sont deutéropathiques, contingentes.

Nous passerons rapidement en revue les altérations des autres organes, n'insistant que sur celles qui, à tort ou à raison, ont été considérées comme fondamentales, comme constituant le substratum anatomique de l'anémie pernicieuse.

En dehors des hémorrhagies, le *foie* présente souvent, mais non constamment, une pâleur générale, et, au microscope, un état graisseux ou granulo-graisseux des cellules hépatiques; on a signalé encore la présence d'amas intralobulaires de cellules atrophiées (Hanot et Legry) et des dépôts de matière ferrugineuse (Quincke) dans certains cas (W. Hunter), sous forme de granulations contenues dans les cellules périphériques de l'îlot et aussi dans les vaisseaux.

A l'analyse chimique, on y a trouvé de la leucine et de la tyrosine, et, ce qui est plus intéressant et a donné naissance à une théorie pathogénique de la maladie, une augmentation de la proportion de fer : 0,6 (Quincke), 0,52 (Rosenstein), 0,713 (W. Hunter) p. 100, au lieu de 0,078 (Hunter).

L'*estomac* (3) et l'*intestin* (4) ont été trouvés souvent altérés et il existe une théorie gastrique et gastro-intestinale de la maladie. Nothnagel distingue trois variétés de lésions gas-

---

(1) On a admis la transformation de la maladie en leucémie myélogène (Litten, Waldstein). Eichhorst a trouvé un cancer stomacal récent à l'autopsie d'un cas d'anémie progressive datant d'un an, Grawitz de la sarcomatose osseuse. Ne s'agit-il pas d'anémies secondaires, ou de coïncidences?

(2) Quinquaud. Loc. cit.

---

(1) Neumann. Ub. d. Verhalt. d. Knochenmarkes bei progr. pern. Anæmie, *Berlin. Klin. Wochens.*, 1877, nº 47.

(2) Litten et Orth. *Berl. Klin. Wochens.*, 1877, nº 51.

(3) Nothnagel. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1879. — Kinnicut. Atrophy of the gastric tubules its relations to pernicious anæmia, *Amer. Journ. of Med. Sciences*, 1887, p. 149. — S. Mayer. *Zeitschr. f. Klin. Med.*, 1889, Bd. XVI, Hft. 2-3. — Zahn. *Rev. med.*, 1882. — Podrowski. *Virchow Hirsch's Jahr.*, 1878. — Robinson. *New-York Med. Record*, 1886. — Stricker. *Charité-Annalen*, 1875. II. — Quincke. Uber siderosis, *Deuts. Arch. Klin. Med.*, Bd. XXV et XXVII. — Burger. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1876. — Lépine. *Union médicale*, 1876, nº 114. — Pender. *Breslau. Ærtz. Zeitsch.*, 1879, Bd. I. — Ponfick. Uber Fettherz, *Berlin. Klin. Wochens.*, 1873, nos 1 et 2.

(4) Sasaki. Ub. Verænd. in d. nervœs. Apparat. d. Darmwand bei pernic. Anæm. u. b. allg. Atrophie, *Arch. f. Path. Anat. und Phys.*, XVCI, Hft. 2, s. 287. — Jurgens. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1882, nº 28. — Blaschko. *Virchow's Arch.*, Bd. 94, s. 136.

triques : atrophie glandulaire simple, sans modifications de la paroi et du volume de l'estomac ; cirrhose interstitielle sans graves altérations glandulaires ; cirrhose pariétale et atrophie glandulaire. Henry et Osler ont trouvé une atrophie de la muqueuse, avec destruction glandulaire étendue, M. Hayem de l'atrophie de la muqueuse, avec lésions atrophiques des culs-de-sac et surtout des conduits excréteurs des glandes et prolifération de cellules de la couche celluleuse. S. Meyer distingue deux formes anatomiques et évolutives de lésions stomacales, parenchymateuses, glandulaires, s'étendant de la superficie dans la profondeur, et interstitielles à marche inverse. Les parois sont très amincies. Le terme de phthisie stomacale lui semble plus juste que celui d'atrophie gastrique.

Pour Jürgens, la dégénérescence granuleuse et graisseuse de l'appareil nerveux et musculaire de l'intestin, constitue une maladie propre, caractérisée par les symptômes classiques de l'anémie pernicieuse. Sasaki a signalé dans cette maladie des altérations des plexus de Meisner et d'Auerbach, coïncidant avec des lésions des muscles et de la muqueuse intestinale (cellules nerveuses atrophiées, aspect homogène, disparition du noyau, fibres nerveuses granuleuses et granulo-graisseuses). Pour Blaschko, ces lésions sont essentielles, et il ne les a pas retrouvées dans les autres cachexies (tuberculose, cancer).

On a fait jouer aussi un rôle considérable et même prépondérant aux lésions que l'on observe du côté du cœur. Celles-ci, quoique très fréquentes, ne sont pas constantes (Quincke, Hayem, Litten, Müller). Ponfick a décrit, sous le nom de cœur graisseux, des faits qui semblent bien se rattacher à l'anémie pernicieuse et Zencker a, depuis longtemps, attiré l'attention sur les relations qui unissent le cœur gras à la diathèse hémorrhagique et à l'anémie.

Le cœur est ordinairement petit, quelquefois dilaté dans ses cavités droites, de coloration pâle, de consistance friable, alors que les autres muscles sont rouges et relativement bien développés. Il existe souvent des stries jaunâtres sous-endocardiques, correspondant à une dégénérescence graisseuse plus ou moins étendue de la fibre musculaire.

La graisse sous-cutanée et viscérale est habituellement très abondante, les séreuses renferment, en général, un léger exsudat, mais la lésion la plus répandue est la présence d'*hémorrhagies*, ordinairement nombreuses, pouvant occuper tous les organes, et généralement de faible étendue. Les vaisseaux sont le plus souvent normaux (1) ; les organes de la respiration n'offrent pas de lésions importantes ; les reins sont ordinairement pâles et l'épithélium des tubes contournés présente, assez fréquemment, un certain degré de dégénérescence granulo-graisseuse. Les méninges, le cerveau, ne montrent rien de particulier en dehors de l'existence presque constante d'hémorrhagies capillaires nombreuses ; les nerfs périphériques sont intacts (Eichhorst).

Pluseurs auteurs, surtout en Angleterre, ont signalé des lésions du *grand sympathique*, et on a voulu y voir le substratum anatomique de la maladie (Brigidi). Rappelons encore la fréquence des lésions *rétiniennes* (hémorrhagies, amas lymphatiques, etc.).

(1) Biermer avait attribué les hémorrhagies, si fréquemment observées chez ses malades, à une dégénérescence graisseuse des capillaires. H. Müller, ni Eichhorst, ni M. le professeur Hayem, n'ont pu vérifier ce fait.

VII

Étiologie. — Tout d'abord, disons qu'un fait domine l'histoire de l'anémie pernicieuse. On peut observer les signes cliniques, trouver à l'autopsie les diverses lésions que nous avons énumérées, dans des conditions morbides variables. Nous ferons observer qu'une des particularités les plus frappantes dans la causalité de cette affection est la localisation fréquente dans le tube digestif des divers processus générateurs.

1° De nombreuses observations prouvent que l'on peut observer le tableau clinique de l'anémie, dite pernicieuse, chez les malades dont l'intestin renferme un ver rubané particulier, le *botriocephalus latus*, à tête aplatie ou en forme d'amande, munie de chaque côté d'une ventouse allongée, d'une longueur de 5 à 8 mètres, à œufs ovales et de structure celluleuse, entourés d'une coque brune. On retrouve dans les matières fécales des chainettes d'anneaux, plus larges que hauts, présentant à la partie médiane une tache sombre (ouverture de l'appareil génital). Ces caractères sont suffisants pour les distinguer des anneaux de tænias (solium ou saginata).

Le domaine géographique de l'anémie pernicieuse correspond assez bien à celui de l'anémie pernicieuse progressive ; mais ni cette concordance, ni l'analogie des processus cliniques et anatomiques ne permettent d'identifier les deux maladies. Nous la désignerons sous le nom d'anémie progressive par botriocéphale. Voici, d'après Holst, les différences qui la séparent de la maladie de Biermer. La fièvre et les hémorrhagies manquent le plus souvent, mais non constamment [Müller (1)]. La guérison survient généralement après l'expulsion du ver. Mais si l'anémie est extrême, la mort survient néanmoins [Lichtheim (2), H. Müller]. L'examen du sang, qui n'a pas du reste encore été complètement établi par les divers auteurs qui se sont occupés de la question, serait celui de la maladie de Biermer (Müller), mais l'aglobulie est, en général, moins prononcée.

Nous ne ferons que signaler quelques travaux sur cette question dont la bibliographie est actuellement fort étendue [Runeberg (3), Reyher (4), Schapino (5), Holst (6), F. Müller].

On a encore accusé un autre ver rubané (ver rubané de Dorpat) de produire les mêmes symptômes, mais ce ver est vraisemblablement identique au botriocéphale, quoique la question soit encore discutée [Thomas, Kuchenmeister (7)].

Les œufs de botriocéphales, contenus dans certaines eaux, seraient absorbés par la boisson, ou renfermés dans les muscles et les viscères du brochet, de la lotte (Braun) des rivières des provinces baltiques ; Rosenthal et Kuchenmeister incriminent aussi le saumon.

Après l'anémie progressive par botriocéphale, il nous

(1) Il faut encore signaler l'exagération des douleurs intestinales, après l'ingestion de certains aliments.

(2) Lichteins. Congrès de Wiesbaden, 1887.

(3) Runeberg. Ub. pernic. Anæmie u. Botryoceph. lat., *Berlin. Klin. Wochens.*, 1886, n° 40, s. 687.

(4) G. Reyher. Beitrage z. Ætiolog. u. Heilbark. d. pernic. Anæm., *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1886, Bd. XXXIX, s. 11.

(5) Schapino. *Zeitschr. f. Klin. Med.*, Bd. XIII, Hft. V.

(6) Holst. *Petersb. Med. Wochens.*, 1886.

(7) Kuchenmeister. *Deuts. Med. Wochens.*, 1886, n° 32.

faut étudier l'anémie progressive par *anchylostome duodénal* (1) ou anchylostomiase ; on a longtemps considéré ce parasite comme localisé en Orient et sous les tropiques : chlorose des tropiques (Grisenger). Il donna naissance à une anémie grave, rappelant les traits de la maladie de Biermer chez les ouvriers du tunnel du Saint-Gothard : anémie du tunnel (Perroncito, Concato). Le premier de ces auteurs a encore montré que la cachexie des mineurs relevait de la même origine dans les mines de Sardaigne, de Saint-Étienne, de Valenciennes, de Commentry, de Schemnitz, etc. Il en est de même de l'anémie des briquetiers [Menche (2), Leichtenstern, Rühle (3), Dubois, etc.]. L'ouverture buccale de l'anchylostome, qui habite plutôt le jejunum que le duodénum, est munie de six crochets chitineux brillants. Les femelles, que l'on rencontre en beaucoup plus grande proportion que les mâles, sont plus longues (10 à 12 millimètres), plus grosses, plus rectilignes et moins blanches. Les œufs, à coque claire, ont un contenu brunâtre, en voie de segmentation (4).

Ce qui peut servir à distinguer l'anchylostomiase de la maladie de Biermer, c'est l'intensité moindre de l'anémie [1250000 globules (Leichtenstern); 1465000 (Bozzolo et Toma)], anémie du troisième degré de M. Hayem. En outre, comme autres différences, citons l'allotriophagie ou tendance à manger des choses indigestes (terre) qui s'observe surtout sous les tropiques, l'albuminurie terminale et la couleur brune ou noirâtre (sang) des selles, qui contiennent les œufs, mais rarement (hors l'administration des antihelminthiques) les vers eux-mêmes.

Les parasites s'attachent aux parois de l'intestin, et y produisent des hémorrhagies et des extravasations sanguines. On retrouve les globules rouges en telle abondance dans l'intestin que l'on a admis que l'ankylostome ne se nourrissait que du plasma [Morelli (5)]. Remarquons que le tableau de l'anémie pernicieuse ne se trouve réalisé que dans les formes graves et à une période avancée.

D'après Neusser (6), dans quelques cas rares, le tænia mediocanellata et même l'oxyure vermiculaire pourraient causer une anémie pernicieuse secondaire.

Il peut se produire des anémies extrêmes à la suite d'un certain nombre d'états pathologiques. Ces faits, tout en étant considérés comme appartenant à la forme deutéropathique, n'en doivent pas moins être rapprochés de la forme protopathique. En effet, ces divers états morbides ne jouent guère que le rôle de causes provocatrices, agissant sur un organisme, sinon prédisposé, au moins déjà lésé, notamment au point de vue des fonctions hématopoiétiques.

C'est ainsi que l'on a vu l'anémie pernicieuse se développer à la suite de l'impaludisme [Rettenbacher (7), Selzer (8), Grocco (9), Finlay (10)], de la fièvre jaune, de la fièvre typhoïde [Brom-Bromwell (11)], des lésions graves du système nerveux [Heiberg (1), Curtius (2)]; de l'ostéo-sarcome [Grawitz (3), Mosler et Gast (4), Ehrlich (5), Fede, Haussler (6)], des myomes utérins hémorrhagiques [Eichhorst, H. Muller (7), Quincke (8), Gusserow], de la dysentérie et de diverses affections gastro-intestinales, de la tuberculose [Leonhardi-Aster (9)], de la syphilis [Laache (10), Kjerner (11), Ponfick (12), Fr. Muller (13)], de la diphthérie, de la septicémie (Neusser), des ulcères chroniques des jambes, etc. (Eichhorst).

Mais comme le fait remarquer M. le professeur Hayem, ces maladies mènent assez rarement à une anémie aussi intense que celle de l'anémie pernicieuse progressive, et c'est à tort que l'on publie trop souvent, sous ce nom, des observations n'offrant qu'une ressemblance lointaine avec cette maladie.

Voyons maintenant les circonstances étiologiques invoquées pour l'anémie pernicieuse progressive. En première ligne vient la grossesse [Gusserow (14), Eichhorst (15), Schepelern, etc. (16)], surtout les grossesses répétées, la lactation. Mais il s'agit presque toujours de personnes mal nourries, vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques (sédentarisme, mauvaise aération), et ayant présenté antérieurement des troubles dyspeptiques. Ces dernières conditions *existent souvent seules* [Quincke, Hayem (17)]. Mentionnons encore le surmenage physique et intellectuel, les émotions, les chagrins, les influences morales dépressives.

Dans un certain nombre de cas, on ne trouve aucune cause de quelque importance (Eichhorst, Laache). Ce serait une erreur de croire que la maladie frappe alors toujours les sujets affaiblis. Elle peut atteindre des individus d'apparence robuste et de bonne santé antérieure. Il est fréquent, cependant, qu'ils aient présenté des troubles digestifs, plus ou moins sérieux. D'autre part, l'anémie peut être conciliable assez longtemps avec une vie active. Un malade de M. Hayem exerçait le métier d'infirmier avec une richesse globulaire inférieure à un million de globules. Ces anémies sans cause apparente ressemblent, en tout point, à celles qui succèdent à la grossesse, à la puerpéralité, à l'alimentation insuffisante et défectueuse, et on ne peut les en séparer comme le voudrait Eichhorst.

Signalons, en terminant, quelques facteurs étiologiques généraux. La majorité des cas s'observe chez les gens âgés, cependant on a cité quelques cas précoces [Ménétrier (18),

(1) F. Muller. *Charité-Annalen*, 1889.
(2) Menche. *Zeitschr. f. Klin. Med.*, Bd. VI, s. 161.
(3) Ruhle. *Deuts. Med. Wochens.*, 1883.
(4) Pour la bibliographie de l'anchylostomiase, voir Ed. Buignon, *Revue médicale de la Suisse romande*, mai et juillet 1881.
(5) Morelli. *L. Sperimentale*, 1878, X, 41.
(6) Neusser. Loc. cit.
(7) Rettenbacher. *Wien. Med. Blatter*, 1834, p. 35.
(8) Selzer. *Virchow-Hirsch's Jahr.*, 1882.
(9) Grocco. *Idem*, 1882.
(10) Finlay. *The Lancet*, 1885.
(11) Brom-Bramwell. *Edinburgh Med. Journ.*, 1877, Bd. 22, p. 408.

(1) Heiberg. *Virchow-Hirch's Jahr.*, 1878.
(2) Curtius. *Philad. Med. Times*, 1877.
(3) Grawitz. *Virchow's Archiv*, 1876, s. 223.
(4) Mosler et Gast. *Deuts. Med. Wochens.*, 1885.
(5) Ehrlich. *Charité-Annalen*, 1878, V.
(6) Heussler. Dissert. inaug. Greifswald.
(7) H. Muller. Loc. cit.
(8) Quincke. Loc. cit.
(9) Leonhardi-Aster. *Vessaml. d. deuts. Naturf. u. Ærtze*, 1877.
(10) Laache. Loc. cit.
(11) Kjerner. *Schmidts Jahrb.*, 1880, Bd. 186, s. 26.
(12) Ponfick. Loc. cit.
(13) Fr. Muller. *Charité-Annalen*, 1889, XIV, s. 252.
(14) Gusserow. Ub. hochgadigst. Anæmie Schwangerer, *Arch. f. Gynæk.*, 1871, Bd. II, s. 218.
(15) Eichhorst. Loc. cit.
(16) Schepelern. *Schmidts Jahrb.*, 1880, Bd. 186, s. 22.
(17) L'alimentation insuffisante est souvent seule signalée (Biermer, Eichhorst, H. Müller, etc.).
Les malades de Quincke ne vivaient que de pommes de terre et de café. Un malade de M. Hayem ne vivait que de pain et d'eau.
(18) Ménétrier. Cité par M. Hayem.

treize ans; Biermer et Müller, huit ans; Kjelberg (1), cinq ans]. Les hommes semblent être aussi fréquemment atteints que les femmes, si l'on met de côté les faits d'anémie consécutive à la grossesse, à la puerpéralité et à la lactation.

Pour expliquer la rareté de la maladie de Biermer, dans certains pays, il est inutile d'invoquer une question de race. C'est bien plutôt affaire de niveau social. Les pays frappés sont ceux où les classes inférieures sont misérables, se nourrissant mal, travaillant beaucoup et se trouvant, en outre, dans de mauvaises conditions d'aération.

VIII

Pathogénie. — Les lésions trouvées à l'autopsie des sujets ayant succombé à l'anémie pernicieuse progressive sont, comme nous venons de le voir, loin d'être caractéristiques. C'est là une des raisons qui expliquent la diversité des théories pathogéniques proposées :

1° Nous avons vu que l'on avait rapporté à la maladie de Biermer un certain nombre de cas, décrits par Ponfick sous le nom de cœur gras. Mais cette lésion semble bien être secondaire. On a trouvé le cœur sain dans l'anémie pernicieuse. L'inverse est vrai aussi [Fr. Muller (2)]. L'intensité de l'altération du myocarde, comparée à celle des autres muscles, s'explique par les conditions actives particulières de sa nutrition. Du reste, Tolmatocheff et Perl (3) ont démontré expérimentalement l'influence stratogène sur le cœur de l'anémie, produite par des hémorrhagies répétées.

2° La fréquence des lésions gastro-intestinales constatées à l'autopsie [Hayem, Nothnagel (4), Fenwick (5), Nolen (6), Quincke (7), Henry et Osler (8), Brabazon (9), Müller (10), Zahn, S. Meyer (11), Trechsel (12), etc., etc.], ont fait proposer les théories gastrique et gastro-intestinale de la maladie, qui, dans certains cas, serait une véritable phthisie gastrique. L'anémie proviendrait de l'insuffisance de la nutrition, secondaire aux troubles de la digestion et de l'absorption des matériaux nécessaires à l'organisme. L'objection faite à la théorie précédente se dresse aussi contre celle-ci : on peut trouver semblables lésions dans d'autres cachexies (alcoolisme, Neusser), d'autre part, elles peuvent manquer, ou être très légères dans l'anémie pernicieuse (Schepelern). Il semble bien établi qu'une anémie extrême, très analogue à l'anémie pernicieuse, puisse se développer sous l'influence de lésions du tube digestif : mais, de là à conclure à cette hypothèse que la maladie de Biermer s'y rattache toujours, il y a loin. Admettre qu'il y a insuffisance primitive plus ou moins complète des fonctions digestives, c'est raisonner *a priori*. L'absence d'acide chlorhydrique, constatée plusieurs fois, à une période tardive, dans le suc gastrique, ne peut être invoquée à l'appui de cette opinion. Elle peut fort bien, en effet, être secondaire. En outre, l'alimentation insuffisante et défectueuse produit plutôt le scorbut, ou une gastro-entérite grave [Hayem (1)], ne rappelant pas l'anémie pernicieuse.

3° Des objections analogues s'opposent à ce que l'on admette, comme substratum à la maladie de Biermer, l'altération du grand sympathique (Bringidi) ou de l'appareil nerveux de l'intestin (Sasaki, Blaschko). Il semble, en effet, que ces lésions puissent s'observer dans d'autres conditions, quoique Blaschko ne les ait pas retrouvées dans les cachexies cancéreuses ou tuberculeuses, et soient, par suite, secondaires.

4° La théorie proposée par W. Hunter (2) est à rapprocher des précédentes. Pour cet auteur, l'anémie résulte d'une destruction globulaire exagérée dans le système porte, destruction prouvée par la présence de granulations ferrugineuses dans le foie et l'augmentation considérable de la proportion de fer contenu dans cet organe. Lorsque cet organe devient insuffisant, les granulations ferrugineuses passent dans la grande circulation et provoquent de la néphrite, entre autres lésions.

W. Hunter rapproche l'anémie pernicieuse de l'intoxication par la toluylendiamine. M. Perroud voyait aussi le *primum movens* de la maladie dans la statose du foie (3).

5° La maladie de Biermer est le résultat d'une lésion de l'appareil hématopoiétique. Cette hypothèse semble *a priori* la plus logique : nous nous y arrêterons un instant et nous étudierons, à l'occasion, les relations de l'anémie pernicieuse progressive avec les diverses maladies que l'on considère comme relevant de troubles de l'hématopoièse : la chlorose, certaines formes de leucémie et de pseudo-leucémie, et enfin avec la maladie d'Addison.

Nous avons vu qu'il n'était pas possible de trouver dans les lésions diverses, décrites dans les organes hématopsichiques une qui fut caractéristique. L'hypothèse de Cohnheim (4), de Pepper (5), d'Osler, etc. (6), n'a pas été vérifiée. Le retour de la moelle osseuse à l'état fœtal est inconstant et se retrouve dans d'autres cachexies. La moelle peut ne présenter qu'un état gélatiniforme, qui est loin d'être un retour à l'état embryonnaire, ou même rester normale. La présence dans le sang de globules à noyaux que l'on a donnée comme preuve de la participation de la moelle au processus morbide, peut exister dans toute anémie intense et extrême.

On a rapproché l'anémie pernicieuse de la leucémie et

(1) Kjellberg. *Nord. Med. Arkiv*, 1881, XVI, p. 1.

(2) F. Muller. Loc. cit.

(3) Perl et Tolmatocheff. cités par Litten. *Berl. klin. Woch.*, 1879.

(4) H. Nothnagel. Cirrhotische Verkleinerung d. Magens und Schwund der Labdrüsen unt. klin. Bilde d. pernic. Anæmie. *Duutsch. Arch. f. klin. Med.* 1879. Bd. XXIV, p. 354.

(5) S. Fenwick. On atrophy of the stomach. *The Lancet*, 1879, 16 july, p. 78. — *Ibid.* 1877, 7 july.

(6) W. Nolen. Bijdrage die studie d. progress. pern. Anæmie. *Nederl. Bijdsschr. v. Genenk. Amst.*, 1882.

(7) H. Quincke. Ub. perniciœse Anaemie. *Volkm. Samml. Klin. Vortr.*, 1876, n° 100, p. 797.

(8) Fr. P. Henry et W. Osler. Atrophy of the stomach, with the clinic. factur. of progress. pernic. Anæmia. *The Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril 1886, p. 498.

(9) Brabazon. Case of general atrophy of the stomach. *Brith. Med. Journ.*, 27 juillet 1878, p. 134.

(10) Muller. Loc. cit.

(11) S. Meyer. Zur Kenntniss der sogenannten Magenatrophie. *Zeitsch. f. Klin Med.*, 1889, Bd. I, Hoft. 3 et 4, p. 366.

(12) Trechsel. *Rev. méd. de la Suisse rom.* 1888, n° 6.

(1) Hayem. *Compte rendu des séances de la Société de biologie*, 1871, p. 7.

(2) W. Hunter. An investigation into the pathology pernicious anæmia. *The Lancet*, 22 septembre et octobre 1888.

(3) Théorie de Silbermann. De ses recherches expérimentales, Silbermann conclut que la cause de la maladie est une richesse anomale du sang en ferments de la fibrine.

(4) J. Cohnheim. Erkrankung. d. Knochenmarks b. perniciös. Anæm. *Virchow's Arch.*, 1876, Bd. LXVIII. s. 209.

(5) W. Pepper. Progress. pern. Anæm. or anœmatosis. *Americ. Journ. of the Med. Scienc.*, octobre 1875, LXX, p. 213.

(6) Osler. Ub. d. Entwikel. v. Blutkœrp. in Knochenmark. b. pernic. Anæmie. *Centralbl. fd. Med. Wiss.*, 1878, n° 26.

particulièrement de la leucémie dite médullaire. On a publié plusieurs cas de leucémie se développant au cours de l'anémie pernicieuse [Warfwinge (1), Litten (2)]. La lésion des organes de l'hématopoièse, qui est le fait de l'anémie pernicieuse, rendrait plus facile et préparerait, en quelque sorte le développement de la leucémie. Les mêmes relations ont été notées pour la pseudo-leucémie, et l'on a été jusqu'à considérer l'anémie pernicieuse comme une pseudo-leucémie médullaire, ou splénique [Osler (3)]. L'inconstance et le défaut de spécificité des lésions de la moelle osseuse, trouvées dans la maladie de Biermer, montrent ce que cette hypothèse a d'excessif.

Mais si Litten a pu se demander si l'on n'avait pas pris un certain nombre de cas d'anémie pernicieuse progressive pour des faits de pseudo-leucémie, la question inverse peut mieux encore être posée. Car un certain nombre d'observations, dans lesquelles la moelle osseuse était particulièrement intéressée, relèvent presque certainement de la pseudo-leucémie [Fede (4), Cohnheim, Pepper].

Remarquons, avec M. le professeur Hayem, que c'est un fait bien singulier, qu'on cherche précisément dans une hyperplasie et un retour à l'état embryonnaire de la moelle osseuse, la cause de l'anémie, la plus grave, alors que de nombreux auteurs, à la suite de Neumann et de Bizzozero, veulent faire jouer un rôle dans la production des éléments du sang à la moelle osseuse. Neusser (5) admet la régénération du sang par les globules rouges nucléés, ce serait le mode de régénération rapide, comme chez l'embryon, la régénération hématoblastique étant le mode lent ; la mort ne survient que si ce processus est insuffisant.

On a vu l'anémie pernicieuse se montrer chez d'anciennes chlorotiques (Laache, Hayem et Luzet), mais le fait est rare. Un grand point distingue l'anémie, même très intense, des chlorotiques, c'est la persistance de la régénération par les hématoblastes. Tant que ceux-ci restent nombreux, qu'on rencontre de nombreux globules jeunes, dans le sang, la réparation du sang est possible. Il peut se produire dans la chlorose une diminution momentanée de cette rénovation hématoblastique, mais elle ne devient persistante, que si l'anémie devient plus grave, atteint plus intimement le processus de l'hématopoièse et aboutit ainsi à l'anhématopoièse, à l'anémie pernicieuse progressive.

On a signalé plusieurs fois l'apparition de taches brunes et même une coloration bronzée de la peau dans l'anémie pernicieuse progressive. Certains auteurs ont voulu voir des relations de parenté entre cette maladie et la cachexie addisonienne [W. Pepper (6)]. Il y a, en effet, plus d'un trait commun entre ces deux affections, et en dehors de leurs particularités évolutives comparables, l'examen du sang peut aussi révéler des résultats analogues au point de vue de l'hypertrophie des éléments et de l'augmentation de leur pouvoir colorant (Hayem). Notons qu'on signale souvent, par contre, un certain degré de leucocytose dans la maladie d'Addison.

(1) WARFWINGE. *Nord. Med. Arkiv.* 1883, XV, nº 7.

(2) LITTEN. *Berlin. Klin. Woch.*, 1879, nº 19.

(3) Les bons résultats donnés par l'arsenic dans le traitement de l'anémie pernicieuse ont été invoqués aussi comme arguments en faveur de ces hypothèses pathogéniques. Il est certain que la pseudo-leucémie, myélogène, peut produire une anémie extrême sans hypertrophie ganglionnaire et pouvant ressembler en tout point cliniquement à l'anémie pernicieuse progressive. Dans un cas de Geigel (Verhalten d. roth Blutkœrp. b. d. Pseudo-leucémie. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1885, Bd. XXXVII, s. 59.) l'aglobulie (1 200 000) fut cependant, même dans les derniers jours, loin d'atteindre le degré d'aglobulie de l'anémie pernicieuse.

(4) F. FEDE. Di un caso di anemia pernic. progressiva, etc. *Movimento Med. Chir.*, 1875, VII, nºs 17-18.

(5) NEUSSER. Collège des médecins de Vienne, in *Bulletin médical*, 1890, p. 269.

(6) W. PEPPER. Addison's diseases and its relations with anæmatosis (essential anœmia). *Americ. Journ. of the Med. Scienc.* Bd. LXVI, s. 329.

6° Dans ces dernières années, on a voulu rattacher l'anémie pernicieuse progressive à la classe des maladies parasitaires. M. Bernheim (1) a trouvé, dans le sang recueilli après la mort, des bâtonnets répondant au genre bactéridien de Davaine. Frankenhauser (2), Petrone (3), Eichhorst (4) ont décrit un parasite particulier ; il s'agissait de petits éléments arrondis, très mobiles, d'un diamètre égal environ à 1/10ᵉ d'un globule rouge, munis d'un flagellum et d'éléments plus longs, sans queue, moins mobiles. Ces corps ont été trouvés dans le sang et le foie. Petrone les inocula à deux lapins. Le foie des animaux, qui avaient été malades et sacrifiés au bout de vingt jours, contenait un grand nombre de micrococci. Les parasites de Henrot (5) se présentent sous la forme de granulations intra et extra-globulaires.

Ces données sont encore, on le voit, fort vagues. Ces parasites ne seraient-ils pas simplement des altérations globulaires, de celles décrites par M. Hayem (6) dans les anémies extrêmes du quatrième degré ? On trouve alors des éléments oscillant sur place, ou même se déplaçant dans la préparation. Ils ont alors 3 à 7 μ de longueur. Ces éléments assez petits pourraient bien correspondre à l'un des corps décrits par Frankenhauser. De même certains globules, moyens, petits ou nains, sont munis de prolongements en forme de tentacules ou de flagelles, tantôt immobiles, tantôt agitées de mouvements. Ces éléments ne seraient-ils pas les corps arrondis munis de flagelles indiqués par les auteurs, précédents ?

Il paraît bien probable que les pseudo-parasites de Frankenhauser, Petrone, etc., ne sont que des globules rouges, de constitution imparfaite, arrêtés dans leur évolution et ayant encore les propriétés contractiles des hématoblastes. M. le professeur Hayem a eu l'occasion de les constater dans diverses anémies et notamment dans trois cas d'anémie pernicieuse.

Que peut-on conclure, à l'heure actuelle, au sujet de la pathogénie de l'anémie pernicieuse progressive ?

Cette maladie doit être individualisée avec soin et ce qui n'a pas peu contribué à obscurcir son histoire, c'est le nombre des cas publiés à la légère sous ce nom. D'autre part, les observations probantes d'anémie progressive pernicieuse protopathique sont assez nombreuses pour qu'aucun doute ne subsiste sur la nécessité de faire, dans la nosologie, une place à cette affection.

(1) BERNHEIM. Observation d'anémie pernicieuse progressive puerpérale. *Revue médicale de l'Est*, 1879, p. 687.

(2) FRANKENHAUSER. Ub. d. Ætiolog. d. pernicious Anæmie. *Centralbl. f. d. Med. Wiss*, 1883, s. 49.

(3) LUIGI et M. PETRONE. Sulla natura infettiva dell' anemia perniciosa di Biermer. *L. Sperimentale*, 1884, t. LIII, p. 239.

(4) EICHHORST. Loc. cit.

(5) H. HENROT. Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse progressive, *Association française pour l'avancement des sciences* (Nancy), 1886, 2ᵉ partie, p. 755.

(6) HAYEM. De la contractilité des globules rouges et des pseudo-parasites du sang dans l'anémie extrême. Société médicale des hôpitaux, séance du 21 février 1890, et loc. cit. p. 809.

La seule hypothèse acceptable, malheureusement assez vague, est qu'il s'agit d'un épuisement du processus normal de sanguification pouvant être soit primitif, soit l'aboutissant de divers états anémiques, d'origine variable. M. le professeur Hayem propose le nom d'anhématopoïèse, pour désigner ce processus, que Pepper avait déjà nommé anhématosis. Les altérations irritatives, trouvées dans les organes hématopoiétiques, apparaissent alors comme un processus compensateur ultime, malheureusement insuffisant.

Quelle est la cause première de cette anhématopoïèse? On ne peut qu'émettre des hypothèses et soupçonner une modification chimique du plasma sanguin, relevant soit — ce qui est loin d'être démontré — d'une infection, soit d'une auto-intoxication, l'origine de cette dernière restant obscure. Cette dernière hypothèse donnerait une explication satisfaisante d'un des symptômes les plus fréquemment observés, les hémorrhagies, qui relèveraient alors d'embolies capillaires reconnaissant pour origine des *concrétions par précipitations grumeleuses*, produites par des substances chimiques, dérivant soit des produits de l'absorption, soit d'une déviation pathologique des actes de la désassimilation de certains éléments cellulaires.

IX

Diagnostic. — L'anémie par botriocéphale et celle par anchylostome, en dehors des quelques caractères cliniques qu'elles présentent, se reconnaîtront par l'examen des selles, auquel on devra toujours penser, dans les milieux où l'expérience a montré l'existence de ces parasites.

L'examen du sang fera facilement écarter le diagnostic (qui a été discuté plusieurs fois en pareil cas) de fièvre typhoïde ou d'endocardite infectieuse, dans les cas d'anémie pernicieuse fébrile. Nous avons déjà indiqué les caractères qui séparent la chlorose de la maladie de Biermer, nous n'y reviendrons pas.

L'hypertrophie des éléments du sang et l'augmentation de la richesse globulaire, sans être pathognomoniques, comme l'admet Laache, ont déjà une certaine valeur diagnostique. L'arrêt ou le ralentissement de la formation des hématoblastes, et, par suite, le petit nombre des formes globulaires jeunes a plus d'importance encore (Hayem).

Les anémies symptomatiques (cancer en particulier) ne produisent ces caractères du sang qu'à la période ultime, le nombre des globules pouvant rester, par exemple, au-dessus d'un million, et les hématoblastes nombreux, alors que la cachexie est déjà complète. Dans l'anémie pernicieuse les modifications du sang sont plus précoces (1). L'examen du sang ne permet pas de séparer l'anémie protopathique de l'anémie pernicieuse, se développant à la suite de la grossesse, de la puerpéralité.

L'état du pannicule adipeux sous-cutané généralement bien développé, l'examen ophthalmoscopique, serviront aussi au diagnostic, quoique l'on puisse observer de l'émaciation et que les altérations rétiniennes puissent manquer. Laache, Neusser regardent comme ayant une certaine valeur la fréquence de la leucocytose dans les anémies symptomatiques [cancer (Hayem)].

(1) Neusser (Loc. cit.) attache aussi une importance réelle mais non absolue à la présence des globules rouges à noyau dans le sang. Nous avons vu que l'apparition de globules rouges nucléés dans la circulation est ici tardive, beaucoup plus que dans d'autres affections, la leucocythémie en particulier.

X

Pronostic. — Alors que certains auteurs déclarent l'anémie pernicieuse toujours mortelle (Addison, Immermann, Eichhorst), d'autres, au contraire, admettent la possibilité de la guérison (Quincke, Sœrensen, Hansen, Laache, Hayem).

Nous nous bornerons ici à indiquer les renseignements que l'on peut puiser dans l'examen du sang.

Quincke a vu la guérison survenir dans un cas où le nombre des globules était tombé à 143000, chiffre que M. Hayem dit fabuleux. D'après Sœrensen, la mort serait certaine, quand le nombre des globules tombe à un demi-million par millimètre cube. Tout en trouvant cette opinion peut-être un peu pessimiste, M. le professeur Hayem déclare n'y pas contredire.

Dans les cas d'anémie symptomatique, l'état du malade est très grave, lorsque le nombre des globules tombe au-dessous d'un million, surtout si le nombre des hématoblastes est abaissé d'une façon continue. L'apparition des globules rouges à noyau est alors signe de mort prochaine.

Dans l'anémie protopathique, la diminution des hématoblastes et l'apparition des globules à noyau sont plus précoces. Ces données, indiquées par M. le professeur Hayem, ont, ainsi qu'on s'en rend compte aisément, une grande portée au double point de vue du diagnostic et du pronostic.

XI

Traitement. — Dans l'anémie progressive par botriocéphale et par anchylostome, on prescrira, tout d'abord, des antihelminthiques. L'*extrait de fougère mâle* à haute dose (surtout pour l'anchylostome) a donné de bons résultats. On s'adressera ensuite à l'anémie, que l'on traitera par un régime approprié et l'administration du fer. Il faut se rappeler, d'ailleurs, que, dans certains cas d'anémie extrême, la mort peut survenir malgré l'expulsion du parasite.

Dans l'anémie pernicieuse proprement dite, le *fer* (protosels) donnera de bons résultats, tant que la maladie n'est pas arrivée à une phase trop avancée, tant que le nombre des globules n'est pas tombé au-dessous d'un million. Lorsque le pouvoir de sanguification, de rénovation hématoblastique se suspend, le fer, qui a pour résultat de fournir aux globules rouges l'aliment indispensable à leur développement complet, devient inutile (Hayem). Notons que, dans les cas favorables, le nombre des hématoblastes, même au moment de l'acmé de la crise hématoblastique, de réparation sanguine, reste faible et n'atteint pas les chiffres élevés qu'on observe dans d'autres maladies.

L'*arsenic* est alors indiqué [Brom-Bromwell, Warfwinge, Padley (1), Wilkocks (2), Hayem] et peut donner moitié de guérisons (Padley). Cette efficacité de l'arsenic tiendrait à son action directe sur les organes de l'hématopoïèse, dans lesquels il provoque le développement d'hématoblastes. Lorsque la maladie est enrayée par l'arsenic, le fer retrouve ses indications pour mener les hématoblastes à l'état de globules rouges adultes.

(1) G. Padley. Idiopath. progress. pernicious anœmia and its successful treatment. *The Lancet*, 10-15 nov. 1883.

(2) Fr. Wilkocks. On some points in the pathology of anœmia and on the action of iron and arsenic. *The Practitioner*, july-aug. 1883.

La *transfusion*, employée souvent à la période ultime, a donné des résultats fort variables (Quincke, Hayem).

Néanmoins, étant donné son action sur la production des hématoblastes, c'est une médication qu'il ne faut pas se hâter trop de condamner.

M. le professeur Hayem insiste beaucoup sur la nécessité de traiter, de bonne heure, énergiquement les anémies des adultes, comme moyen préventif contre le développement de l'anémie pernicieuse.

Nous n'insisterons pas sur le régime alimentaire réparateur, qu'il convient de prescrire, ni sur la nécessité d'opposer à chaque symptôme principal une médication appropriée (dyspepsie : acide chlorhydrique ou lactique, inhalations d'oxygène, etc.).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

253. M. MOUTON. De la suture des nerfs, et en particulier de la suture secondaire. — 254. M. CLAA. Comparaison entre le curage et la cautérisation dans l'endométrite du corps. — 255. M. GÉORGIADES. Considérations sur les fistules uréthropéniennes, et particulièrement sur celles qui succèdent à la blennorrhagie. — 256. M. VIMONT. Contribution à l'étude des obtitérations de la veine cave inférieure. — 257. M. LERESCHE. Étude sur la paralysie glosso-labiée cérébrale à forme pseudo-bulbaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Richardière, Thibierge et Galliard.

— M. le docteur Perrin (Charles-Antoine) est nommé médecin honoraire du Bureau de bienfaisance du XXe arrondissement de Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Labosse (de Nitry).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 83. — MARDI 22 JUILLET 1890. 63e ANNÉE. MARDI 22 JUILLET 1890. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 21 juillet 1890.

Les Facultés françaises sont complètement délaissées par les étudiants étrangers, le fait est aujourd'hui hors de doute, et il suffit, pour s'en rendre compte, de consulter les chiffres officiellement publiés. Au fur et à mesure que le nombre des étudiants étrangers diminue chez nous, il augmente chez nos voisins dans la même proportion. Mais le mal est encore plus grand que ne le constatent les statistiques officielles. Les Universités ne publient, en effet, dans leurs relevés, que le nombre des étudiants régulièrement inscrits pour suivre les cours ; elles ignorent le nombre de ceux qui suivent bénévolement les cliniques et les amphithéâtres ; elles ne connaissent pas ceux qui, déjà reçus docteurs dans leurs pays, sont venus en Europe dans le but de se perfectionner.

La vérité apparaît alors triste et incontestable pour celui qui a vu. Notre enseignement est aujourd'hui justement et sévèrement apprécié par l'étranger, à quelque nation qu'il appartienne. Ce que nous avons dit, dans un précédent article, explique les motifs de ce dédain presque général.

L'étudiant ou le médecin étranger, pas plus que l'étudiant français, ne trouve chez nous de véritable enseignement, et comme il cherche, en Europe, à dépenser son temps et son argent le plus utilement possible, il s'installe chez nos voisins, y suit régulièrement et facilement des cours, et retourne chez lui proclamer l'excellence de la science austro-allemande, et ne se cache pas souvent pour exprimer à notre égard des sentiments parfois peu flatteurs.

Combien y a-t-il, à Paris, d'étudiants venant des États-Unis d'Amérique ? Sont-ils deux ou trois ? Nous n'oserions l'affirmer; alors qu'à Vienne, cette colonie d'étudiants américains compte plusieurs centaines de membres et meuble tout un quartier près de l'Université.

L'étudiant étranger ne trouve pas chez nous ce qu'il désire, et comme il peut comparer et qu'il est libre de s'adresser où il veut, il va là où il peut étudier avec profit.

Bien qu'insuffisamment renseigné et ne connaissant pas le mal dans toute son étendue, le Ministère s'est cependant préoccupé d'une telle situation, et il a cherché, dans son projet de réforme de l'Enseignement médical, à faire quelque chose qui attirât de nouveau chez nous le courant des étudiants étrangers qui, actuellement, est complètement détourné et se dirige ailleurs. Voici ce qu'il a proposé : l'étudiant né à l'étranger, qui voudra exercer la médecine en France, sera astreint à toutes les obligations de l'étudiant français, dont il aura d'ailleurs toutes les prérogatives; mais l'étranger, qui ne voudra que se perfectionner dans ses études et retourner dans son pays, subira des examens spéciaux et recevra une sorte de certificat d'aptitude médicale qui témoignera de l'enseignement qu'il a reçu en France. L'idée est originale, mais elle passe à côté de la vérité. C'est s'illusionner que de croire que l'étudiant étranger tienne beaucoup au titre de docteur de France. L'antique prestige de nos Facultés médicales a bien baissé à l'étranger. C'est une triste vérité, mais il faut la dire. Il suffit de voyager un peu pour être convaincu. Ce n'est pas pour une vaine étiquette et pour un parchemin que l'étranger vient en Europe; c'est, nous l'avons dit, pour compléter et perfectionner ses études; c'est pour combler les lacunes de l'enseignement qu'il a reçu chez lui.

L'étranger qui vient dans ces conditions veut, avant tout, bien employer le temps qu'il passe en Europe. Il réclame des cours spéciaux et ne demande qu'à payer. Chez nous tout est gratuit, il est vrai ; les hôpitaux, les cliniques, les cours, sont largement et libéralement ouverts. Mais le véritable enseignement n'y est pas fait; l'étudiant étranger n'est pas longtemps à juger des lacunes de notre organisation, et son départ suit de quelques jours son arrivée à Paris. Il dédaigne la gratuité qu'on lui offre et va trouver à l'étranger un enseignement qu'on lui fait payer, mais qui lui est profitable. Il y a à Vienne, par exemple, la moitié des professeurs qui ne vivent que des honoraires de ces auditeurs étrangers. En France, même en payant, l'étranger ne peut trouver ce qu'il désire.

La réforme proposée par le ministère ne servira de rien. Créer un enseignement réel et sérieux pour l'étudiant français, c'est-à-dire bouleverser de fond en comble ce qui existe aujourd'hui et ne pas s'attarder à des demi-mesures, admettre l'étudiant étranger en faisant payer son droit d'assistance aux cours, tel est le seul et l'unique remède.

Si le cours est bien fait et réellement profitable, chacun y viendra, l'étudiant français ainsi que l'étudiant étranger. Prenons un exemple entre mille : un médecin désire se perfectionner dans la pratique de la *gynécologie*; que ferait-il à Paris, où il n'existe aucun cours officiel ou complet sur cette matière ? N'a-t-il pas raison d'aller chercher

ailleurs un enseignement qu'il ne trouve pas chez nous?

Le mal est si réel que nous voyons les médecins de l'Amérique du Sud, qui sont, comme nous, de race latine, qui aiment notre pays, notre langue, qui étudient dans nos livres, s'astreindre à l'étude pénible de la langue allemande pour aller, pendant cinq à six mois, étudier chez nos voisins. Et cependant en Allemagne, pas plus que chez nous, on ne leur donne un certificat d'études. Ce n'est donc pas en créant, pour les étudiants et médecins étrangers, un diplôme spécial, qu'on les attirera chez nous et qu'on reconquerra l'influence scientifique que nous sommes à la veille de perdre. Modifier notre enseignement, c'est la seule et vraie réforme, qui domine toutes les autres et qui sera l'honneur du ministre qui saura l'imposer.

Nous avons annoncé, dans notre dernier numéro, que le concours pour le Bureau central, en médecine, venait de se terminer par la nomination de MM. Richardière, Thibierge et Galliard. On ne pouvait faire un meilleur choix, et le corps des médecins des hôpitaux a fait là d'excellentes recrues.

C'est, on le sait, le second concours de cette année. Le premier a commencé le 28 février; le second, le 16 mai. Quelques jours seulement se sont écoulés entre la fin du premier et l'ouverture du second. Les candidats ont donc été sur la brèche pendant plus de quatre mois. Durant ce long espace de temps, ils n'ont guère pu que suivre les épreuves et faire, en petit comité, les exercices préparatoires. Ce travail est un travail tout spécial et tout à fait artificiel. Examiner un malade en dix minutes, parler sur lui pendant quinze minutes, quelle que soit sa maladie; parler, pendant vingt minutes, sur n'importe quel sujet de pathologie après vingt minutes de préparation, voilà à quoi sont condamnés ces malheureux candidats. Ajoutez à cela qu'avant l'ouverture du concours, qui commence par une composition écrite, il leur a fallu consacrer deux ou trois mois à repasser la pathologie!

Les jeunes médecins, condamnés à cette improductive besogne, ont de vingt-huit à trente-six ans. Tous sont d'anciens internes. Ils sont la pépinière dans laquelle se préparent les futurs médecins des hôpitaux, les futurs professeurs de l'École, les futurs membres de l'Académie de médecine. Ils représentent, en somme, une élite.

N'est-il pas regrettable de voir tant d'efforts ainsi perdus, tant de travail fait en pure perte pour la science? Le souci du concours, de sa préparation, de ses épreuves, apporte une sérieuse entrave au travail personnel. Ces exercices, trop longtemps prolongés, le sont au détriment de l'originalité des jeunes médecins qui y sont soumis. S'ils ne leur ôtent pas tout le goût des recherches personnelles, ils leur en ôtent en grande partie le temps.

Si le concours est un mal nécessaire, n'est-il donc pas possible d'en limiter la gravité? Avec le système actuel, les candidats doivent incessamment passer par la même série d'épreuves, qu'ils aient été ou non admissibles aux concours antérieurs, de si près qu'ils aient failli toucher le but. Est-il bien indispensable de leur faire toujours tourner la même roue à vide? A quoi bon tous ces efforts stériles?

On a proposé de considérer comme admissibles, pour tous les autres concours, les candidats ayant été une ou deux fois admissibles déjà. Ils n'auraient, dès lors, à subir que les épreuves définitives. De là, pour eux, des tribulations en moins et du temps gagné.

L'égalité, à laquelle les Français semblent tenir le plus, c'est l'égalité devant les concours d'ordre administratif. On a jeté les hauts cris devant ce projet. Comment, a-t-on dit, vous allez maintenant créer une nouvelle classe de médecins, et nous aurons MM. les admissibles! Réellement, ce n'est pas sérieux.

Nous avons, à Paris, d'admirables matériaux d'instruction et de travail pour les étudiants et les jeunes médecins qui visent à devenir des maîtres. Il s'en perd les 9/10e. Nous avons une phalange de jeunes docteurs qui, pour la plupart, ne demandent qu'à travailler, à faire œuvre personnelle; mais on les y encourage peu, et on les soumet à des concours tels qu'ils dévorent la meilleure partie de leur temps et de leurs forces.

Laissez-leur au moins le plus de répit que vous pourrez; dételez-les de leur meule le plus longtemps et le plus tôt possible. Ne découragez pas les bonnes volontés; ne gâchez pas les forces dont dispose la médecine française. Au risque de créer une classe d'admissibles, délivrez le plus possible vos concurrents des épreuves du concours et de leur préparation.

Les épreuves définitives suffisent pour démontrer que les candidats ne se sont pas rouillés depuis leur élévation à l'admissibilité.

Qu'on ne s'y trompe pas : il y a, dans cette organisation du concours pour les hôpitaux, une question d'intérêt général pour la médecine française. Si l'on veut qu'elle lutte avec les nations étrangères à armes égales, il faut débarasser le plus tôt possible ses champions des entraves qui les paralysent.

L'Assistance publique et le corps médical des hôpitaux ont, à ce point de vue, une responsabilité dont ils ne doivent pas méconnaître l'importance.

HOPITAL TROUSSEAU. — M. Legroux.

Exostoses ostéogéniques ou de croissance, multiples.

(Observation présentée à la Société médicale des hôpitaux de Paris.)

Je crois intéressant de présenter une enfant, fillette de neuf ans, entrée dans mon service, à l'hôpital Trousseau, pour une chorée légère que l'antipyrine a, d'ailleurs, guérie en quelques jours.

Cette enfant, qui n'a comme antécédent personnel qu'une rougeole et une coqueluche, lesquelles ont guéri sans laisser traces, et qui n'a aucune tare héréditaire appréciable (syphilis, tuberculose, névropathie, etc.), offre un exemple assez rare de nombreuses exostoses de croissance (il y en a plus de 50), réparties symétriquement, surtout sur les os longs et aussi sur quelques os plats. Ces exostoses constituent, sur les os où elles se sont développées, des saillies de volume variable (il en est qui équivalent à de grosses noix et plus, d'autres qui n'ont que la grosseur d'un petit pois, d'un grain de millet); elles sont inégales, rugueuses, formées de pointes plus ou moins mousses, reposant sur une base quelquefois assez large. C'est toujours sur les extrémités épiphysaires des os longs ou au niveau des symphyses chondro-osseuses comme sur les côtes, ou le long des crêtes comme sur le bord des os iliaques, qu'on rencontre les plus nombreuses hypertrophies du tissu osseux.

Voici la manière dont se répartissent ces exostoses, d'après l'étude qu'en a faite M. P. Boulloche, interne très distingué de mon service.

Les membres sont particulièrement atteints; les os du pied sont presque entièrement respectés; il n'y a qu'une petite exostose à l'extrémité antérieure du cinquième métatarsien gauche. Mais les extrémités osseuses de la jambe sont augmentées de volume. A gauche, la partie inférieure du tibia mesure plus de 4 centimètres dans le sens transversal; celle du péroné, qui est aussi hypertrophiée, présente quatre aspérités de 1 centimètre de diamètre environ; de même à droite, le développement des extrémités inférieures du péroné et du tibia est très exagéré, et en serrant fortement cet os entre les doigts on a la sensation de quatre à cinq saillies rugueuses. La portion diaphysaire du péroné et du tibia n'offre, dans sa plus grande étendue, aucune altération, mais au niveau de l'articulation du genou les lésions sont considérables et presque identiques des deux côtés; à gauche, augmentation énorme de la jambe; à l'extrémité supérieure du péroné, deux exostoses pointues à 10 centimètres de l'interligne articulaire; sur le tibia, une grosse exostose ayant les dimensions d'une noix, et à côté d'elle, une plus petite à 5 centimètres de l'interligne; au niveau du fémur, on trouve, sur le condyle externe et sur le condyle interne, mais un peu plus haut, deux grosses saillies osseuses arrondies. A droite, les lésions sont tout à fait analogues; l'extrémité supérieure du tibia est épaissie et porte deux ou trois saillies du volume d'un œuf de pigeon; les saillies du fémur sont plus développées et plus pointues que celles du côté opposé.

Au niveau du grand trochanter, du corps du fémur, du pubis et des ischions et sur le reste des os iliaques, il n'y a rien à signaler excepté sur la crête de l'os coxal droit où l'on trouve en arrière, à 5 centimètres de la ligne médiane, une exostose arrondie parfaitement lisse, ayant le volume d'un gros marron. Les vertèbres sont tout à fait respectées, sauf le côté droit de la septième vertèbre dorsale, où l'on rencontre un épaississement du volume d'un fort pois.

Sur les six dernières côtes droites, au point d'union de la portion osseuse et de la portion cartilagineuse, il existe des saillies en forme de clous; la plus volumineuse, qui a les dimensions d'une noisette, siège sur la septième côte; sur la troisième, on trouve, à 4 centimètres de la ligne médiane, trois exostoses, une grande et deux petites. Sur la clavicule droite, une toute petite saillie pointue de l'extrémité interne; à gauche, cette même extrémité porte trois petites saillies; il y en a une sur l'extrémité externe. Les exostoses costales sont de tous points comparables à celles du côté opposé; sur la huitième côte, à 10 centimètres de la ligne médiane, se trouve la plus grosse saillie, pointue, soulevant fortement la peau.

Les omoplates ne sont point indemnes; celle de gauche porte, sur l'épine, une toute petite saillie; celle de droite en présente une qui est symétrique et, en plus, une autre à 1 centimètre au-dessus de la pointe, sur le bord interne de l'os. Enfin, en déplaçant les omoplates sur le gril costal, on détermine un bruit de frottement spécial qui semble indiquer la présence d'exostoses à la face antérieure des os.

Au membre supérieur droit, l'humérus, au-dessous de la tête, mesure 6 centimètres d'avant en arrière et porte deux exostoses faisant saillie en arrière surtout. A 4 centimètres au-dessous du bord inférieur du tendon du grand pectoral, il y a une exostose pointue, aplatie dans le sens antéro-postérieur, d'une longueur de 2 centimètres et demi environ. Les os du bras et de l'avant-bras sont tout à fait intacts, sauf au niveau du poignet; là, le radius et le cubitus épaissis portent quatre à cinq saillies pointues. On en trouve une, toute petite, sur l'extrémité inférieure du deuxième métacarpien, une sur l'index à l'union de la première et de la deuxième phalange, et deux autres à la même hauteur sur l'annulaire.

A gauche, l'humérus porte, au-dessous du pli axillaire, deux saillies de 2 centimètres chacune, dirigées, l'une en avant, l'autre en arrière. Au niveau du poignet, mêmes exostoses que du côté opposé; l'une, radiale, est très saillante en arrière; sur le deuxième métacarpien, il en existe une, ayant les dimensions de la tête d'un gros clou, et une autre toute petite, à l'union de la première et de la deuxième phalange du petit doigt.

Sur les os du crâne et de la face, qui sont parfaitement normaux, on ne constate aucune exostose.

Ces saillies osseuses ont, paraît-il, commencé à apparaître vers l'âge de deux à trois ans; depuis cette époque, elles se sont accrues progressivement, sans provoquer aucune douleur. Seule la grande exostose qui siège au niveau de la huitième côte gauche est un peu sensible à la pression.

Nous nous trouvons donc ici en présence de saillies osseuses multiples, dont l'origine et le rapport avec le développement du squelette ont été parfaitement vus par Broca et son élève Soulier (1), qui leur a donné le nom d'exostoses ostéogéniques. Depuis, les observations se sont multipliées : il en existe près d'une quarantaine dans la littérature médicale, jusqu'à celle de MM. Dauge et Bricon (2), si intéressante à plus d'un titre. Dans presque toutes, on relève certains caractères qu'une description, peut-être un peu minutieuse, nous a permis de constater chez notre petite malade.

C'est, outre l'indolence et l'apparition dans les premières années de la vie, la symétrie presque parfaite; sauf une ou deux, les exostoses sont également réparties à droite et à gauche; cette disposition est surtout frappante au niveau des deux genoux. Comme c'est presque la règle, les os du crâne et de la face sont complètement respectés. De plus, ces exostoses siègent uniquement au voisinage des épiphyses, et de préférence sur celles par où se fait surtout l'accroissement des os en longueur : extrémités supérieure de l'humérus, inférieure des os de l'avant-bras, extrémité inférieure du fémur. Quand on les rencontre sur les deux épiphyses, comme au tibia et au péroné, c'est toujours sur la plus fertile qu'elles sont les plus volumineuses.

Enfin, notre malade ne présente, ni dans ses antécédents, ni sur elle-même, aucun signe de syphilis héréditaire, soit précoce, soit tardive. L'hérédité, qui paraît avoir joué un rôle dans un certain nombre de cas (3), fait complètement défaut. De plus, cette enfant n'est pas rachitique; elle a commencé à marcher de bonne heure; elle n'a pas de déformation du corps des tibias, et n'a jamais été nouée. Cependant, en voyant ces épiphyses osseuses augmenter de volume, épaissies, rugueuses du fait des nombreuses saillies qui les recouvrent, on est tenté de se demander s'il ne se serait pas agi ici d'une variété spéciale de guérison du

(1) Soulier. Thèse de Paris, 1864.
(2) Dauge et Bricon. R. C. de Bicêtre.
(3) Reulos. *Progrès médical*, 1885.

rachitisme caractérisée par une exagération du travail d'ossification aboutissant à la formation d'exostoses. Cette hypothèse, déjà émise par Vix (1), trouverait son appui dans l'observation de MM. Dauge et Bricon où, à côté d'exostoses vraies, on constatait des signes manifestes de rachitisme.

Broca et Virchow (2) sont d'un avis presque identique, et pensent que l'apparition de ces tumeurs est intimement liée au développement du squelette. Il y a production d'exostose quand un cartilage de conjugaison engendre plus de tissu osseux qu'il n'est nécessaire à l'accroissement normal de l'os. Quant à la cause de ce travail exagéré, elle nous échappe complètement; mais que l'on fasse intervenir, avec Recklinghausen, une inflammation chronique localisée, ou, avec Cohnheim, un dépôt excessif des germes qui doivent servir à la formation du tissu osseux, un fait reste hors de doute : c'est que les exostoses se montrent uniquement aux points où se soudent les extrémités constituantes d'un os plat ou bien au niveau des épiphyses où se fait l'accroissement en longueur. Quelquefois, comme chez notre malade (au niveau de l'humérus), on peut en rencontrer qui paraissent très éloignées de l'extrémité épiphysaire : cela tient à ce que l'exostose, qui s'est probablement formée de très bonne heure, a dû se montrer sur la face du cartilage d'ossification qui regardait la diaphyse : c'est donc vers celle-ci, qu'au fur et à mesure de l'allongement de l'os, elle a été repoussée, au point de paraître être née sur elle.

J'ajouterai que ces exostoses de croissance ne sont pas l'apanage exclusif de l'espèce humaine. Les animaux en présentent parfois des exemples. M. le professeur Ball me disait avoir vu, au musée royal de Dublin, le squelette d'un lion né à la ménagerie de cette ville, sur lequel existaient de nombreuses exostoses de ce genre. Cet animal était de beaucoup plus grand que sa mère. Évidemment, ici, on ne peut suspecter la syphilis héréditaire ou acquise d'avoir produit ces tumeurs osseuses!

(1) Vix. *Th. de Giessen*, 1856.
(2) Virchow. *Path. des tumeurs*.

CHIRURGIE CLINIQUE ET CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE

Par M. le docteur Bazy, chirurgien des hôpitaux.

Dans la séance du 14 juin dernier, M. Tuffier fit, à la Société de Biologie, une communication, intitulée : « De l'action de l'urine sur les tissus, son application à la chirurgie », dans laquelle il rend compte d'opérations pratiquées sur la vessie des chiens, d'ablations de la muqueuse vésicale sur une étendue plus ou moins considérable, de plaies réunies par la suture, d'ablation de l'orifice urétéral ou des orifices urétéraux, etc., et M. Tuffier termine en disant : « Ces faits prouvent l'innocuité des résections intravésicales et l'absence de toute infiltration urineuse en pareil cas. J'ai été assez heureux pour transplanter ces faits à la chirurgie humaine et, dans deux cas, j'ai exécuté ainsi une suture avec un plein succès. »

Il y a onze ans, j'avais l'honneur d'être l'interne de M. le professeur Guyon. A cette époque, et bien avant, M. le professeur Guyon appelait l'attention de ses élèves, sur l'innocuité de l'urine par rapport aux plaies, montrant que son contact avec la plaie était innocent, bienfaisant même, ajoutait-il en souriant (et pour le prouver, il montrait les plaies luxuriantes résultant d'incisions faites au périnée pour des infiltrations d'urine); il prenait soin d'opposer le *contact* de l'urine avec les tissus cruentés, à sa *pénétration* dans leurs interstices. Il appliquait ces données à la pratique, insistait sur leur importance.

En même temps, il démontrait l'innocuité des urines ammoniacales, prouvait que l'état ammoniacal des urines n'était pas une contre-indication aux opérations et ne devait pas les empêcher : vues cliniques ultérieurement confirmées par les travaux de M. Albarran, qui a montré que la bactérie pyogène vivait difficilement dans un milieu ammoniacal.

Nous savions donc que le contact de l'urine est inoffensif pour une plaie : d'autre part, la pathologie générale nous apprenait que, si les plaies des cavités sont plus graves que les autres, on pouvait néanmoins en atténuer beaucoup la gravité.

Fort de ces deux données, je n'hésitai pas à pratiquer en 1882, c'est-à-dire il y a près de huit ans, la première extirpation de tumeur de la vessie qui ait été faite en France. Je faisais donc une très large perte de substance à la vessie.

Dès cette époque, m'appuyant toujours sur les données de la pathologie générale et de la pathologie spéciale, dont je viens de parler, je préconisais ce que j'appelais la *résection* d'une partie ou de la totalité de l'épaisseur des parois de la vessie, et la suture de la perte de substance.

La résection et la suture étaient pratiquées, il y a plusieurs années, par M. Guyon (1); le malade guérissait dans les conditions les plus simples.

Enfin, pour tout ce qui touche à la résection des orifices urétéraux, il suffit de se reporter à une observation (2) où cette résection avait été faite par moi, quatre mois auparavant, et je prouvais son innocuité et son efficacité. J'ai fait aussi la suture dans ce cas. Ces faits sont publiés depuis un an et demi.

Cette année, je publiais deux nouveaux faits d'ablation de tumeurs siégeant au voisinage du col et des uretères; dans un cas j'ai fait la suture, dans l'autre je ne l'ai pas faite (3).

Du reste, et j'y fais allusion dans ce dernier travail, nous savons assez comment se comportent les plaies accidentelles faites aux uretères chez l'homme pour ne pas ignorer qu'on n'a pas à craindre leur oblitération ou leur rétrécissement : on sait, en effet, que, dans quelques cas, on n'a pu leur opposer que la néphrectomie.

Il serait plus exact de dire que M. Tuffier a transporté sur les animaux des opérations qui avaient déjà été faites sur l'homme. Tel n'est pas, il me semble, le but de la chirurgie expérimentale. Mais, du moins, ces expériences ont-elles servi à démontrer que la réunion immédiate des plaies de la vessie était possible, malgré le contact permanent de l'urine ?

Il faudrait, pour l'admettre, ne pas tenir compte des faits que je viens de rappeler, passer sous silence toutes les opérations qui restaurent la vessie, aussi bien dans l'exstrophie que dans les fistules vésico-vaginales; oublier que l'on a fait suivre la taille vésico-vaginale de sutures immédiates qui ont pleinement réussi; laisser de côté ce que l'on observe lorsque la cystotomie est pratiquée dans le cas de cystite douloureuse. Le chirurgien est alors obligé, pour

(1) Guyon. *Leçons cliniques sur les maladies de la vessie et de la prostate*, p. 451.
(2) *Bulletin médical*, 1889, 16 janvier.
(3) *Médecine moderne*, 1890, p. 41.

assurer la permanence de l'ouverture artificielle, d'ouvrir l'orifice qu'il vient de créer, en réunissant la muqueuse vaginale à la muqueuse vésicale. Dans une observation publiée dans les cliniques de M. Guyon, la fermeture spontanée et définitive se faisait en moins d'un mois, la suture des muqueuses n'ayant pas été pratiquée.

On a cependant affaire alors à des urines septiques, et il en est souvent ainsi en chirurgie clinique. Rien ne démontre mieux l'innocuité du contact le plus intime, le plus direct et le plus continu des urines sur les plaies.

Je ne veux pas insister et dire que l'innocuité des injections d'urine aseptique était, pour tous, démontrée expérimentalement par les expériences de M. Bouchard et d'autres, que la clinique l'avait démontrée déjà, puisque M. Tuffier a pu réunir les autopsies de dix blessés ayant succombé à des ruptures traumatiques de la vessie sans trace de péritonite.

M. Tuffier n'a pas davantage démontré l'erreur qui attribue à l'urine les lésions cliniques de l'infiltration urineuse, puisque MM. Albarran et Hallé ont fait voir que l'agent pathogène de l'infiltration urineuse et aussi des abcès urineux était la bactérie pyogène.

Quant à l'innocuité du mélange de l'urine et du sang, elle était démontrée par de nombreux faits cliniques de contusions et de déchirures des reins, et elle a été affirmée il y a cinq ans au Congrès français de chirurgie (1885, p. 259 et suiv.) par un chirurgien fort distingué de Chartres, M. Maunoury, qui a montré que les contusions et les déchirures des reins n'étaient pas suivies d'abcès, à la condition que le foyer du traumatisme ne fût pas infecté, et il a indiqué que l'agent de l'infection, dans la plupart des cas, était le cathétérisme.

Je n'ai pas voulu, dans cette note, opposer la chirurgie clinique à la chirurgie expérimentale et conclure en faveur de celle-là. L'une et l'autre nous sont nécessaires, elles se prêtent un mutuel appui. L'expérimentation peut expliquer ou confirmer les résultats de l'observation. Elle peut ouvrir des voies nouvelles et fécondes. La lecture de la note de M. Tuffier pourrait faire penser qu'il en est ainsi pour le sujet qui nous occupe. Je tenais à démontrer qu'il n'en est rien. On peut, d'ailleurs, efficacement servir la science en étudiant un phénomène clinique et en en tirant toutes les conséquences, aussi bien qu'en provoquant et étudiant un phénomène expérimental.

Ici, c'est bien à l'étude clinique, à une étude déjà ancienne, et non aux expériences récentes, que nous devons la notion de l'innocuité du contact de l'urine sur les plaies. C'est elle qui nous a prouvé que l'urine normale et même l'urine pathologique ne troublent pas leur évolution et qu'il est possible de réunir, par première intention, les pertes de substances à son contact.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juillet 1890. — Présidence de M. Nicaise.

RAPPORTS

Adhérence vicieuse des doigts de la main droite. — Ptérygion charnu. — Hernie inguinale étranglée. — Fracture de cuisse. — M. KIRMISSON fait plusieurs rapports sur différents travaux envoyés par M. Bois (d'Aurillac).

M. Bois a pratiqué trois opérations sur la même main. Dans une première opération, dont M. Kirmisson a déjà rendu compte à la Société de chirurgie, M. Bois était parvenu à redresser le pouce, l'index et le médius. L'annulaire restait rétracté et très fléchi. La bride palmaire fut sectionnée. Le résultat a été très satisfaisant.

M. Bois a opéré avec succès un ptérygion charnu et une hernie inguinale étranglée. Le même chirurgien a traité une fracture de cuisse difficilement réductible. Il s'agit d'un homme de cinquante et un ans, ayant une fracture à la partie moyenne du fémur. M. Bois a d'abord traité cette fracture par l'extension continue. Le fragment supérieur faisait toujours une saillie très appréciable. On mit deux attelles plâtrées, l'une à la partie postérieure de la cuisse et l'autre à sa partie antérieure. La jambe fut placée dans la demi-flexion. La guérison fut rapidement obtenue. Le membre ne subit qu'un raccourcissement de 2 centimètres.

M. Kirmisson se sert avec avantage de l'appareil de Hennequin qui met le membre dans la demi-flexion.

COMMUNICATION

Électricité; castration ovarienne; hystérectomie dans la cure des fibromes utérins. — M. RICHELOT. L'électricité a ses apôtres fanatiques, qui compromettent une méthode dont l'utilité est restreinte mais certaine, dans des cas déterminés. On applique, un peu à tort et à travers, l'électricité à toutes les femmes. L'électricité rend surtout des services aux femmes ayant déjà un certain âge. Cependant, la méthode peut être d'une certaine utilité même chez les jeunes femmes. L'électricité permet de donner une longue survie à des malades qui n'auraient pu être traitées avantageusement par d'autres méthodes plus radicales.

Il faut insister sur la nécessité de faire un diagnostic précis. Ceux qui ont l'électricité facile et le diagnostic peu sévère, traitent, comme atteintes de fibromes, des femmes qui ont d'autres affections. Il faut savoir que, dans la moitié des cas, les fibromes utérins sont accompagnés de lésions plus ou moins graves du côté des annexes. La coïncidence d'un fibrome et d'une salpingite est fréquente. Or, s'il y a du pus dans la trompe, l'électricité, appliquée à la cure d'un fibrome, peut amener des accidents graves et même la mort. Il y a donc lieu de se préoccuper de l'état des ovaires et des trompes, quand on se décide à faire de l'électrothérapie. Si on soupçonne l'existence d'une salpingite ou d'un abcès ovarien, il ne faut pas attaquer le fibrome par l'électricité. A maintes reprises, en pratiquant la laparotomie, on rencontre, autour ou derrière des fibromes, des poches purulentes qui n'avaient pas été soupçonnées. Que peut faire l'électricité dans ces cas? Le traitement électrique sera la cause d'accidents graves, dans des cas de cette nature. M. Richelot fait le récit de différentes laparotomies qu'il a faites. Il a rencontré, dans un cas, une tumeur maligne accompagnée de pyo-salpingite. Avant l'opération, on avait cru à l'existence d'un fibrome utérin!

Dans un cas, il a trouvé une salpingite compliquant des fibromes utérins. La mort suivit l'opération. La terminaison fatale a eu pour cause une hémorrhagie. Celle-ci provenait d'une artériosclérose et non pas d'une faute contre l'hémostase.

Chez un malade de quarante-six ans et présentant des pertes assez abondantes dues à un fibrome interstitiel, M. Richelot trouva des tumeurs fibreuses et une pyo-salpingite double. Les poches purulentes se rompirent au cours de l'opération. On fit le lavage du péritoine. Mais on constata qu'une déchirure du colon descendant s'était produite. Après avoir pratiqué une sorte d'hystéropexie, M. Richelot fit un anus contre nature. La cicatrisation finit par s'établir et la fistule se ferma peu à peu. La santé générale devint excellente. Qu'aurait pu faire l'électricité dans un cas de ce genre?

La question des rapports et du siège des fibromes n'est pas étudiée par ceux qui appliquent l'électricité à toutes les femmes atteintes de fibrome utérin. On comprend l'action de l'électricité sur des tumeurs qui font partie intégrante de l'utérus, mais que peut l'électricité contre des fibromes pédiculés, séparés de la matrice?

M. Richelot cite, à l'appui de son dire, plusieurs malades qui ont été laparotomisées et qui avaient des fibromes pédiculisés. Une malade avait une tumeur fibreuse libre dans la cavité abdominale, et ayant contracté des adhérences avec l'intestin. L'électrothérapie aurait été d'une impuissance notoire. Il y a donc lieu de combattre l'erreur de ceux qui font de l'empirisme en appliquant l'électricité à toutes les femmes atteintes de fibromes utérins et en méconnaissant les indications qui proclament la nécessité de la laparotomie. Il y a donc lieu de diagnostiquer les cas qui doivent être traités par la laparotomie de ceux qui doivent subir avec avantage le traitement électrique.

M. BOUILLY est du même avis que M. Richelot. On applique l'électricité à un grand nombre de malades, sans avoir posé de diagnostic. Les spécialistes en électrothérapie méconnaissent le plus souvent l'existence des lésions des annexes. Comme M. Richelot, M. Bouilly reconnaît la fréquence des complications oophoro-salpingitiques.

Les malades atteintes de fibromes utérins, et qui ont des douleurs et des hémorrhagies, sont le plus fréquemment atteintes d'une affection concomitante des annexes.

M. Bouilly a vu souvent le fibrome se compliquer soit d'une pyo-salpingite, soit d'une hémato-salpingite, soit d'une dégénérescence kystique de l'ovaire. Ces lésions des annexes agissent défavorablement sur l'utérus. M. Bouilly a constaté, dans un cas, une pyo-salpingite qui accompagnait un gigantisme utérin. L'ablation des annexes amena la disparition de ce gigantisme. Il y a nécessité de faire le diagnostic principal et le diagnostic des lésions secondaires.

M. Bouilly n'a jamais remarqué, à la suite des ablations de poches purulentes, des hémorrhagies aussi graves que celle rapportée par M. Richelot. Les adhérences de l'intestin grêle sont rares. Les adhérences ont lieu ordinairement à gauche au niveau de l'S iliaque, et à droite au niveau du cæcum.

M. TERRIER confirme l'opinion de ses deux collègues. Bien souvent, le diagnostic est porté d'une façon insuffisante, lorsqu'il s'agit de fibromes utérins. Ce diagnostic est d'ailleurs fort difficile et parfois impossible à poser d'une façon complète. C'est ce que démontrent, à chaque instant, les opérations de la laparotomie. On opère pour un fibrome simple et on le trouve compliqué de salpingite, de kystes ou d'inflammations ovariennes, etc.

Aussi, l'électricité, appliquée inconsidérément à la cure des fibromes, risque-t-elle de donner des résultats déplorables, quand les annexes de l'utérus sont lésées, ce qui est fréquent.

M. Terrier a opéré récemment, dans son service, une malade qui, depuis deux mois, était consciencieusement électrisée pour des fibromes utérins, par un des plus fervents apôtres de l'électrothérapie. L'opération démontra qu'il s'agissait d'une double salpingite purulente.

S'il est des cas où l'électricité soit indiquée, M. Terrier n'en reste pas moins convaincu qu'un jour viendra où la seule méthode rationnelle sera l'extirpation des tumeurs fibreuses par la laparotomie.

M. Terrier, contrairement à ce que vient de dire M. Bouilly, pense que, dans les salpingites anciennes, on trouve fréquemment des adhérences avec l'intestin grêle ; c'est, du moins, ce qui résulte des faits de sa pratique. Il a été obligé, maintes fois, de faire des sutures intestinales et même d'établir des anus contre nature.

M. RICHELOT fait remarquer à M. Terrier, que quelques électriciens appliquent, délibérément et de parti pris, l'électricité à la cure des salpingites.

Fracture du crâne. — **M. HACHE** (de Beyrouth) rapporte le fait d'un malade atteint de fracture comminutive de la voûte du crâne, guéri grâce à la trépanation. Une vaste plaie du cuir chevelu permettait de constater la saillie des fragments du pariétal droit, fracturé par la chute d'une pierre. Le lambeau cutané fut rabattu et suturé après lavage soigné de la plaie. Le quatrième jour, alors que tout s'était bien passé jusque-là, le malade fut pris de fièvre et de délire. Le lendemain, on désunit le lambeau, on appliqua une couronne de trépan qui permit de retirer un fragment de 4 centimètres de large sur 5 de long. Un petit épanchement sanguin avait décollé la dure-mère, mais il n'y avait de pus nulle part; la plaie fut à nouveau désinfectée et suturée. Dès le soir même, le malade allait bien et sa santé resta bonne jusqu'à sa guérison parfaite.

M. Hache conclut de ce fait que, dans les cas de fracture du crâne, il est inutile de faire la trépanation préventive, recommandée par certains chirurgiens, qu'il suffit de surveiller et d'opérer dès qu'il y a indication.

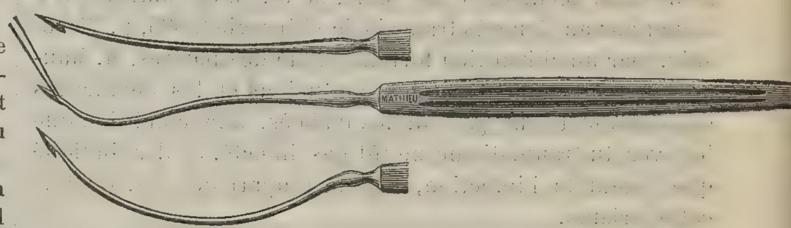
PRÉSENTATION DE PIÈCE

Utérus fibromateux. — **M. BOUILLY** présente un utérus fibromateux, renfermant un fœtus de trois mois. L'opération de Porro fut nécessitée parce qu'il fut reconnu que la disposition des fibromes rendait impossible l'avortement lui-même.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

Aiguille-crochet à sutures. — **M. LARGER** présente à la Société le modèle définitif de son aiguille-crochet à sutures.

Construit par M. Mathieu, cet instrument consiste essentiellement en un poinçon conique, droit ou courbe, muni vers la pointe, taillée en trocart, d'un simple épaulement, dont le fil à suture suffit à combler la lumière.



Il en résulte que l'aiguille pénètre dans la peau à la manière d'un instrument piquant et non tranchant, que les fibres du derme sont écartées, tunellisées et non sectionnées, et que, grâce à la conicité de la tige, une voie lisse et régulière est frayée pour le retour du crochet non saillant de l'aiguille : en un mot, celui-ci n'accroche pas, ainsi que cela arrive avec les crochets à chas volumineux et tranchant.

COMITÉ SECRET

La Société se forme en comité secret, pour entendre la lecture du rapport sur les candidatures au titre de membre correspondant national.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

258. M. Grandhomme. Contribution à l'étude des suppurations des cellules mastoïdiennes. — 259. M. Austin. Sur le diagnostic précoce des néoplasmes de la vessie et du rein au moyen du cystoscope. — 260. Mlle Warchavskaia. De l'urémie et de l'état du cœur dans la néphrite compliquant le cancer de l'utérus. — 261. M. Pellisson. Procidences du cordon ombilical méconnues. — 262. M. Wavelet. De la valeur de la compression et des moyens de l'appliquer au traitement des épanchements articulaires. — 263. M. Stanciulescu. De la luxation du radius compliquant les fractures du tiers supérieur du cubitus. — 264. M. Brossard. Traitement des ruptures de l'utérus pendant le travail de l'accouchement. — 265. M. Séguier. Recherches cliniques sur l'aristol.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 18 juillet 1890, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins principaux de deuxième classe Gavoy, pour l'hôpital militaire de Lille ; Czernicki, pour l'hospice mixte de Limoges.

MM. les médecins-majors de première classe Vivier, pour le 138e d'infanterie ; Lartigue, pour le 107e d'infanterie.

— Le concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 15 octobre, à midi précis.

Le concours de l'externat s'ouvrira le jeudi 16 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, 3.

Les inscriptions, pour ces deux concours, seront reçues au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 8 septembre, jusqu'au mardi 30 du même mois inclusivement.

— Les étudiants en médecine et en pharmacie, actuellement présents dans les Écoles de médecine navale de Brest, de Rochefort et de Toulon, et liés au service militaire en vertu de l'article 29 de la loi du 15 juillet 1889, seront seuls admis, à compter du 1er novembre 1890, à l'École principale du service de santé de la marine créée par la loi du 10 avril dernier.

En conséquence, il ne sera donné aucune suite aux demandes d'admission à cette École, formées par les étudiants en médecine et en pharmacie des Facultés civiles.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Les concours pour les divers clinicats se sont terminés par les nominations suivantes :

Médecine : M. Paliard. — *Chirurgie :* M. Charles Audry. — *Ophthalmologie :* M. Rossigneux. — *Maladies mentales :* M. Royet. — *Maladies syphilitiques et cutanées :* M. Bernard.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Baudisson (de Quinson). Ce très honoré praticien laisse les plus profonds regrets à ses confrères de la région, où il jouissait de la meilleure réputation comme tact médical et habileté chirurgicale. Le docteur Baudisson succombe à l'âge de soixante-deux ans, après trente-huit ans de dévouement.

— Des expériences de vitesse ont été faites, cette semaine, sur le réseau du Nord. Un train, dit *train-éclair*, composé d'une locomotive d'un système spécial et de douze wagons, a été lancé sur la ligne avec un chargement égal ou même plutôt supérieur à celui d'un express ordinaire. Ce train, grâce au système de sa machine, a pu atteindre la vitesse invraisemblable de 120 kilomètres à l'heure. Il a fait le circuit de Paris à Calais, Calais à Lille, Lille à Paris. Dans cette dernière partie de son voyage, renouvelé trois fois en quelques jours, le train-éclair ne s'est arrêté qu'à Longueau, pour faire de l'eau. Il a effectué en deux heures et demie environ, arrêt compris, les 250 kilomètres qui séparent Lille de Paris.

C'est, croyons-nous, une des plus grandes vitesses, sinon la plus grande, qui ait jamais été obtenue.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Lagneau a terminé la lecture de son important et consciencieux travail sur les causes de la dépopulation de la France. Cette troisième partie est consacrée à l'étude des moyens les plus propres à remédier à cet état de choses, dont il est temps que les pouvoirs s'occupent et dont il faudrait que la population tout entière s'inquiétât. Nous donnerons à nos lecteurs, dans un de nos prochains numéros, le travail de M. Lagneau qui, probablement, sera l'objet d'une sérieuse discussion.

On trouvera, au compte rendu, le résumé d'une nouvelle communication de M. Laboulbène sur les moyens de reconnaître la ladrerie bovine produite par les cysticerques du tænia et malgré leur rapide disparition à l'air atmosphérique; une note de M. Hache (de Beyrouth) sur les symptômes et le traitement des abcès du foie, note dans laquelle l'auteur relate quatre observations d'abcès du foie traités par l'incision franche, dont deux suivies de guérison et deux de mort.

M. Germain Sée a commencé la lecture d'un mémoire sur l'usage du cannabis indica dans le traitement des dyspepsies et des névroses gastriques. L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger (première division). La liste de présentation porte : en première ligne, M. Crocq (de Bruxelles); en deuxième ligne, M. Kalindero (de Bucharest); en troisième ligne, M. Rindfleisch (de Wurzbourg); en quatrième ligne, M. Corradi (de Pavie).

Nous signalerons, parmi les présentations, une note de M. Crié (de Rennes) sur des altérations des poteaux télégraphiques par un champignon, altérations telles qu'au premier coup de vent le poteau est complètement détruit; puis un rapport de M. Proust au Comité consultatif d'hygiène sur les revaccinations, dans lequel l'auteur démontre que, dans les pays où la revaccination est obligatoire, la variole a disparu. Ce fait nous paraît intéressant à rappeler au moment où un de nos confrères, au Conseil municipal, combat la revaccination dans nos écoles comme inutile et dangereuse.

ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE

I

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 22 juillet 1890.

Monsieur le Président,

La loi du 10 avril 1890, portant création d'une École de médecine navale, spécifie, dans son article premier, que le siège de cette École sera désigné par décret.

Les municipalités de Bordeaux, de Marseille et de Montpellier m'ayant fait parvenir des offres en vue d'obtenir que le choix portât sur la ville dont l'administration leur est confiée, j'ai chargé une commission d'aller étudier sur place les conditions dans lesquelles l'installation de l'École pourrait être effectuée. Tout d'abord le choix de la ville de Marseille, qui ne possède pas de Faculté de l'État, a semblé devoir être écarté comme contraire aux prescriptions de la loi; en admettant même qu'une Faculté y fût ultérieurement créée, il paraissait impossible d'attendre la réalisation de cette éventualité, sous peine de compromettre le cours des études des élèves du corps de santé de la marine qui doivent, dès le 1er novembre prochain, être à même de continuer leurs travaux et de subir leurs examens.

Le rapport de la commission, qui concluait à la désignation de la ville de Bordeaux, a été soumis aux délibérations du conseil d'amirauté, qui, dans sa séance du 13 juin dernier, a émis à l'unanimité l'avis que cette ville, occupant une position presque centrale par rapport aux ports militaires qui sont la source la plus assurée du recrutement pour les Écoles de médecine navale, doit être choisie comme siège de l'École du service de santé de la marine.

Je crois devoir, en conséquence, vous prier de vouloir bien revêtir de votre haute sanction le projet de décret ci-inclus.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le sénateur, ministre de la Marine,
Barbey.

II

Décret.

Le Président de la République française,

Vu la loi du 10 avril 1890;

Vu le décret du 24 juin 1886, portant organisation du corps de santé de la marine;

Sur le rapport du ministre de la Marine;
Le conseil d'amirauté entendu;

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Il est créé à Bordeaux une École du service de santé de la marine, qui relève du vice-amiral, commandant en chef, préfet du quatrième arrondissement maritime.

Cette École a pour annexes trois succursales situées dans les ports militaires de Brest, de Rochefort et de Toulon.

ART. 2. — La solde et les accessoires de solde de l'École sont déterminés par les tarifs en vigueur, selon les grades ou emplois.

Le tarif annexé au présent décret fixe les suppléments de fonctions, les indemnités de frais de bureau à attribuer au personnel de l'École principale.

ART. 3. — Les indemnités pour frais de bureau à attribuer aux présidents des conseils de santé des ports de Brest, de Rochefort et de Toulon, sont également déterminés par le tarif ci-annexé.

ART. 4. — La constitution de l'École et de ses annexes, le mode et les conditions d'admission des élèves, le régime, la police et la discipline, l'administration et la comptabilité, l'enseignement et les programmes des concours sont déterminés par arrêtés ministériels.

ART. 5. — Le ministre de la Marine est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 22 juillet 1890.

CARNOT.

Par le Président de la République :
Le sénateur, ministre de la Marine,
BARBEY.

III

Tarif des suppléments attribués au personnel de l'École du service de santé de la marine et des trois annexes.

1° SUPPLÉMENTS DE FONCTIONS.

École principale.

Directeur	2008f 08
Sous-directeur	1004 84
Répétiteur	606 24
Trésorier	606 24
Économe	600 »

2° INDEMNITÉS POUR FRAIS DE BUREAU.

École principale.

Directeur	388f 20
Sous-directeur	291 »
Trésorier	261 »

Écoles annexes.

Brest (président du conseil de santé)	388f 20
Rochefort (président du conseil de santé)	291 »
Toulon (président du conseil de santé)	388 20

Vu pour être annexé au décret du 22 juillet 1890.

Le Président de la République française,
CARNOT.

HOPITAL DU MIDI

Phimosis inflammatoire.

J'ai l'honneur de vous présenter cinq malades atteints de phimosis inflammatoire, c'est-à-dire cinq malades réduits, par suite de l'inflammation de leur prépuce, à l'impossibilité de découvrir leur gland. Jusqu'ici, ces malades avaient toujours pu décalotter facilement; ce n'est que dans ces derniers jours que le prépuce s'est enflammé, œdématié, tuméfié; peu à peu, il a perdu de sa souplesse; les malades ont éprouvé de jour en jour une difficulté plus grande à ramener le prépuce en arrière du gland, et, finalement, ils en sont arrivés à ce point qu'aucun d'eux ne saurait aujourd'hui vous découvrir cet organe. Il est des degrés dans l'intensité de l'inflammation et de la déformation chez les différents individus que je vous présente. Chez les uns, il est impossible de découvrir absolument un point quelconque du gland; chez d'autres, vous pouvez encore entrevoir, à travers le limbe tuméfié, le méat et la partie du gland qui l'entoure. Chez ces derniers, l'œil pourra encore vous fournir, sur l'état de la partie antérieure du gland, quelques renseignements qui vous sont absolument refusés chez les premiers.

Le phimosis inflammatoire est un gros impedimentum dans la pratique des maladies vénériennes; il survient, chez des malades atteints d'affection du gland, du sillon balano-préputial qui réclame parfois une intervention thérapeutique active et rapide; il est nécessaire, par conséquent, de pouvoir faire sur l'instant même le diagnostic, et cependant le phimosis vous empêche de pouvoir découvrir et inspecter facilement la région malade. Comment arriverez-vous à tourner la difficulté?

Les affections que le phimosis inflammatoire masque le plus ordinairement sont le chancre syphilitique, la chancrelle, les balanites simples, la blennorrhagie. Je vais vous exposer comment vous parviendrez ordinairement à distinguer lequel de ces accidents a donné lieu au phimosis, par quels moyens vous arriverez à diagnostiquer ce que le prépuce cache, bien que vous ne puissiez le voir.

Et d'abord, jetez un coup d'œil sur la peau, sur les muqueuses de vos malades; vous pourrez ainsi découvrir une roséole, une syphilide papuleuse, une plaque muqueuse de l'angle des lèvres, comme cela se voit chez deux malades que je vous présente. Vous êtes, dès lors, en possession d'un élément de diagnostic considérable; votre client est un syphilitique, et il y a lieu de supposer qu'au-dessous de son phimosis se cache un chancre induré ou quelque plaque muqueuse; je dis « vous avez lieu de supposer », car, en syphilis comme en bien d'autres choses, il y a des cumulards et il est possible que votre client, tout en étant syphilitique, se paie encore un accident d'autre nature et il ne faut pas vous endormir sur le premier renseignement que vous venez de recueillir, malgré son importance; faisons donc un pas de plus.

Il est une région que tout médecin, habitué à la pratique des maladies vénériennes, ne manque jamais d'étudier, c'est la région inguinale : là, sont situés des ganglions lymphatiques, dont l'état nous fournit souvent des indices de première valeur; voyons ce que sont devenus ces ganglions chez nos clients. Voici deux malades qui présentent, à première vue, dans l'aine de chaque côté, une masse saillante irrégulière, visible à l'œil nu, recouverte d'une peau normale; palpons ces masses; il est facile de constater qu'elles sont composées d'une série de petites tumeurs ovulaires, d'une dureté cartilagineuse, absolument indolores, qui ne sont autres que les ganglions lymphatiques de la région tuméfiés; ce sont là tous les caractères de la pléiade ganglionnaire satellite du chancre syphilitique, telle que Ricord nous a appris à les connaître; de par les ganglions de l'aine, ces malades doivent être suspectés d'avoir, au-dessous de leur phimosis, un chancre syphilitique; effectivement, ce sont nos malades à la roséole et à la syphilide

papuleuse; tous les renseignements concordent donc pour les accabler.

Parmi nos trois autres malades, un seul possède une tuméfaction ganglionnaire dans l'aine; mais, chez lui, la tuméfaction ganglionnaire est constituée par un ganglion unique, douloureux à la pression; la peau est rouge à son niveau; vous voyez combien la lésion ganglionnaire diffère ici de la lésion ganglionnaire de nos syphilitiques chez qui plusieurs ganglions sont pris à la fois; chez qui il y a indolence à la pression et état normal de la peau au niveau des glandes malades : nous verrons tout à l'heure à quoi correspond ce ganglion unique et enflammé.

Rapprochons-nous encore un peu plus du foyer du mal; prenons la peau du fourreau et faisons-la rouler entre nos doigts; chez nos syphilitiques, nous sentons très nettement des cordons noueux, indolores, avec renflements très marqués sur leur trajet, ce sont des lymphatiques atteints de lymphangites syphilitiques; je ne m'arrêterai pas à leur étude, d'autant moins que, chez les autres malades, il n'y a aucune lésion analogue; retenez seulement que si la lymphangite du fourreau est plus fréquente chez les syphilitiques, elle peut s'observer aussi chez des malades atteints de balanite simple, elle peut s'observer chez des malades atteints de chancrelle; mais, chez ces derniers, la lymphangite est douloureuse et peut donner naissance à des abcès qui présentent, après leur ouverture, tous les caractères de l'ulcère chancreux. Nous voici maintenant arrivés au foyer du mal, il ne nous reste plus à examiner que le prépuce.

Le prépuce se présente chez nos malades sous des aspects fort différents; d'abord vous voyez combien son volume varie, mais j'insisterai peu sur ce caractère, je vous ferai plutôt remarquer combien la peau rouge, œdématiée, présente des caractères inflammatoires chez quelques-uns, combien, au contraire, elle s'éloigne peu de son aspect, de sa coloration normale chez les autres, bien que chez ceux-ci le degré de tuméfaction soit pour le moins aussi prononcé que chez ceux-là; on peut dire que l'état de la peau est ici franchement phlegmasique, phlegmoneux; là, presque aphlegmasique. Les malades, chez qui l'affection se présente avec ces derniers caractères, sont nos syphilitiques; chez eux, la lésion du prépuce est aphlegmasique comme l'est celle des ganglions.

Palpons à présent le prépuce : chez ce syphilitique, il est d'une dureté ligneuse, a perdu toute souplesse; c'est un cylindre rigide qui ne permet pas au doigt de sentir le gland et de se rendre compte des modifications qu'il a pu subir; mais l'induration du prépuce est par elle-même caractéristique de la syphilis et nous suffit pour affirmer que la vérole est la cause du mal.

Chez notre autre syphilitique, nous sentons, dans l'épaisseur du prépuce, des cordons durs et des plaques noueuses, ce sont des cordons et des nodules de lymphangite; nous sentons, en outre, à la partie supérieure de la base du gland, un gros noyau d'induration cartilagineuse; au niveau du méat, un autre noyau dur du volume d'une noisette; ce sont des chancres syphilitiques dont l'un siège dans le sillon balano-préputial, l'autre, au méat.

Chez ce malade, le prépuce est rouge, tuméfié, douloureux à la pression; il laisse écouler par son limbe un pus abondant et crémeux, qui se mélange de sang au moment où nous essayons de palper le gland à travers le prépuce; c'est le malade qui nous a présenté un ganglion douloureux dans l'aine; cet homme, en raison de l'intensité des phénomènes inflammatoires, du mélange du sang au pus, doit être suspecté d'avoir des chancres simples : il n'a, en tout cas, pas un chancre syphilitique; le chancre de la vérole, quand il provoque le phimosis, ne donne pas ou donne à peine d'écoulement, comme vous pouvez vous en assurer en regardant nos deux syphilitiques, chez qui vous ne voyez rien s'écouler par l'orifice du limbe; la chancrelle, les balanites simples, la blennorrhagie seules donnent un écoulement abondant; mais, c'est à la chancrelle surtout qu'il appartient de saigner facilement. Un dernier mode d'examen va, du reste, lever tous nos doutes et vous prouver que notre malade a bien des chancres simples; cet examen, c'est celui du limbe du prépuce : déplissons aussi loin que nous pouvons la muqueuse de l'entrée du prépuce; chez quatre de nos clients, cet examen ne nous montre rien de nouveau; mais, chez celui que nous suspections de chancre simple, voici, au fond d'un des plis de la peau, une ulcération grisâtre, suppurante, à bords taillés à pic et décollés, c'est manifestement une chancrelle; c'est une chancrelle due à la réinoculation du pus qui s'écoule sans cesse par le limbe, pus qui a évidemment emprunté ses propriétés infectantes à l'existence de chancrelles situées au-dessus du prépuce; nous avons trouvé dans ce chancre simple du limbe la signature de la maladie. Nous possédons donc, sur nos cinq malades, deux syphilitiques, un chancrelleux; que peuvent bien avoir les deux autres ? Celui-ci doit avoir une balanite simple, car il nous raconte que son canal ne coulait pas, mais qu'il s'était développé depuis quelques jours dans le sillon balano-préputial une inflammation étendue et violente sans écorchures marquées; l'autre doit avoir une blennorrhagie, car il éprouve de violentes douleurs dans la fosse naviculaire au moment de la miction urinaire; je ne m'attarderai pas à discuter l'origine de ces deux balano-posthites qui me semblent sans gravité; j'aime mieux vous dire, en terminant, deux mots du pronostic et du traitement du phimosis inflammatoire.

Vous avez vu comment nous avons pu arriver au diagnostic, sur quelles bases nous nous sommes appuyé pour le formuler : examen de la peau du malade affectée ou non de syphilides; examen de la région inguinale avec ou sans ganglions malades; intensité d'inflammation du prépuce; nature de l'écoulement qui se fait par le limbe; existence ou absence d'ulcérations sur le limbe; palper du gland à travers le prépuce malade; nous sommes, en nous appuyant sur ces divers renseignements, arrivé à faire, sans la voir, le diagnostic de la lésion causale du phimosis inflammatoire. Connaissant cette cause, nous savons à quoi nous en tenir sur la gravité de chacun de ces phimosis : les phimosis syphilitiques, ceux qui accompagnent les balanites simples de la blennorrhagie ne sont guère susceptibles de complications sérieuses; tout autre est le phimosis chancrelleux, dans lequel l'intensité des phénomènes inflammatoires peut conduire à la gangrène; c'est donc un accident digne de toute notre attention et qui demande à être traité énergiquement.

Dans les phimosis non chancrelleux, la propreté est la base du traitement; tous les antiseptiques solubles injectés entre le prépuce et le gland constituent un traitement rationnel et généralement très efficace; j'emploie ordinairement, en pareil cas, une solution de résorcine à 4 p. 100. Les balanites simples s'éteignent rapidement; les balanites syphilitiques persistent souvent pendant des semaines, quel que soit le traitement employé, mais sans complica-

tion aucune. En cas de balanite simple, il sera bon de passer entre le prépuce et le gland, pour hâter la guérison, un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent au 50e.

Quand je suspecte l'existence de chancres simples, tout en faisant faire plusieurs fois par jour des injections sous-préputiales avec la résorcine à 4 p. 100, je passe chaque matin, entre le prépuce et le gland, un pinceau trempé dans la solution suivante : acide phénique, 1 ; alcool à 90 degrés, 10 parties. Sous l'influence de ce traitement, j'ai vu passer à la guérison rapide quelques phimosis inflammatoires dans lesquels la gangrène était menaçante ; la solution phéniquée enlève aux chancres leur virulence et permet un prompt rétablissement. Mais, quand la gangrène menace, quand le prépuce tuméfié et rouge forme sur un point de son étendue une convexité marquée, indice que le pus s'accumule en ce point et ne s'écoule pas facilement ; quand le pus s'écoule sanguinolent et fétide, il ne faut pas perdre de temps (toute minute d'attente pourrait coûter fort cher au malade), il faut fendre le prépuce sur sa face supérieure, depuis le limbe jusqu'au cul-de-sac du gland ; vous arriverez ainsi à prévenir la gangrène, si vous agissez de bonne heure ; à l'arrêter facilement, si elle avait déjà commencé ; vous aurez sauvé votre malade d'une complication grave, la perte partielle ou totale du gland.

Du Castel,
Médecin de l'hôpital du Midi.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DIABÈTE PANCRÉATIQUE

(Travail fait au laboratoire de M. le professeur Cornil.)

Depuis longtemps, la clinique avait déterminé les relations qui unissent certaines formes de diabète aux affections du pancréas, lorsque Minkowski et Von Mering annoncèrent, au mois de juin 1889, qu'ils étaient arrivés à produire la glycosurie par ablation totale du pancréas.

Ce n'était pas une glycosurie passagère comme celle que l'on produit d'ordinaire dans les expériences de laboratoire, mais bien, disaient les auteurs, un diabète vrai, incurable, qui tuait les animaux avec des phénomènes identiques à ceux qui accompagnent l'évolution de cette maladie chez l'homme.

Dans le numéro du 28 février 1890 du *Berliner klinische Wochenschrift*, Minkowski a exposé les résultats définitifs des expériences qui avaient été publiées au 62e Congrès des médecins allemands, tenu à Heidelberg en 1889.

Voici, en quelques mots, les points que ces auteurs considèrent comme acquis :

Lorsque l'on enlève à un chien la totalité du pancréas, il se produit, *sans exception*, un diabète durable. La glycosurie apparaît dès les premières heures qui suivent l'opération, et elle est au maximum deux ou trois jours après.

Si on laisse un morceau de la glande supérieure au dixième de son volume total, le diabète ne se produit pas. Il ne se produit pas davantage, si l'on se borne à une simple ligature des conduits excréteurs du pancréas.

Vers la même époque, M. Lépine (de Lyon) publiait un travail dans lequel, après avoir confirmé les résultats obtenus par Von Mering et Minkowski, il cherchait à expliquer le diabète qui se produit dans ces conditions (1).

(1) Lépine. *Lyon médical*, décembre 1889 et janvier 1890.

Le pancréas, d'après M. Lépine, et selon une hypothèse qui rappelle de très près celle de Cantani, laisserait résorber une partie des ferments qu'il sécrète. Ces ferments, en rentrant dans la circulation générale, contribueraient à la destruction du glucose, ou bien participeraient à l'élaboration parfaite de la matière glycogène. S'ils viennent à manquer, le glycogène, imparfaitement transformé, ne donne plus qu'un sucre étranger qui s'élimine par le rein, au lieu de servir à la combustion.

En abandonnant, en présence d'une même quantité d'empois d'amidon, le sang de deux chiens à jeun depuis soixante heures, dont l'un a été privé de son pancréas et dont l'autre est sain, M. Lépine a vu que, dans le premier cas, il se transformait six fois moins de sucre que dans le second. Il en conclut que l'absence de suc pancréatique résorbé est la cause de cette activité moindre du sang chez le chien opéré.

L'ablation totale du pancréas produit immédiatement un diabète vrai, dû à la disparition du sang des produits que ce liquide emprunte normalement à cette glande, telle est donc la conclusion qui ressort des travaux de Von Mering, de Minkowski et de M. Lépine.

N. de Dominicis (1) a également fait des recherches sur ce sujet. *Dans quelques cas* d'ablation totale du pancréas, il a vu apparaître le diabète, mais seulement vingt à trente jours après l'opération ; ce diabète évoluait d'ailleurs avec des allures qui rappellent sans contredit cette affection chez l'homme. L'auteur l'attribuait à une rupture d'équilibre dans la nutrition générale, rupture due à l'ablation de la glande.

Profondément intéressé par les résultats obtenus par Von Mering et Minkowski, nous avons entrepris, depuis un an, une série de recherches dans le même sens.

Bien que non terminé à l'heure actuelle, ce travail a cependant donné des résultats assez étranges pour que, en présence des règles posées par les différents auteurs dont nous venons de parler, nous nous croyons tenu de les publier.

Dans une première série d'expériences, entreprise au mois de juillet 1889, avec l'aide de M. Mirinesco, nous enlevâmes la totalité du pancréas à trois chiens. L'un d'eux survécut pendant trois fois vingt-quatre heures ; *à aucun moment il ne présenta de glucose dans ses urines*. L'ablation avait été complète ; à l'autopsie, nous vérifiâmes l'absence de toute trace de glande.

Les deux autres animaux succombèrent trop tôt après l'opération (1 et 12 heures), pour qu'il nous ait été possible d'obtenir un résultat.

Vivement préoccupé de la difficulté que comportait chez le chien l'ablation du pancréas, dont la tête est en grande partie irriguée par une volumineuse artère immédiatement accolée au duodénum ; craignant, d'autre part, de ne pas opérer avec une antisepsie suffisante, nous fîmes appel à l'obligeance de M. le docteur Chaput.

Avec son aide, nous entreprîmes, au mois de janvier 1890, une seconde série d'expériences qui nous donna les résultats suivants :

Cinq chiens subirent l'ablation totale du pancréas ; chez l'un d'eux, on enleva la glande en respectant le duodénum ; il présenta une glycosurie abondante.

Chez les quatre autres, on enleva à la fois le pancréas et

(1) Dominicis. *Giorn. intern. delle Scienze Med.*, 1889, p. 801.

la partie du duodénum qui lui est immédiatement accolée. Les deux bouts de l'intestin furent réunis par invagination du bout inférieur dans le bout supérieur et suturés. De ces quatre animaux, trois moururent en vingt-quatre ou trente heures, sans avoir uriné ; le quatrième eut un diabète intense (10 grammes par litre). Sur neuf chiens qui subirent l'ablation totale, nous avons donc eu *deux fois du diabète* et *une fois pas de diabète*.

Voulant étudier ensuite l'influence que possèderait sur la production du diabète, l'ablation des différentes parties de la glande qui se divise nettement chez le chien en trois portions, dont une est accolée parallèlement au duodénum, et dont les deux autres, horizontales, sont dirigées perpendiculairement à l'intestin, nous avons entrepris les expériences suivantes :

Deux chiens subirent l'ablation de la queue supérieure du pancréas, ni l'un ni l'autre ne présentèrent de glycosurie. Un troisième subit l'ablation de la queue inférieure de la glande; *le lendemain de l'opération, il avait de la glycosurie.* Celle-ci disparut dans les quarante-huit heures qui suivirent. Opéré pour la première fois, le 16 février, ce chien subit le 27 du même mois l'ablation de la queue supérieure de la glande. A partir de ce moment, l'animal excréta des quantités très faibles de sucre jusqu'au 20 mars. A cette date, nous voulûmes lui enlever ce qui restait de la glande, mais le moignon accolé au duodénum était absolument atrophié et sclérosé, nous ne pûmes l'enlever et l'animal fut sacrifié.

Enfin deux chiens subirent l'ablation de la partie moyenne de la glande, l'un avec ablation simultanée du duodénum, l'autre sans lésion de l'intestin. Ni l'un, ni l'autre ne devinrent diabétiques.

Sur cinq chiens donc qui avaient été soumis à l'extirpation partielle du pancréas, quatre n'eurent pas de glycosurie ; le cinquième eut un diabète passager, après ablation d'un tiers, permanent mais léger, après suppression d'un peu plus des deux tiers de l'organe.

Chez ce dernier, la sclérose du moignon glandulaire nous avait frappé. D'autre part, les expériences de MM. Vaillard et Arnozan (1881) et de M. Rémy (1882) ayant montré combien la sclérose de la glande est rapide après la ligature des canaux excréteurs, nous voulûmes vérifier si, en la supprimant par ce procédé indirect, nous n'obtiendrions pas de diabète.

Nous liâmes donc les canaux pancréatiques chez cinq chiens. La glande était séparée du duodénum par trois ligatures en chaîne, plus une ligature en masse par-dessus les trois premières réunies. Dans ces conditions, voici ce que nous avons observé : deux de nos animaux n'ont, à aucun moment, présenté de sucre dans leurs urines.

Un troisième est *devenu diabétique* (14^{gr}2 p. 1000).

Chez le quatrième, non diabétique, et dont les canaux avaient été liés le 23 février, nous enlevâmes la glande, ou plutôt le moignon scléreux qui la représentait, le 16 mars, soit vingt et un jours après la première opération. Ce chien *ne devint pas diabétique*.

Un cinquième enfin, opéré le 20 mars, vient de succomber, le 16 juin, à une cachexie profonde avec alopécie générale, consécutive à la suppression fonctionnelle de sa glande, comme l'a d'ailleurs indiqué Cl. Bernard. Mais, à aucun moment, ce chien n'a eu de diabète. Cependant sa glande était sclérosée dans toute son étendue.

Que résulte-t-il de ces faits ?

L'ablation totale du pancréas peut produire le diabète immédiatement. Celui-ci peut manquer cependant, au moins pendant les trois jours qui suivent l'opération.

Le diabète peut se produire par ablation partielle du pancréas ; il peut également faire défaut.

Enfin la ligature des canaux pancréatiques peut s'accompagner ou non de glycosurie. Si on vient à enlever un pancréas préalablement sclérosé par ligature de ses canaux, le diabète peut faire défaut. Cette ligature entraîne à la longue une cachexie mortelle.

Nous nous abstenons donc rigoureusement de formuler une loi quelconque, et nous devons nous borner à constater l'extrême variabilité des résultats obtenus.

La loi posée par Von Mering et Minkowski n'est pas absolument battue en brèche par nos expériences. L'ablation du pancréas est bien une cause de diabète, et nous avons constaté, dans certains cas, les mêmes phénomènes que ceux qu'ils signalent. Mais nous ne pouvons admettre que l'on érige en loi l'énoncé d'un nombre de faits plus ou moins limité. Pas plus au laboratoire que dans la clinique, les altérations du pancréas ne sont constamment en corrélation avec le diabète. Cette maladie n'est pas la conséquence fatale de telle ou telle lésion anatomique et la glycosurie peut être un symptôme dépendant de tout autre chose qu'une lésion du pancréas. Comme Von Mering et Minkowski, nous avons vu que la ligature des canaux ne donnait pas de diabète, comme eux nous avons vu la glycosurie manquer dans l'ablation partielle; il nous eût suffi de rencontrer ces faits en premier lieu, et de nous y arrêter pour n'avoir qu'une confirmation absolue de la loi énoncée par eux. Nous avons observé des faits qui se contredisent absolument les uns les autres ; cela suffit pour que nous puissions rejeter d'une façon formelle tout ce que les conclusions de ces auteurs ont de trop absolu.

Nous sommes beaucoup moins d'accord avec M. Lépine, qui a cherché à expliquer, par une série d'hypothèses, les phénomènes qui se produisent bien réellement après certains cas d'ablation du pancréas.

Le sang d'un animal dépancréatiné, s'il nous est permis de nous servir de ce néologisme, transforme beaucoup moins rapidement l'amidon en sucre que le sang d'un chien normal. La teneur en sucre du sang abandonné à lui-même diminue moins vite dans le premier cas que dans le second.

M. Lépine, voit dans ces faits, la preuve expérimentale que le pancréas jouit, en dehors de ses fonctions glandulaires, de la propriété de verser dans le sang un ferment spécial, ferment qui disparaît avec l'ablation de la glande. Son rôle était de faciliter la transformation des éléments sucrés ; sa disparition coïncide avec une altération de ces éléments et une élimination rénale du sucre.

S'il n'existe pas d'autre interprétation des modifications chimiques du sang, dont nous venons de parler; si le traumatisme, la résorption des produits antiseptiques déposés dans la plaie, la suppuration ne peuvent expliquer suffisamment l'amoindrissement des fonctions biologiques du milieu sanguin, il n'en reste pas moins certain que la théorie qui nous occupe est au moins insuffisante.

En effet, si, en liant les canaux pancréatiques, nous avons vu des chiens ne pas devenir diabétiques, un de nos animaux *ne l'est pas devenu lorsque nous lui avons enlevé sa glande sclérosée.* Que devient ici la résorption des ferments supposée par M. Lépine ? Si cette explication était admissible jusqu'au jour de l'ablation de la glande, elle tombe lorsque,

après l'avoir enlevée, nous n'avons pas vu le diabète se produire; elle tombe aussi, lorsque nous voyons la ligature simple, l'ablation partielle amener du diabète.

Nous sommes donc bien loin du moment, et ici nous nous trouvons d'accord avec Minkowski, dans sa leçon du *Berliner klinische Wochenschrift*, où l'on pourra dire que le diabète est fonction des altérations pancréatiques, comme l'albuminurie est fonction des altérations rénales. Tout ce qu'il nous est permis de conclure de cette série d'expériences, que nous espérons bien pouvoir poursuivre, c'est que, si les lésions pancréatiques et le diabète s'associent fréquemment, ces deux ordres de faits peuvent, cependant, exister indépendamment l'un de l'autre.

Dr A. Rémond (de Metz).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juillet 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une note de M. H. Bidon (de Marseille) sur un cas de changement de l'attitude du corps dans le cours de la maladie de Parkinson ;

2° Un travail de M. le docteur Lacaze (de la Désirade) intitulé : « Le pian dans les communes sous le vent de la Guadeloupe » ;

3° Des plis cachetés adressés par MM. les docteurs Redard et Moreau-Marmont, de Paris (acceptés).

COMMUNICATIONS

Symptômes et traitement des abcès du foie. — M. Hache (de Beyrouth) communique quatre observations d'abcès du foie traités par l'incision franche, dont deux suivies de guérison et deux de mort. Il ajoute les réflexions suivantes sur les symptômes et le traitement de ces abcès :

Une douleur de la région hépatique, fixe et exaspérée par la pression, irradiant ou non à l'épaule, est un des symptômes les plus rationnels de l'abcès du foie. Elle peut être très violente, sans aucune complication pleurale ni péritonéale, mais il ne faut pas lui accorder trop d'importance comme signe de localisation de l'abcès ; en effet, il ne faut pas se laisser décourager par le résutat négatif d'une ponction faite sur le point douloureux, le pus pouvant exister ailleurs.

Pour faire le diagnostic du siège de l'abcès, il vaut mieux s'adresser aux signes physiques et, en particulier, à l'élargissement d'un espace intercostal et à la fluctuation. L'élargissement des espaces intercostaux est une conséquence commune à toutes les augmentations de volume du foie, mais il est uniformément réparti sur plusieurs espaces ; l'élargissement très prédominant d'un seul ou de deux espaces paraît, au contraire, indiquer que l'augmentation de volume du foie s'est surtout faite à ce niveau.

La fluctuation ne peut être constatée que quand l'abcès est superficiel.

Ces deux signes physiques peuvent manquer lorsque l'abcès est peu volumineux ; aussi ne faut-il pas les attendre, pour faire des ponctions, quand on a, avant leur apparition, des présomptions de suppuration hépatique.

Les ponctions du foie, même faites avec un des plus gros trocarts de l'appareil Potain, sont inoffensives. Néanmoins, M. Hache préfère l'aiguille au trocart, parce qu'elle permet, une fois dans la substance hépatique, d'avancer à la recherche du foyer.

En cas de résultat négatif, les ponctions doivent être multiples et non limitées au point douloureux.

Au point de vue opératoire, les avantages de l'incision simultanée du foie et de la paroi, que recommande Little, sont fort douteux. L'incision du foie, préalablement reconnu, ne fait durer l'opération que quelques minutes de plus, et une injection de cocaïne suffit à la rendre très supportable.

Les abcès du foie, même incisés largement, ont peu de tendance à verser leur contenu dans la cavité abdominale.

Quant aux soins consécutifs à l'opération, il faut proscrire les lavages, qui entravent mécaniquement la cicatrisation de l'abcès : en dehors de celui qui suit immédiatement l'incision, aucun lavage n'est nécessaire, si la poche se vide bien et si son contenu n'est pas fétide.

La poudre d'iodoforme, introduite dans les tubes, doit suffire à assurer l'asepsie.

Le pronostic, une fois l'incision faite, est surtout subordonné à l'état général et, particulièrement, à l'état du tube digestif. L'anorexie et la diarrhée sont les deux grands ennemis à redouter et une thérapeutique médicale attentive doit marcher de pair avec le traitement chirurgical.

Sur les moyens de reconnaître la ladrerie bovine produite par les cysticerques du tænia saginata et malgré leur rapide disparition à l'air atmosphérique. — M. Laboulbène rapporte une expérience récente et probante pour arriver à reconnaître la ladrerie bovine sous ses divers aspects.

Le 12 mars 1890, un veau de deux mois prend, avec du lait tiède, douze anneaux ou cucurbitains de l'extrémité d'un long *tænia saginata*. Le 24 mars, nouvelle prise de vingt anneaux. Deux mois après, l'ablation d'un morceau de muscle fessier fait apercevoir entre les fibres musculaires, des corps demi-transparents, allongés, constitués par des cysticerques très reconnaissables.

Le 30 mai, le veau a été tué par un boucher et préparé comme s'il devait être livré à la consommation. Il a été examiné avec le plus grand soin en présence de MM. Guichard, Georges Pouchet, etc.

Les divers muscles examinés présentent des cysticerques ou grains de ladrerie depuis les muscles de la queue jusqu'à ceux qui meuvent le globe oculaire. Ce sont les muscles du cou, de la tête, les intercostaux qui paraissent le plus infestés. La moindre coupe pratiquée dans le sens des fibres, fait reconnaître des kystes ; ils sont perceptibles aussi, à travers les gaines aponévrotiques minces. La forme est allongée variant de la grosseur d'un grain de chenevis de 6 à 8 millimètres. Il est très difficile de séparer par la dissection l'enveloppe kystique des fibres musculaires qui l'entourent. Le cysticerque renfermé dans son kyste en est facilement extrait, quand on ouvre ce kyste avec soin et en exerçant une légère pression.

Dès que l'extraction a eu lieu, le cysticerque se montre extrêmement transparent avec une tache allongée, blanchâtre, dirigée de l'extérieur vers l'intérieur et formée par la tête invaginée, offrant à l'examen microscopique, les quatre ventouses sans crochets. Ce cysticerque, soit renfermé dans le kyste, soit libre, doit être mis dans l'eau ou un liquide approprié, sinon il s'affaisse et devient de moins en moins visible par dessiccation. Il ne reste bientôt plus qu'une tache blanchâtre d'un demi-millimètre à un millimètre environ.

Le cysticerque se réduit ainsi de lui-même au contact de l'air et devient à peine perceptible pour un œil non prévenu. Ce dessèchement rapide n'a pas lieu, si une couche aponévrotique recouvre le kyste. D'autre part, en fixant des épingles auprès des kystes et en laissant même dessécher au soleil une tranche de viande couverte de grains de ladrerie, il était toujours possible de retrouver le point blanchâtre répondant à la tête et permettant d'affirmer la présence du cysticerque.

En mettant de l'eau pure sur le kyste affaissé, celui-ci réapparaît. En enlevant des fragments de viande suspecte, même desséchée et en les plaçant dans de l'eau additionnée d'acide nitrique ou acétique, les fibres musculaires et le cysticerque se gonflent et reprennent un aspect reconnaissable.

Pour rendre absolument inoffensive au point de vue de la production du tænia inerme, une viande de veau ou de bœuf sus-

pectée de cysticerques, il suffit de la faire cuire suffisamment. La viande bouillie ou rôtie ayant éprouvé, non seulement à la surface mais aussi à l'intérieur, une chaleur de 50 à 60 degrés centigrades, est assainie ; le cysticerque inerme ne peut supporter sans périr une pareille température. Quant à la viande crue employée dans un but thérapeutique, elle ne peut nuire par des cysticerques inaperçus ou méconnus, si elle est pulpée avec soin et passée à travers les mailles d'un très fin tamis.

M. ROCHARD rappelle un fait observé, il y a dix ans, à Beyrouth : l'équipage d'un navire en station avait mangé de la viande venant de terre et un très grand nombre de marins avaient été atteints de tænias inermes. Or, le médecin du bord constata que la viande apportée de Beyrouth était infectée de tænias. La viande destinée à l'alimentation de l'armée et de la marine est fournie en morceaux très volumineux, et il peut arriver que le centre de ces morceaux ne soit pas suffisamment chauffé pendant la cuisson.

M. LABOULBÈNE a eu soin de mentionner les faits de cysticerques observés par les médecins de la marine en Syrie. Quant à la cuisson de la viande, il la faut réelle, effective et non superficielle ; mais avec la viande coupée en tranches, cuites à l'intérieur comme à l'extérieur, le danger disparaît.

M. CONSTANTIN PAUL dit que, depuis la guerre, le tænia armé ou tænia du porc ne se rencontre presque plus, tandis que le tænia inerme ou tænia du bœuf est très fréquent.

M. LABOULBÈNE répond que la rareté du tænia armé provient de ce que les règlements sanitaires sont bien appliqués pour le porc ladre, tandis que la ladrerie bovine n'est pas recherchée.

Eaux minérales. — M. ROBIN lit un rapport sur les eaux minérales.

LECTURE

Usage du cannabis indica dans le traitement des dyspepsies et des névroses gastriques. — M. G. SÉE commence la lecture d'un mémoire sur ce sujet.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris nous adresse une intéressante statistique sur les Facultés françaises, les Écoles de plein exercice et les Écoles secondaires. Nous utiliserons ces documents dans notre article du lundi consacré à l'enseignement médical.

— La Société de biologie décernera le prix Ernest Godard (500 francs), à la fin de l'année 1890. Les mémoires doivent être envoyés, avant le 15 octobre 1890, au secrétariat général, 15, rue de l'École-de-Médecine.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Le lundi 20 octobre 1890, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, un concours pour cinq places d'élèves internes.

Le lundi 27 octobre 1890, à trois heures, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour quatre places d'externes.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 85. — SAMEDI 26 JUILLET 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 26 JUILLET 1890. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'épilepsie envisagée au point de vue de sa nature et de son traitement.

Par Gilbert BALLET,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux.

I

Les notions acquises dans ces dernières années sur la pathogénie des accidents épileptiformes et sur l'étiologie du mal comitial, ont conduit à des idées plus précises sur les causes de l'épilepsie, sur le mécanisme de ces causes et sur la place qu'il convient d'assigner en nosologie à la « névrose ». Ce n'est pas que tout soit devenu clair, tant s'en faut. L'on aurait mauvaise grâce à prétendre, qu'en dépit des progrès réalisés par l'anatomie et la physiologie pathologique des accidents épileptiformes, l'histoire du mal comitial ne reste encore obscure par bien des côtés. Toutefois la lumière tend à se faire. Il suffira, pour s'en convaincre, de lire, avec l'attention qu'il mérite, l'intéressant ouvrage que vient de publier M. Féré (1).

L'ancienne division des épilepsies en symptomatique, essentielle et sympathique, a été maintenue dans son ensemble ; mais les progrès de l'observation ont notablement modifié l'importance relative et la signification de chacun de ces groupes.

Avec les travaux déjà anciens de Bravais, avec ceux plus récents de Huglings Jackson, de MM. Charcot et Pitres, le cadre des épilepsies symptomatiques s'est singulièrement étendu à mesure que leurs traits cliniques s'accusaient d'une façon plus précise. Le groupe des épilepsies essentielles ou idiopathiques s'est trouvé rétréci d'autant : on a, en effet, été amené à distraire de ce groupe bon nombre de cas qui sont rentrés dans le précédent. D'autre part, des recherches récentes, notamment celles de M. Chaslin, tendent à établir que la prétendue épilepsie idiopathique est symptomatique comme les autres. L'épilepsie névrose dépendrait en effet, elle aussi, de lésions cérébrales dont, à la vérité, l'étude est encore à peine ébauchée.

Quant aux épilepsies sympathiques ou réflexes, peu s'en faut qu'elles soient sur le point d'être complètement rayées du cadre nosologique. Certes, il n'est pas rare de voir des accidents convulsifs provoqués par une cause périphérique quelconque : traumatisme d'un tronc nerveux, affection de l'oreille ou du nez, du cœur ou de l'estomac, corps étranger ou parasite de l'intestin, etc. Mais lorsqu'on serre de près les observations, on se convainc que ces causes spéciales ne créent pas les accidents épileptiformes, elles en provoquent simplement l'éclosion. Ce sont de pures circonstances occasionnelles.

A tout prendre, il nous semble qu'on peut résumer, comme il suit, les idées qui semblent se dégager de jour en jour sur la nature des épilepsies : il n'y a pas à proprement parler une névrose à laquelle convienne la désignation d'épilepsie ; il y a des accidents épileptiformes différents quant à leurs modalités cliniques, et tous symptomatiques de lésions cérébrales, de forme, d'étendue et de localisation variables. Tantôt ces accidents sont sous la dépendance de lésions, en quelque sorte grossières, macroscopiquement appréciables, circonscrites ou diffuses, tumeurs intra ou péri-cérébrales, foyers de ramollissement, abcès, scléroses tubéreuses, plaques méningitiques, encéphalite interstitielle diffuse. Les convulsions, qui révèlent l'irritation de la couche corticale du cerveau, revêtent le plus souvent dans ces cas, lorsque la lésion est localisée, la physionomie bien décrite par Bravais, Jackson, MM. Charcot et Pitres, sous le nom de convulsions partielles ou épilepsie jacksonnienne. D'autres fois, les convulsions sont générales d'emblée, la perte de connaissance, inconstante et toujours secondaire dans le premier cas, est ici contemporaine du début de l'attaque. L'autopsie, dans les faits de cet ordre, sauf le cas de méningo-encéphalite diffuse, ne révèle, le plus souvent, aucune altération macroscopique. Mais l'histologie démontre l'existence de lésions interstitielles de la couche grise qui ont été décrites par M. Chaslin (1) sous le nom de sclérose névroglique. Tandis que les altérations grossières, dont l'expression clinique est d'ordinaire l'épilepsie jacksonnienne, reconnaissent pour cause un traumatisme (esquilles ou abcès), une maladie infectieuse

(1) Ch. FÉRÉ. *Les épilepsies et les épileptiques.* Paris 1890, Alcan.

(1) CHASLIN. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1889, p. 169.

(tuberculose, syphilis), une intoxication (ramollissement athéromateux des alcooliques, etc.), la sclérose névroglique paraît se rattacher à un développement défectueux du système nerveux et l'hérédité névropathique semble être sa cause habituelle et peut-être nécessaire.

S'il en est ainsi, la différence clinique entre l'épilepsie partielle et le mal comitial n'en persiste pas moins, mais cette différence ne serait pas aussi radicale qu'on a pu le penser. D'ailleurs, à part les cas extrêmes qui sont toujours typiques, l'épilepsie jacksonnienne se relie par des formes intermédiaires à l'épilepsie vulgaire. Au point de vue anatomique, les deux variétés symptomatiques d'accidents épileptiformes reconnaîtraient pour cause des lésions irritatives de l'écorce grise, différant seulement les unes des autres par leur étiologie, par la rapidité plus ou moins grande de leur évolution et par l'époque de leur apparition. Encore, même à ce dernier point de vue, n'y aurait-il pas, entre les variétés, de barrière bien nette; certaines scléroses cérébrales infantiles, tubéreuses ou autres, servant, pour ainsi dire, d'intermédiaires entre les lésions probablement précoces, certainement lentes dans leur évolution, de la sclérose névroglique et les lésions tardives, à évolution rapide, de la syphilis par exemple.

II

Les notions qui précèdent, et dont l'avenir aura, pour quelques-unes au moins, à confirmer ou à infirmer la justesse, doivent être présentes à l'esprit lorsqu'on cherche à établir les bases d'un traitement méthodique et rationnel de l'épilepsie.

Le traitement des accidents épileptiformes doit viser soit la cause première de ces accidents (maladie ou lésion), il est alors étiologique ou pathogénique; soit l'accident lui-même, il est alors symptomatique.

La thérapeutique étiologique n'est applicable qu'à un nombre fort restreint de cas. La maladie qui provoque les accidents épileptiques nous est le plus souvent inconnue, et lorsqu'on arrive à la déterminer, elle échappe d'habitude à nos moyens d'action. Il faut faire exception pour la syphilis sur laquelle on a une large prise. Aussi est-il permis de dire que ce qui peut arriver de plus heureux à un épileptique, c'est que la vérole soit la cause déterminante de son mal. Dans cette occurrence, la médication sera le plus souvent suivie de succès, à la condition qu'on agisse vigoureusement et vite. Il faut, suivant l'expression de M. Charcot, avoir recours au « traitement d'attaque ». Les frictions mercurielles, à la dose de 8 à 10 grammes d'onguent napolitain chaque jour, auxquelles on joindra l'administration de 4 à 8 grammes d'iodure de potassium, constitueront les agents les plus puissants de cette médication. Hormis le cas de syphilis, le traitement de l'épilepsie est ou pathogénique ou symptomatique.

La physiologie pathologique nous a appris que les convulsions épileptiformes résultent d'une irritation des couches corticales. Dans bon nombre de cas, ceux dans lesquels l'épilepsie revêt le caractère jacksonnien, on peut préciser le siège de la lésion avec une certaine exactitude et découvrir cette dernière, grâce aux connaissances actuelles sur les localisations cérébrales et la topographie cranio-cérébrale. En pareille occurrence, le plus difficile n'est pas toujours d'arriver sur la lésion, c'est de pouvoir utilement l'enlever. S'il s'agit d'esquilles, suite de traumatisme, d'abcès du cerveau, la trépanation donne fréquemment d'utiles résultats. Lorsqu'au contraire l'on a affaire à une tumeur cérébrale, il est rare que celle-ci soit opérable. Les tumeurs du cerveau, même quand elles sont superficielles, se confondent d'ordinaire plus ou moins, à leur périphérie, avec la substance nerveuse. Aussi serait-on obligé, pour les enlever, de produire des délabrements assez sérieux. On s'exposerait ainsi à substituer, à des accidents convulsifs intermittents, des accidents paralytiques permanents. Le bénéfice serait douteux. L'intervention n'en doit pas moins être tentée, si les symptômes sont assez localisés pour permettre de préciser le siège de la lésion, surtout lorsque, par leur fréquence, les accès menacent la vie du malade. Si, après l'ouverture du crâne, on tombe sur une tumeur bien circonscrite, facilement énucléable, il va de soi que, sans hésitation, on devra procéder à l'ablation. Dans ces circonstances, on peut obtenir de très heureux résultats. Les choses se sont passées de la sorte dans le cas que j'ai observé avec MM. Péan et Gélineau (1). Nous avons pu réussir à enlever la tumeur qui était développée aux dépens des méninges et ne faisait pas corps avec la substance cérébrale avoisinante, simplement excavée par refoulement. Encore avons-nous dû recourir plus tard, par suite de récidive du néoplasme, à une deuxième intervention qui, cette fois, paraît avoir amené une guérison définitive. Mais, il s'en faut que les choses se présentent toujours aussi favorablement. Et si, après la trépanation, on arrivait sur une de ces tumeurs diffuses qui se confondent à leur pourtour avec le tissu nerveux, on devrait mettre à l'enlever une grande prudence, les inconvénients du traumatisme cérébral pouvant être plus grands que ses avantages. Quant aux cas dans lesquels on ne découvre aucune lésion macroscopiquement appréciable, nous ne sommes pas convaincu qu'il y ait un bénéfice quelconque à enlever, comme on l'a fait plusieurs fois (Bendanti, Lépine, Hutton et Wright, Keen, etc.), les centres moteurs sains d'apparence, par la seule raison qu'ils commandent les mouvements convulsifs cliniquement constatés. Sur ce point, nous nous associons pleinement aux sages réserves de M. Féré. Pour nous résumer, nous considérons que, dans le cas d'épilepsie jacksonnienne, la trépanation peut rendre des services, qu'il est bon de la tenter, mais qu'il ne faut pas se laisser aller à l'illusion, et penser, comme pourraient porter à le faire certains cas heureux, qu'il suffit d'avoir découvert une tumeur cérébrale pour en pouvoir heureusement pratiquer l'ablation et la cure.

Mais ce n'est pas seulement dans les cas d'épilepsie jacksonnienne, qu'on a conseillé et pratiqué la trépanation. On s'est demandé si une large perte de substance du crâne ne pourrait pas avoir des résultats avantageux, même lorsqu'il s'agit d'épilepsie dite essentielle. En pareille occurrence, on s'est laissé guider par des considérations théoriques plus ou moins bien fondées. On a supposé notamment que le cerveau pouvait bien se trouver trop à l'étroit dans une boîte crânienne souvent atteinte de malformation évidente, et on a cherché à mettre cet organe mieux à l'aise en enlevant une partie plus ou moins étendue de son enveloppe osseuse. Les résultats de l'intervention sont, jusqu'à présent, peu encourageants. Dans treize cas où l'opération a été pratiquée par M. Lucas-Championnière, il n'y a pas eu un seul succès décisif. Deux fois nous avons conseillé la

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 199.

trépanation dans des circonstances analogues. Dans les deux cas, les résultats immédiats nous avaient donné des espérances qui ont été ultérieurement déçues. Pendant environ deux semaines, les attaques épileptiformes, fréquentes avant l'opération, ont été complètement suspendues. Mais, au bout de ce temps, les accidents se sont reproduits. Ce qui nous laisse penser que la plaie cranienne avait joué le rôle d'une sorte d'agent révulsif, et que ses effets étaient peut-être de même nature que ceux des pointes de feu mis en relief par M. Féré. Je dois ajouter que le retour des crises a coïncidé avec l'occlusion définitive de la plaie et la cessation d'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Nous n'attachons, pour l'heure, que peu d'importance à ce détail, qui pourrait bien cependant n'être pas dénué d'intérêt.

Si la trépanation, dans le cas de mal comitial vulgaire, n'a pas encore donné de résultats vraiment satisfaisants, ce n'est pas une raison suffisante pour la rejeter définitivement. Nous sommes trop dénués de ressources curatives, en présence de l'épilepsie, pour renoncer sans appel à des méthodes de traitement qui ont été encore insuffisamment expérimentées. La trépanation est, en somme, une opération presque inoffensive, grâce à l'antisepsie : ceci nous encourage à tenter de nouveaux essais en dépit des insuccès dont nous venons de parler.

III

Nous avons vu plus haut que l'excitation de la couche corticale, qui aboutit à l'accès épileptique, est provoquée quelquefois par une cause périphérique. Celle-ci n'est pas, à proprement parler, nous l'avons dit, l'agent déterminant du mal comitial, elle joue simplement le rôle de cause occasionnelle ; elle ne saurait, suivant nous, aboutir à la crise convulsive, si l'individu n'est déjà en puissance d'épilepsie : c'est aussi l'opinion de M. Ch. Féré. Mais pour restreint que soit son rôle, il n'en est pas moins positif. C'est assez dire qu'on devra s'efforcer de faire disparaître, s'il existe, cet élément provocateur des crises convulsives. On explorera avec soin le nez et l'oreille ; on soignera l'utérus s'il y a lieu ; on régularisera, si elles sont troublées, les fonctions du cœur, au moyen de la digitale ou des autres médicaments cardiaques ; on prescrira, dans le cas d'affection gastrique, les traitements appropriés ; on dégagera chirurgicalement les troncs nerveux comprimés par un cal difforme ou du tissu cicatriciel ; on provoquera, s'ils existent, l'expulsion des vers ou du tænia. Mais ce qui prouve bien que toutes ces causes d'épilepsie sont purement accessoires, c'est que souvent l'effet survit à leur disparition. Deux fois nous avons vu persister les crises convulsives après l'expulsion d'un tænia, dont le développement paraissait avoir été l'occasion des accidents épileptiques. Ce qui revient à dire qu'il ne suffira pas, le plus souvent, d'avoir agi efficacement sur la cause périphérique pour dissiper les troubles comitiaux.

Force est donc, dans la grande majorité des cas, étant donné l'insuffisance des traitements qui visent les causes et la pathogénie de l'épilepsie, de recourir à la médication symptomatique. Le malade est atteint de crises convulsives, c'est la crise convulsive qu'il faut viser.

Les procédés et les médications qui ont été dès longtemps proposés pour atteindre ce but sont innombrables. Nous n'essayerons pas d'en dresser ici le catalogue. Cette nomenclature n'aurait vraiment aucun intérêt, et nous nous contenterons d'indiquer ici ceux des agents dont l'expérience a le mieux établi l'efficacité. En fait, les seuls médicaments qui, jusqu'à présent, ont joui, dans le traitement de l'épilepsie, d'une faveur plus ou moins méritée, sont la belladone, l'oxyde de zinc, les préparations de valériane et surtout les bromures. Il faut y joindre le borax, soit en nature, soit sous forme de borate de soude, dont l'efficacité a été vantée dans ces derniers temps.

L'usage de la belladone, dans le traitement du mal comitial, remonte loin. Elle aurait été déjà préconisée par Greding au siècle dernier. Leuret l'employait dans son service de Bicêtre. Le père Debreyne, médecin de la Trappe de Mortagne, vers le milieu de ce siècle, lui aurait dû de nombreux succès, et, à la même époque, Bretonneau se servait couramment, dans sa clientèle, de ce médicament. C'est vraisemblablement l'une des raisons pour lesquelles Trousseau a été amené à en préconiser l'usage. La réussite, d'après lui, était subordonnée au mode d'emploi. Trousseau insistait sur ce fait qu'il fallait administrer la belladone à doses progressives, et pendant de longs mois. Il recourait de préférence aux pilules composées de 1 centigramme d'extrait et de 1 centigramme de poudre de feuilles qu'il prescrivait de la façon suivante : « Pendant un mois, le malade prend chaque jour une pilule, le matin si les accès ont lieu surtout dans la journée, le soir si les accidents surviennent particulièrement la nuit. Chaque mois on donne une pilule de plus, et quelle que soit la dose on l'administre toujours au même moment. On arrive ainsi à faire prendre cinq, dix, quinze, vingt pilules et même davantage, sans qu'il soit possible de dire d'avance quelles sont les doses auxquelles on doit s'arrêter. Ces doses n'ont, en effet, d'autres limites que la tolérance du malade et l'influence que le médicament exerce sur la maladie. La dilatation excessive des pupilles, la sécheresse trop incommode du gosier, indiquent un effet toxique qui ne doit pas être dépassé. Si la belladone est très difficilement supportée, on n'augmente sa dose que tous les deux, trois ou quatre mois. Lorsque la névrose paraît heureusement se modifier, on maintient d'abord la dose administrée en dernier lieu ; puis on descend suivant une progression inverse ; on essaye, enfin, de suspendre, pendant quelque temps, la médication, pour la reprendre après cet intervalle de repos dont la longueur est subordonnée elle-même à l'amélioration du mal. »

Malgré sa foi dans l'action de la belladone, Trousseau était obligé de reconnaître qu'elle était souvent inefficace. Il l'a vue parfois complètement échouer. Depuis que les bromures ont été introduits dans le traitement de l'épilepsie, on use peu de la belladone. Il n'est pas douteux que son action soit notablement inférieure à celle de ces sels. Ce n'est peut-être pas une raison suffisante pour renoncer dans certains cas à son emploi. Hughlings Jackson l'a vu réussir dans l'épilepsie nocturne. M. Féré, à la vérité, n'en a obtenu dans l'épilepsie convulsive que des résultats douteux. Mais Gowers en Angleterre, M. Peter en France, ont noté, qu'associée à la médication bromurée, elle prête à cette dernière un utile appui. On aura chance d'y recourir avec quelque avantage, dans les cas où le bromure n'agit plus ou est mal toléré, et il faut se garder de la rayer du traitement de l'épilepsie.

La *valériane* et ses composés, les valérianates d'ammoniaque, de zinc, de fer, de quinine, d'atropine, bien qu'ils aient été préconisés, ont une action antispasmodique trop

faible pour pouvoir être employés avec chance de succès, au moins seuls et dans l'épilepsie convulsive.

Quant à l'*oxyde de zinc*, qui a joui lui aussi naguère d'une certaine faveur, surtout après les travaux de Herpin, il reste, dans l'arsenal thérapeutique, comme une ressource ultime, à laquelle on recourt lorsque, par suite d'accoutumance ou d'intolérance, les bromures ne peuvent plus être avantageusement utilisés. On en retire parfois des effets utiles. On le prescrit à des doses très variables, suivant l'âge et le degré de tolérance des sujets. Chez les enfants, on commence par 2 centigrammes. On peut aller chez l'adulte jusqu'à 2 et 3 grammes. Herpin est allé jusqu'à 6 grammes. A dose trop élevée, l'oxyde de zinc détermine des nausées et de la diarrhée. On l'administre sous forme de poudre, mélangée à deux fois son poids de sucre, suivant la formule d'Herpin, — ou encore en pilules. Les pilules de Méglin, qui renferment 5 centigrammes d'oxyde de zinc, combiné à pareille dose d'extrait de valériane et d'extrait de semences de jusquiame, sont une des préparations les plus usitées.

Le *borax* et son composé le *borate de soude* ont été, dans ces dernières années, recommandés comme des médicaments précieux dans l'épilepsie. C'est Gowers surtout qui a préconisé l'usage de ces substances. Le borax peut être administré depuis la dose de 95 centigrammes, jusqu'à celle de 5 et 6 grammes par jour. Le borate de soude paraît préférable au borax ; on le donne aux doses de 2 à 6 grammes. Jusqu'à la dose de 4 grammes, on peut le prescrire en simple solution aqueuse additionnée ou non de sirop d'écorce d'oranges amères. On formule, par exemple, la solution de la façon suivante :

Borate de soude finement pulvérisé.	2 à 4 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges amères. .	30 grammes.
Eau distillée	100 —

à prendre en deux ou trois fois dans la journée.

Si la dose quotidienne doit dépasser 4 grammes, il faut ajouter à la potion 1 gramme de glycérine pure par gramme de borate de soude employé au-dessus de 4 grammes.

On peut formuler comme il suit :

Borax finement pulvérisé.	10 grammes.
Glycérine pure	6 —
Sirop d'écorce d'oranges amères. .	94 —

Chaque cuillerée renfermant 2 grammes de borate de soude, le malade prendra, dans les vingt-quatre heures, de une à trois cuillerées de cette potion.

Comme le bromure, le borate de soude doit être administré chaque jour et pendant longtemps.

Son usage prolongé et à doses élevées peut occasionner des nausées, des vomissements, de la diarrhée, des éruptions cutanées : psoriasis (Gowers), eczéma (Féré).

Il est actuellement difficile de se prononcer sur l'action de ce médicament. Gowers prétend en avoir retiré de bons effets. M. Dijoud (1), qui l'a expérimenté à l'asile Saint-Yon, affirme « avoir vu le total des accès de seize épileptiques femmes diminuer d'un tiers environ, pendant l'administration du borax ». M. Féré, sur vingt-deux malades, n'a observé que trois fois une amélioration momentanée. Quant à nous, le borate de soude ne nous a donné aucun résultat positif jusqu'à présent. Nous devons dire, toutefois, que nous ne l'avons employé que dans des cas d'épilepsie invétérée et grave; et que, d'ailleurs, nos observations sont encore trop peu nombreuses pour que nous osions émettre un avis définitif.

Tout récemment, le *sulfonal* (1) a été employé et préconisé dans le mal comitial. Mais les faits, jusqu'à présent, sont insuffisants pour qu'on puisse formuler un avis sur l'efficacité de cette substance.

IV.

Les divers médicaments que nous venons de passer en revue sont, on vient de le voir, des agents infidèles, sur l'action desquels il est difficile de compter. Il n'en est pas de même de ceux dont il nous reste à parler. Nous faisons allusion aux *bromures*, dont l'efficacité contre les accidents épileptiques est, dans l'immense majorité des cas, sinon infaillible, toujours suffisante.

Toutes les combinaisons bromurées sont loin de produire les mêmes effets. C'est ainsi que les bromures de *camphre*, de *zinc*, d'*arsenic*, de *nickel*, quelques autres encore, qui ont été tour à tour préconisés, n'ont donné que peu de résultats. Dans ces derniers temps, le *bromure d'or* recommandé par M. Bourneville et surtout par M. Goubert, a paru jouir un instant d'une certaine faveur. On l'administre à la dose de 6 à 12 milligrammes par jour. Les premières observations de M. Goubert paraissaient assez concluantes. Mais l'expérience ultérieure ne semble pas avoir confirmé les premiers résultats. En ce qui nous concerne, nous avons toujours échoué avec ce médicament. On aurait tort de le condamner d'une façon irrémédiable, mais on est en droit d'avancer, qu'en général, son efficacité est notablement inférieure à celle des trois bromures, les plus journellement usités, les bromures de potassium, d'ammonium et de sodium.

C'est Locock qui semble avoir, le premier, préconisé le bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie, en 1851. En France, les travaux de A. Voisin, Legrand du Saulle, J. Falret ont contribué à mettre en relief les effets thérapeutiques de ce médicament. Martin-Damourette et Pelvet ont bien étudié son action physiologique. Ils ont montré que cette action est générale et qu'elle atteint partout les systèmes nerveux et musculaire. C'est un médicament à la fois anesthésique et amyosthénique. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, les observations cliniques ont suffisamment prouvé les bons effets du bromure de potassium. On pourrait dire qu'il est à l'épilepsie ce que le sulfate de quinine est à la fièvre intermittente. Il ne joue pas, sans doute, le rôle d'agent curatif, et ne fait pas disparaître la disposition aux manifestations épileptiques. Mais il suffit à atténuer, dans des proportions plus ou moins marquées, les effets de cette disposition. Si bien qu'à l'exception de quelques cas rares, dans lesquels, pour des raisons que nous ignorons, il est véritablement sans action, on peut être certain de modifier les manifestations épileptiques en administrant le bromure. Au reste, toutes les variétés d'accidents comitiaux sont également actionnées par ce médicament. Il agit sur les accès de petit mal comme sur ceux de grand mal, sur les troubles psychiques (Legrand du Saulle) comme sur les phénomènes convulsifs. Certaines manifestations anomales de l'épilepsie, telles que la migraine (Kesteven) ou la mi-

(1) Dijoud. Thèse de Paris, avril 1890.

(1) L. Enon. *Le sulfonal et son action dans l'épilepsie*, Thèse de Paris, 1890.

graine ophthalmique (Charcot), sont aussi justiciables de l'emploi du bromure.

La première condition à réaliser, lorsqu'on doit recourir à la médication bromurée, c'est de se procurer un bromure parfaitement pur. Trop souvent le bromure de potassium est mélangé à d'autres sels de potasse, au sulfate ou au carbonate; au chlorure de potassium, surtout à l'iodure. Il en résulte certains inconvénients qu'on évitera en ayant recours à un bromure bien préparé.

Le meilleur moment pour administrer ce médicament est le commencement du repas, ou encore l'heure du coucher. Si on le donne dans la journée à quelque distance du déjeuner ou du dîner, on peut déterminer des crampes d'estomac ou des troubles digestifs. Lorsqu'on l'administre le soir, il est quelquefois utile de faire prendre, à la suite de la solution, une petite tasse d'une infusion aromatique, notamment d'infusion de feuilles d'oranger.

Quand la dose à administrer ne dépasse pas 4 grammes, on peut la donner en une seule prise. Si elle est plus forte, il est souvent préférable de diviser en deux ou trois prises : moitié avant l'un des repas par exemple, moitié en se couchant.

Les effets obtenus dépendent, cela se conçoit, de la dose à laquelle on administre le bromure. La marge est d'ailleurs assez large, puisqu'on peut aller de 2 grammes à 12 grammes chez l'adulte. Chez les enfants, jusqu'à dix ans, il ne faut guère dépasser 7 grammes.

On peut prescrire une dose quotidienne uniforme. Mais le mode d'administration suivant, recommandé par M. Charcot, présente de grands avantages : chaque jour, pendant une semaine, on donne la même quantité de médicament, 4 grammes par exemple. La semaine suivante, on administre 5 grammes par jour; la semaine d'après, 6 grammes, puis 7 grammes. Arrivé à la fin du mois, on se guide sur le nombre des accès pendant les quatre semaines écoulées, pour augmenter ou diminuer les doses du mois suivant. S'il n'y a pas eu de crises, au lieu de reprendre à 4, on recommence par 3, puis 4, puis 5, puis 6 grammes par jour. Au contraire, si les attaques ont été nombreuses, cela indique que la dose du mois précédent était insuffisante et on reprend, après quatre semaines écoulées, à 5 au lieu de 4, pour donner successivement 5, 6, 7 et 8 grammes par jour.

Ce mode d'administration a un double avantage. Il permet d'abord d'arriver à déterminer, après quelques tâtonnements, la dose nécessaire à chaque malade. Il procure en outre, à celui-ci, le bénéfice de l'immunité produite par les doses élevées, sans maintenir, d'une façon continue, l'usage de ces doses.

De toutes les préparations bromurées, le bromure de potassium est certainement la plus active. Aussi constitue-t-il, on peut le dire, l'élément fondamental du traitement de toute épilepsie.

Les bromures de sodium et d'ammonium ont aussi leur efficacité; mais ces sels ne nous ont pas paru, tant s'en faut, agir avec la même énergie que le bromure de potassium. Il est d'ailleurs assez rare qu'on les prescrive isolément. Quand on les emploie, on les associe d'habitude à ce dernier sel.

La médication bromurée ne va pas sans quelques inconvénients. Le plus fréquent d'entre eux est l'acné bromique, qui se manifeste d'ordinaire sous forme de pustules disséminées, plus rarement sous celle de boutons conglomérés. Dans le premier cas, la manifestation est le plus souvent sans grande importance, sauf au point de vue esthétique. Lorsqu'au contraire, les pustules s'agglomèrent, elles forment sur la face antérieure des jambes, quelquefois aux membres supérieurs, plus rarement à la face, des plaques indurées qui peuvent arriver à l'ulcération et constituer alors des étendues suppurantes plus ou moins vastes. La disposition aux poussées acnéiques varie beaucoup, on le sait, suivant les sujets : chez quelques-uns, ces poussées se manifestent avec des doses très faibles; chez d'autres, elles se montrent seulement lorsque le médicament a été administré à hautes doses et pendant un certain temps. On prévient, dans une certaine mesure, ces poussées éruptives en veillant à l'excessive propreté de la peau, et, chez certains individus, en administrant les préparations arsenicales conjointement avec le bromure.

Le médicament communique souvent à l'haleine une odeur mauvaise, parfois presque fétide; il engendre du dégoût pour les aliments, dans certains cas, une salivation pénible; à la longue, il favorise la carie dentaire. On devra, à cause de ces faits, surveiller attentivement la bouche du malade et lui recommander des soins réguliers de toilette. Assez souvent, on est obligé de diminuer les quantités de bromure, ou même d'arriver jusqu'à sa suppression momentanée.

Fréquemment le malade, et surtout les personnes de l'entourage, se plaignent que le médicament occasionne un certain degré d'obtusion cérébrale et d'affaiblissement de la mémoire. C'est là, à la vérité, un inconvénient pour ainsi dire obligé du bromure, qui n'agit qu'à la condition de déprimer un peu les fonctions intellectuelles. Mais il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit là d'accidents sans portée, disparaissant avec la cessation du traitement et d'une gravité à coup sûr bien moindre que ceux engendrés par les attaques, lorsqu'on n'a pas soin de réfréner ces dernières.

A dose trop élevée ou trop longtemps prolongée, le bromure peut déterminer de véritables accidents d'intoxication, soit aiguë, soit chronique. Le bromisme aigu consiste en une sorte d'ivresse aboutissant d'emblée ou secondairement à un état de stupeur plus ou moins profonde, avec lenteur de la respiration et du pouls. Contre cet état on recourra aux stimulants, comme le café, et aux purgatifs énergiques qui aident à l'élimination de la substance médicamenteuse devenue toxique.

Le bromisme chronique consiste dans un affaiblissement général de la motilité, avec obtusion profonde de l'intelligence, sécheresse et pâleur des muqueuses, fétidité de l'haleine, flaccidité des chairs, aspect hébété de la face. Dans ces cas, comme précédemment, les purgatifs, la suppression ou au moins la diminution de la dose du médicament auront le plus souvent raison des phénomènes d'intoxication. L'usage du fer, des diurétiques et particulièrement du lait, auront aussi leur indication. Nous ne faisons qu'indiquer ces accidents dont on trouvera une bonne description dans le livre déjà plusieurs fois cité de M. Ch. Féré.

Malgré l'incontestable supériorité de la médication bromurée sur toutes les autres, on est parfois obligé soit d'en interrompre, soit d'en modifier l'emploi. Les divers accidents du bromisme forcent, nous venons de le voir, à renoncer, temporairement au moins, à l'usage du bromure. Toutefois, chez les épileptiques sujets à de fréquentes attaques, il ne faut suspendre le médicament que lorsqu'on y est contraint et forcé. Il n'est pas rare, en effet, qu'après la cessation du traitement, les accidents reparaissent avec une

intensité et une fréquence insolites, comme si les malades « liquidaient leur arriéré », suivant la pittoresque expression de Legrand du Saulle.

Mais, chez certains sujets, la médication bromurée est dès le début ou devient, à un moment donné, réellement inefficace. C'est alors qu'il est bon d'associer, à l'usage du bromure, certains autres médicaments : notamment l'oxyde de zinc, la belladone, les préparations de valériane. L'association, vantée par Gowers, de la belladone au bromure de potassium, nous a surtout paru efficace.

DES RÉSULTATS DE LA RÉSECTION TIBIO-TARSIENNE

PAR LA MÉTHODE D'OLLIER (ABLATION PRÉALABLE DE L'ASTRAGALE)

Par M. le docteur Trouillet (de Grenoble).

I

Je me suis déjà, dans ma Thèse inaugurale, occupé de l'ablation de l'astragale. A l'exemple de mon maître, M. le professeur Ollier, j'essayai, dans ce travail, d'envisager le traitement de l'ostéo-arthrite tibio-tarsienne sous un nouveau jour, et je rapportai l'histoire d'un certain nombre d'opérés. Depuis lors, il m'a été donné de revoir, surtout dans ces derniers temps, un certain nombre de sujets dont j'avais relaté l'observation dans ma thèse; puis de nouveaux malades ayant subi la même opération, l'idée m'est venue de jeter encore un coup d'œil sur cette même question de l'extirpation de l'astragale et de condenser, en quelques pages, et mes études sur la résection de cet os, et les résultats éloignés de ce mode d'intervention que j'avais pu consigner récemment. Comme le disait dernièrement encore, à l'Académie de médecine, notre maître : « La résection de l'articulation tibio-tarsienne, dans le cas d'ostéo-arthrite, a consisté principalement, jusqu'ici, dans l'ablation des extrémités tibio-péronières et, accessoirement, dans l'ablation et l'excision de l'astragale; on enlevait d'abord les malléoles et le plateau tibial, et l'on finissait par réséquer une tranche ou la totalité de l'astragale, suivant qu'on le trouvait plus ou moins profondément altéré.

Aujourd'hui, nous agissons en sens inverse : nous enlevons d'abord l'astragale, et puis nous abrasons, nous évidons le plateau tibial et les malléoles, en conservant la forme de la mortaise tibiale; et, s'il le faut, nous enlevons complètement ces parties en déterminant, un peu plus haut, une nouvelle mortaise par une résection modelante. »

Nous avons pu constater, il y a quelques jours à peine, les beaux résultats de cette résection modelante, et nous décrirons bientôt, avec détails, l'état de l'homme qui en fut le sujet.

Avant, toutefois, de parler des résultats de l'opération dont nous voulons faire succinctement l'histoire et la description, quelques mots d'anatomie et de physiologie. Ils nous feront mieux comprendre l'utilité et les avantages du mode d'intervention que nous préconisons.

Il y a, dans le pied, un os de forme tout à fait particulière. Entre mille autres, on le reconnaît toujours, alors même qu'on ne l'a vu qu'une seule fois, car la forme particulière de ses contours en spire, ses creux et ses reliefs réguliers, surtout à la partie supérieure, suffisent à le différencier. Cet os, encastré entre le tibia et le péroné en haut, le calcanéum en bas, le scaphoïde en avant, c'est l'astragale. Dans les tissus périphériques, les tendons extenseurs, fléchisseurs, celui du long péronier, retiennent déjà quelque peu l'os à sa place, mais les moyens d'union véritables sont les ligaments péronéo-astragaliens antérieur et postérieur, le ligament péronéo-calcanéen, puis le ligament deltoïdien en dedans, les fibres astragalo-scaphoïdiennes, enfin et surtout l'astragalo-calcanéen, puissant lien interosseux.

Au-dessus de l'astragale, dans l'article tibio-tarsien, flexion et extension; au-dessous, dans l'interligne astragalo-calcanéen, abduction et adduction : voilà les mouvements qui se font autour de la pièce osseuse considérée.

Supprimons, par la pensée, cet os. Il reste une cavité, laissant une voie large et libre pour atteindre, soit la partie inférieure des os de la jambe, soit le calcanéum, soit les organes antérieurement situés; c'est là, personne ne le contestera, un fait découlant directement des données anatomiques.

Ce fait, appliqué au traitement de l'ostéo-arthrite tibio-tarsienne, a une importance vraiment très grande.

Dans cette affection, tous les os de l'article peuvent être atteints par le processus tuberculeux, soit ensemble, soit séparément. Si l'astragale est malade, son ablation est indiquée, de toute évidence; si c'est la partie inférieure des os de la jambe, le plateau tibial, par exemple, nous nous demandons comment on pourrait mieux éclairer le siège du mal et y parvenir qu'en se débarrassant d'un obstacle, lui-même presque forcément attaqué par propagation, autrement dit qu'en enlevant l'astragale.

Des hommes qui ont beaucoup vu, comme Thomas Annandale (1) en Angleterre, Paul Vogt (2) en Allemagne, M. Gaujot en France, nous disent, d'autre part, que la tuberculose commence par l'articulation astragalo-calcanéenne et, après s'y être limitée assez longtemps, s'étend aux parties voisines. S'il en est ainsi, comment arriverons-nous au foyer initial de l'affection, comment pourrions-nous le voir, le mesurer et l'atteindre plus facilement que par l'ablation de l'os qui nous occupe? Qui nous empêchera aussi, cet os enlevé, d'atteindre le scaphoïde et les parties osseuses voisines ?

J'irai plus loin, et, suivant l'enseignement de Paul Vogt, j'écrirai, comme il l'écrivait lui-même dans le *Centralblatt* en 1883 :

« L'observation démontre que l'astragale et son appareil ligamenteux, surtout celui du sinus du tarse, sont souvent le siège d'une destruction tuberculeuse avancée dans les formes ordinaires d'arthrite fongueuse du cou-de-pied, même lorsque la synoviale a été primitivement attaquée. Le diagnostic bien précis du siège et de l'étendue des lésions est souvent obscur, et l'on ne reconnaît pas facilement, à l'avance, si les os voisins de l'astragale sont sains. » Comme lui, comme, avant lui, notre maître, M. Ollier, nous ne craindrons pas non plus de conseiller l'ablation de l'astragale comme premier temps de la résection tibio-tarsienne.

L'astragale, c'était comme la porte fermée à double tour d'une demeure infecte, porte souvent vermoulue. Faire sauter cette porte, s'en débarrasser pour introduire librement dans l'antre ouvert la lumière avec les agents modificateurs, tel est le rôle du chirurgien.

Il me serait facile, ayant tous les documents en main, de remonter jusqu'à Hippocrate pour retrouver la première

(1) Th. Annandale. *Edinb. Med. Journ.*, 1877.
(2) P. Vogt. *Centralblatt*, 1883, n° 19.

idée d'une intervention chirurgicale sur le cou-de-pied. Je pourrais parler de Galien, de Celse, de Ried à la bataille de Fontenoy, en 1745; je pourrais citer Gooch (1758), Moreau père (1782) et vingt autres; mais je n'insisterai pas sur les transformations subies par cette idée d'intervention; je rappellerai seulement que la pensée d'enlever l'astragale pour entrer dans l'article tibio-tarsien est récente, qu'elle ne date que de 1880, qu'elle est française, puisqu'elle est due à M. Ollier. Reconnaissons toutefois que Paul Vogt, dès 1883, est entré dans la même voie et a été, à partir de cette époque, l'apôtre de la nouvelle opération dans les pays d'outre-Rhin. Nous n'aurions qu'à suivre notre maître, depuis le Congrès de Lille jusqu'à l'heure présente, pour assister aux progrès successifs de la question qui nous occupe.

Nous trouverions aussi, dans la série de ses communications aux sociétés savantes et dans la relation d'une démonstration faite en 1880 à M. Farabeuf par M. Ollier, la description du procédé opératoire le plus applicable. Avant d'indiquer ce procédé, nous pourrions en citer quantité d'autres. Depuis Dietz, en 1831, bon nombre de méthodes ont été proposées, tant en France que dans les pays voisins. M. Ollier lui-même a décrit, depuis longtemps, un premier manuel opératoire, modifié par nos maîtres, MM. Chauvel et Delorme; puis vient le second (1) procédé de M. Ollier, qui fut l'objet de la démonstration faite à M. Farabeuf en 1880. Ce procédé a été complété et amélioré, dans ces derniers temps, à l'aide d'une dernière modification. En somme, la méthode la plus parfaite est, croyons-nous, celle qu'a publiée et appliquée M. Ollier.

Elle consiste en quatre incisions : deux antérieures principales et deux postérieures qui se font sur les côtés du tendon d'Achille; elles servent à détacher directement les insertions postérieures, en même temps qu'on les utilise pour le drainage.

Les deux incisions antérieures sont : l'une antéro-externe, l'autre antéro-interne. Elles se dirigent d'arrière en avant, de façon à ne léser aucun tendon. La première externe permet de dénuder la face externe et antérieure de l'astragale, et d'aller couper le ligament astragalo-calcanéen. La seconde contourne d'abord la partie antérieure de la malléole interne en arc de cercle. Du milieu de cet arc part une autre incision, qui se dirige, en avant, vers l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

Les deux incisions antérieures se ressemblent. En effet, en fin de compte, c'est dans les deux cas une incision longitudinale descendant, en dehors, entre le péroné et le péronier antérieur; en dedans, entre le tibia et le jambier antérieur. A ces deux incisions principales similaires vient s'ajouter, de chaque côté, une incision secondaire accessoire; mais, tandis qu'en dehors cette incision secondaire est perpendiculaire à la principale sur le bord externe du pied, en dedans elle contourne la malléole interne.

Un second progrès a été réalisé par M. Ollier, en introduisant l'usage des daviers érignes, qui pénètrent l'os sans le broyer lorsqu'il est altéré. Après avoir répété nous-même, un très grand nombre de fois, cette opération, nous en sommes arrivé à considérer comme aussi facile l'ablation de l'astragale par l'incision interne, que son extraction par l'ouverture externe, comme le conseille M. Farabeuf.

(1) L'Allemand Paul Vogt se rapproche beaucoup de ce procédé dans s descriptions.

II

Exposer des idées nouvelles, décrire un procédé nouveau, tout cela est beau; mais ce ne serait pourtant que très peu de chose si l'on ne confirmait, par des faits, la théorie exposée, le mode opératoire préconisé. Et c'est dans ce but que nous voudrions pouvoir relater, tout au long, les nombreuses observations que nous avons entre les mains.

Nous ne pouvons, hélas! dans ce petit travail, que résumer quelques-unes d'entre elles. Parmi les 43 ablations d'astragale dont nous possédons l'histoire, nous prendrons donc quelques exemples et nous insisterons surtout sur les résultats éloignés. C'est là le point sur lequel nous avons appris à nous appesantir pendant notre séjour auprès de M. Ollier. La plupart de nos malades, nous les avons suivis, nous les avons revus tout récemment et nous avons pu, pour plusieurs, nous faire une idée de ce qu'on pouvait espérer, en fin de compte, de l'ablation de l'astragale dans l'ostéo-arthrite tibio-tarsienne.

La première observation que je citerai est celle de P. L..., jardinier aux environs de Villefranche (Rhône). Entré le 20 juillet 1879, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, il en sortit le 25 mai 1880. Pendant ce laps de temps, on lui avait enlevé l'astragale malade. Par l'ouverture créée, M. le professeur Ollier avait pu évider, à l'aide de deux sections parallèles et longitudinales, l'extrémité inférieure du tibia profondément atteinte. On procéda ensuite à un nettoyage complet, rendu facile par le premier temps de l'opération. Lorsque je vis L..., neuf ans après sa sortie de l'hôpital, je trouvai un état général excellent. Les mouvements de flexion et d'extension sont limités; mais le malade se tient facilement sur le pied opéré, sans l'aide d'aucun appui. Il peut faire 15 à 20 kilomètres sans fatigue. Les mensurations donnent :

	Pied sain.	Pied opéré.
Longueur totale du pied. . . .	272^{mm}	260^{mm}
Hauteur de la malléole externe au-dessus du sol	60	50
Circonférence du cou-de-pied .	300	335

La voûte plantaire est accusée. Le pied porte surtout sur son bord externe.

Un second malade, dont je rapporterai l'histoire, est J. P..., de Saint-Germain-des-Bois (Saône-et-Loire). Il entra à l'hôpital le 12 janvier 1883. Il avait alors vingt et un ans.

A l'ouverture de l'article par le procédé de M. Ollier, on tombe sur l'astragale, dénudée et fongueuse. L'articulation tibio-tarsienne est pleine de matières caséeuses. On détache l'astragale à l'aide du détache-tendon, tant par l'incision interne que par l'incision externe. On extirpe l'astragale à l'aide d'un davier. On se rend compte alors facilement des lésions du voisinage, par la grande cavité que l'os enlevé a laissée à sa place. On trouve, dans la partie inférieure du tibia, un trajet oblique de bas en haut et de dedans en dehors; ce trajet est tapissé de matière caséeuse et entouré d'os éburné. Râclage du conduit, cautérisation au thermocautère. Pansement. Bandage plâtré.

L'astragale semble avoir été le premier atteint; il y a, dans cet os, des points de dégénérescence graisseuse et d'infiltration lie de vin. Les suites furent des plus simples.

Voici ce que le malade nous écrit dans ces derniers temps :

« Depuis que j'ai quitté l'Hôtel-Dieu, je me porte toujours bien; il y a plus de deux ans que je ne me sers pas de canne. Je cultive la terre et marche toute la journée, sans être trop fatigué le soir. J'ai fait quelques petits voyages à pied, le plus long est de 24 kilomètres. Je n'ai pas eu besoin de me reposer pour cela. Ma jambe a pris beaucoup de force. Les mouvements de flexion et d'extension sont faciles et rendent la marche convenable. Je me soulève à volonté sur les doigts de pied, sans me faire mal. Je

puis porter de lourdes charges sur les épaules, sans, dans la marche, ressentir de douleurs dans la jambe opérée. »

Un troisième, dont je veux dire quelques mots, est Louis-Augustin R..., facteur du télégraphe, à Lyon.

Il entra à l'Hôtel-Dieu, presque à la même époque que le précédent, et subit son opération le 18 juillet 1883. On enleva l'astragale par le procédé ordinaire. On explore, par la cavité ainsi formée, le tibia que l'on trouve recouvert de son cartilage. On n'y touche pas. On évide la malléole externe de dedans en dehors, et on fait une entaille à sa partie antérieure pour le passage d'un drain. On tunellise complètement la malléole. La partie correspondante du tibia, c'est-à-dire la facette péronéale inférieure, est également enlevée. Drainage, pansement, attelle plâtrée.

J'ai revu R... le 3 janvier 1890. Son appétit était très bon, il ne toussait nullement, il avait pris de l'embonpoint depuis sa sortie de l'hôpital et pouvait même faire 20 kilomètres, sans aucune fatigue.

Le pied, vu à côté de son congénère, n'est point modifié dans sa forme, c'est à peine si, au niveau des incisions externes, on aperçoit quelques surélévations et quelques dépressions tégumentaires.

Les mouvements de flexion et d'extension peuvent être évalués à la moitié de ce qu'ils sont normalement. Le malade peut se soulever facilement sur la pointe du pied. La voûte plantaire est nettement accusée. Masse résistante à la place de l'astragale enlevé.

Mensurations.	Pied sain.	Pied opéré.
Longueur totale.	250mm	235mm
Épaisseur au niveau des malléoles.	69	70
Hauteur de la malléole externe au-dessus du sol.	61	43
Du bord postérieur de la malléole externe au bout du talon.	40	52

J'ai dit plus haut que je donnerais un exemple de résection modelante, et c'est cet exemple dont je vais maintenant m'occuper. Je pense montrer aussi, du même coup, la rapidité avec laquelle on peut obtenir une guérison relative.

B..., voiturier à Beaucroissant (Isère), a eu, comme première lésion, une fracture bi-malléolaire avec broiement plus ou moins complet, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Les plaies se cicatrisèrent, mais avec la cicatrisation extérieure survint une ankylose immobilisant le pied en varus équin. Il y avait seize mois qu'avait eu lieu l'accident initial quand B... entra à l'Hôtel-Dieu. C'est là que, le 19 décembre 1888, M. le professeur Ollier procède, dans un premier temps, à la résection de l'astragale. Cet os est soudé par toute sa poulie avec la mortaise péronéo-tibiale et la soudure est osseuse; à l'aide de deux ou trois coups de maillet, on sépare l'os du tibia, mais il reste encore des adhérences très intimes avec le calcanéum, spécialement en arrière, on est obligé d'enlever l'astragale en plusieurs fragments. On sectionne le tendon d'Achille; mais tout le jeu ainsi donné au pied ne suffit pas à le placer, d'une façon convenable et définitive, à angle droit sur la jambe. Alors, avec le ciseau, on extrait ce qui reste de la couche supérieure de l'astragale et on attaque l'extrémité tibiale et les malléoles; celles-ci sont plus larges qu'à l'état normal et déjetées en arrière, on creuse dans le tibia et le péroné une mortaise nouvelle ayant la forme de la mortaise normale et dans laquelle viendra s'emboîter le calcanéum. Le pied est placé en bonne position dans un appareil plâtré; deux mois après, le 19 février 1889, le pied se présentait avec une forme excellente et l'on n'aurait pu dire si l'astragale avait été enlevé. J'ai revu et examiné le malade, le 19 janvier 1890, et voici ce que j'ai constaté : Le pied a conservé sa belle forme; le talon a une saillie exactement normale, le malade ne souffre nullement, les mouvements se font bien dans la nouvelle articulation tibio-tarsienne. Le pied appuie bien sur le sol par toute sa face plantaire, sauf au niveau de la voûte qui est bien formée et sensiblement analogue à celle du pied sain. La circonférence passant par la partie la plus élevée du cou-de-pied et le point le plus inférieur du talon est :

Sur le pied sain de 320 millimètres.

Sur le pied opéré de 310 millimètres.

On note entre les deux malléoles internes une différence de hauteur au-dessus du sol de 20 millimètres, la malléole tibiale du pied opéré étant, cela se comprend, le plus bas placée.

Le pied opéré a 25 millimètres de moins que le pied sain comme longueur.

Le malade peut se tenir sur le pied qui a subi l'intervention, un temps appréciable, sans douleur et sans appui. On ne note pas de déviation de l'extrémité du pied. B... peut faire, sans canne et sans chaussure spéciale, 2 kilomètres sans fatigue.

Le cas qui m'arrêtera maintenant est celui d'un enfant opéré en juin 1884, à l'âge de onze ans, originaire d'Arfeuilles (Allier).

Le jeune malade présentait une ostéo-arthrite tibio-tarsienne, une panostéite du calcanéum avec séquestre central. L'astragale était atteint de périostite fongueuse, avec quelques foyers purulents disposés autour de séquestres périphériques. On commença par l'ablation de l'astragale, on enleva ensuite le calcanéum.

Les suites de cette opération ne furent point du tout graves, les résultats définitifs furent très satisfaisants. Voici, en effet, ce que nous écrit le malade :

« Santé parfaite, appétit excellent. — Jamais de toux, ni d'hémoptysies. — Le pied n'est le siège d'aucune douleur. »

Laissons la parole à l'enfant d'autrefois, devenu grand jeune homme : « Mon pied, ajoute-t-il, est en très bonne position, celui qui me voit marcher ne peut deviner que j'ai été si malade et que j'ai subi une opération. Je marche comme tout le monde. Je fauche, moissonne, laboure, sans la moindre peine. Je puis me tenir, le pied opéré reposant seul à terre, dix secondes sur ce seul point d'appui.

Je vais d'Arfeuilles à La Palisse et je reviens le même jour, soit 30 kilomètres, et ne suis nullement fatigué. »

A côté de l'observation précédente, je veux résumer celle d'un autre enfant, Louis P..., de Lyas (Ardèche).

Louis P..., de Lyas (Ardèche), était dans une situation très grave. Il s'agissait, chez cet individu, d'une ostéo-arthrite tibio-tarsienne à droite et d'une coxalgie à gauche. On traita les deux choses à la fois. On enleva, par le procédé ordinaire, l'astragale qui contenait un séquestre volumineux vers sa partie postéro-supérieure. Lavage et nettoyage de la cavité créée. Pansement, immobilisation. La hanche fort douloureuse est immobilisée, elle aussi, dans un appareil silicaté. L'enfant part à la campagne, il revient avec des abcès au niveau de l'article coxo-fémoral, on le traite par des injections d'éther iodoformé. Il repart chez lui et voici ce que M. le docteur Merley (de Privas) nous écrit à son sujet :

« L'enfant n'a jamais toussé, l'auscultation et la percussion sont négatives.

L'enfant a grandi, il a bonne mine et paraît se bien porter. Le pied opéré n'est nullement douloureux. Il repose bien à plat sur le sol. La flexion et l'extension sont parfaites.

La station debout, sur le pied opéré reposant seul par terre, dure aussi longtemps qu'on le désire. Le malade se tient facilement sur la pointe du pied pendant quelques secondes. Le petit malade marche tout le jour sans béquilles, il se livre aux mêmes exercices que ses petits camarades et ne s'est point encore plaint.

Il saute de la hauteur de deux marches d'escalier à terre, il bondit sur lui-même et fait de la gymnastique comme ses compagnons. »

Je dirai encore quelques mots d'un homme opéré à l'âge de quarante ans. J. L..., de Saint-André (canton de Modane, Savoie), Lorsqu'il arriva de son pays à Lyon, il présentait sur presqu-

toutes les parties du corps des manifestations tuberculeuses (lésions osseuses multiples du bassin, des côtes, ostéo-arthrite tuberculeuse du coude, ostéo-arthrite tibio-tarsienne, ajoutons à cela des hémoptysies répétées et des sueurs nocturnes). On releva d'abord, par des soins appropriés, l'état général, on procéda ensuite à différentes époques au traitement chirurgical des diverses lésions. On fit l'ablation de l'astragale en novembre 1884, par le procédé de M. le professeur Ollier. Cet os était atteint d'ostéite et entouré de fongosités. Le malade se rétablit, on l'envoie chez lui, c'est-à-dire à Modane. Il en est revenu dernièrement, sur ma demande. Il a fait à pied 50 kilomètres et n'en a éprouvé aucun malaise.

L'état général est bon. Le pied a une très jolie forme et si l'on ne voyait les traces des incisions, on affirmerait volontiers que ce pied n'a subi aucune opération. La voûte plantaire est apparente et même un peu plus marquée que du côté sain. Le malade s'occupe tous les jours de travaux pénibles, soit dans les champs, soit dans les bois. Il se trouve peu gêné et peu fatigué le soir :

1° Longueur totale du pied :

Côté sain. . . . . 241 millimètres.
Côté opéré. . . . . 222 —

2° Hauteur de la malléole externe au-dessus du sol :

Côté sain. . . . . 39 millimètres.
Côté opéré. . . . . 34 —

3° Circonférence du cou-de-pied :

— Égalité. —

III

Nous pourrions continuer l'analyse de nos observations et le résumé des résultats que nous avons recueillis à longue échéance ; les quelques exemples que nous venons de donner suffiront, nous en avons l'espoir, à faire comprendre l'intérêt qu'on peut avoir à enlever l'astragale dans l'ostéo-arthrite tibio-tarsienne et à l'enlever en tout premier lieu.

D'ailleurs, si nous jetons un coup d'œil sur les 43 observations que nous possédons, nous voyons que 10 fois l'astragale était le siège primitif de la lésion, nous savons et nous comprenons facilement, d'autre part, que secondairement il est toujours pris, seuls donc les suites et les résultats éloignés eussent été capables de nous faire émettre des réserves; or, le traitement consécutif, bien appliqué, nous donne des succès que peu d'opérations pratiquées sur le pied ou sur la jambe sont en état de faire espérer. Ce traitement consécutif dont nous parlons, nous ne ferons que l'indiquer, d'autres devant le faire d'une façon spéciale et complète.

L'opération terminée, on lave les parties cruentées, on touche au thermocautère les points douteux; on place, en général, pour le drainage deux drains croisés en X, dont on évite l'aplatissement en creusant, au besoin, en gouttière, soit le calcanéum, soit une des malléoles. On panse et l'on dispose une attelle plâtrée postérieure. On suit pour les pansements ultérieurs les oscillations de la température. La cicatrisation obtenue, le traitement orthopédique commence; le malade s'applique à faire des mouvements d'extension et de flexion du pied sur la jambe, il continue à exercer ses orteils, de la mobilité desquels on s'est assuré, dès le premier pansement, en laissant ce dernier s'arrêter à la base des doigts de pied. Le sujet ne tarde pas à se lever, il s'essaie à faire quelques pas en s'aidant d'un appui, canne ou béquille. La nuit venue, il remet sa gouttière plâtrée postérieure. C'est pendant cette période qu'on combattra toute déviation à l'aide d'une bande de caoutchouc disposée convenablement autour du pied par une de ses extrémités, et dont l'autre chef est laissé à la disposition du patient pour exercer des tractions plus ou moins continues.

Au bout d'un temps variable, avec l'état général et le degré de bonne volonté du sujet, la marche deviendra plus facile, l'atrophie des muscles déterminée par l'inactivité fonctionnelle et la maladie sera remplacée peu à peu par un retour à l'état normal, si surtout on fait un usage constant des massages, des bains sulfureux, de l'électricité. Il ne suffit pas, remarquons-le bien, pour déclarer un malade guéri, que les plaies qu'il présentait soient cicatrisées, ni qu'à l'extrémité de sa jambe soit suspendue une masse plus ou moins informe, recouverte d'une couche épidermique plus ou moins continue : ce qu'il s'agit d'établir c'est que l'organe sur lequel a porté l'intervention est susceptible de rendre des services, et se rapproche par sa forme et ses fonctions du pied normal.

Signalons deux faits observés après l'ablation de l'astragale : 1° la diminution de longueur du pied; 2° l'incurvation plus grande, parfois, de la voûte plantaire.

Ces deux faits ressortissent à la disposition architecturale du pied; si nous suivons, en effet, le bord interne de ce dernier, nous trouvons la tête de l'astragale encastrée entre le scaphoïde et la petite apophyse du calcanéum. Supprimons par la pensée la tête de l'astragale et nous verrons l'apophyse calcanéenne se rapprocher du scaphoïde et exagérer par ce rapprochement la courbure de la plante du pied, nous comprenons aussi, de cette façon, le raccourcissement du pied, du côté interne spécialement, et la tendance que présente quelquefois le gros orteil à se dévier en dedans.

Si, chez certains de nos opérés, nous avons pu trouver une forme presque parfaite, cela tient à deux causes : d'abord à ce que la place laissée vide par la tête de l'astragale est comblée par une masse fibreuse, parfois même ostéo-fibreuse; et, en second lieu, à ce que les soins consécutifs à l'opération ont lutté avec avantage contre toute tendance vicieuse. Signalons, enfin, l'abaissement constant des malléoles, toujours conservées, qui viennent emboîter le calcanéum et quelquefois, quoique rarement, un déplacement en avant du point d'entrecroisement des axes de la jambe et du pied.

Quant aux mouvements, chez la grande majorité de nos malades, nous en avons trouvé de très appréciables, chez plusieurs d'entre eux même les mouvements existaient dans leur intégrité. Tous les opérés que nous avons revus, ou dont nous avons reçu des nouvelles, tous, sans exception, marchent et peuvent se tenir debout sur la plante du pied, sans autre appui que cette base de sustentation.

La marche s'effectue chez tous facilement, quelques-uns peuvent parcourir, sans fatigue, 30 et même 50 kilomètres par jour.

Si nous ajoutons à cela que la grande majorité ont pu reprendre leurs travaux, travaux pénibles, comme ceux de forgeron, cultivateur, bûcheron, sans éprouver de douloureuse lassitude, on admettra sans difficulté que les résultats fournis par l'ablation de l'astragale dans l'ostéo-arthrite tibio-tarsienne et surtout comme premier temps du traitement chirurgical de cette affection, sont plus que suffisants pour donner droit de cité désormais d'une façon définitive à cette opération. Disons, pour terminer, que les résultats les plus beaux et les plus sûrs sont fournis par les jeunes sujets.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 juillet 1890. — Présidence de M. Nicaise.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES FIBROMES PAR L'ÉLECTRICITÉ

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE répond à M. Richelot. Le traitement des fibromes par l'électricité n'est pas nouveau : depuis plusieurs années, M. Lucas-Championnière l'expérimente dans son service, et il est arrivé, comme il l'a déjà dit, à abandonner la méthode des ponctions et des hautes intensités. Il a vu, en effet, une malade traitée par M. Apostoli, pour une métrite catarrhale, succomber quatre jours après les manœuvres intra-utérines.

Le traitement électrique est un traitement dangereux, quoi qu'on fasse, aussi a-t-il, avec M. Danion, modifié la méthode de M. Apostoli. Il a d'ailleurs, longuement et à plusieurs reprises, publié la technique et les avantages de ce procédé.

S'il s'agit d'un jeune sujet, dans de bonnes conditions, l'opération est toujours préférable. L'électricité, en somme, est un palliatif dangereux. On ne doit la réserver qu'aux fibromes inopérables, car, quoi qu'on en ait pu dire, les opérations pour très gros fibromes donnent une mortalité encore effrayante, malgré toutes les précautions prises, et quelle que soit l'habileté opératoire du chirurgien.

M. QUÉNU n'a guère tenté la cure des fibromes par l'électricité que dans une vingtaine de cas. Malgré cela, il s'est fait à cet égard une opinion. On peut ranger les résultats obtenus en trois séries. La première comprend les cas où le succès est manifeste. Ces cas sont relativement nombreux. On note la disparition des phénomènes douloureux et des hémorrhagies. Dans les cas désespérés et inopérables, l'électricité est donc d'un grand secours. Parmi différentes observations, M. Quénu rappelle le cas de la mère d'un de nos jeunes confrères. La malade était absolument cachectique, épuisée par les pertes et les douleurs, hors d'état de supporter une intervention chirurgicale. Son fils fit avec soin des applications électriques répétées : trois mois après, la malade était véritablement ressuscitée et pouvait fournir de longues courses à pied.

Pour les métrorrhagies, l'effet de l'électricité est très remarquable parfois. Dans un cas, M. Quénu, pour arrêter des ménorrhagies abondantes, dut pratiquer la double castration. Pendant plusieurs mois, les règles furent supprimées, et l'on avait lieu de croire à une guérison définitive, quand se montrèrent de nouvelles métrorrhagies. La malade fut alors confiée à M. Apostoli, et l'électricité fit cesser des pertes que la castration avait été impuissante à arrêter.

Mais les succès ne sont pas toujours aussi beaux, et dans nombre de cas les résultats ont été tout à fait nuls. Il convient cependant de dire que, lorsqu'on prend toutes les précautions antiseptiques nécessaires, on n'observe aucune complication inflammatoire, soit du côté de l'utérus, soit du côté des annexes.

Dans une troisième catégorie, l'électricité a été nuisible. Dans sa pratique, M. Quénu n'a observé qu'un cas de cette nature. Il s'agissait d'une jeune femme atteinte de corps fibreux de l'utérus et d'un kyste ovarique, trop petit pour être diagnostiqué. L'application électrique amena un développement très rapide de ce kyste ovarique, qui prit un développement pour ainsi dire aigu et qui dut être rapidement enlevé.

Quant aux conclusions, il n'est guère permis d'en tirer de définitives. La question de siège intra ou extra-utérin du fibrome est sans importance aucune. La question d'âge du sujet est, ellemême, de peu de valeur. Toutefois, une complication du côté des annexes est une contre-indication. La difficulté est de pouvoir faire le diagnostic.

En résumé, c'est encore à l'empirisme qu'on en est réduit dans le choix de la conduite à tenir, si l'on met de côté les cas où l'intervention chirurgicale est contre-indiquée, soit du fait du fibrome, soit du fait de l'état général de la malade.

M. RICHELOT voit, qu'en réalité, M. Lucas-Championnière professe les mêmes opinions que lui ; comme lui, il recommande de choisir les cas, et ne conseille l'électricité que comme le meilleur des traitements palliatifs. C'est contre les abus de l'électricité que s'élève M. Richelot ; mais il va plus loin que ses collègues, et il considère que, lorsque le fibrome s'est énucléé du tissu utérin, il est justiciable de la laparotomie, à l'exclusion absolue du traitement électrique.

COMMUNICATIONS

De l'anesthésie par le chloroforme associé à l'atropine et à la morphine. — M. REYNIER rappelle les travaux de M. Dastre et explique (1) comment ce physiologiste a démontré que les dangers de la chloroformisation résidaient dans une action réflexe produite sur les noyaux bulbaires du pneumogastrique.

Pour éviter cet arrêt respiratoire et cardiaque, M. Dastre administre, avant l'anesthésie chloroformique, une certaine dose d'atropine, dont il corrige l'action toxique par l'administration simultanée de la morphine.

Sur les chiens, les résultats obtenus ont été merveilleux ; grâce à cette méthode, universellement employée dans les laboratoires, on a pu endormir impunément les animaux, alors qu'auparavant on perdait, au minimum, un chien sur trois chloroformisés.

M. Reynier, comme les chirurgiens lyonnais, a transporté sur l'homme cette méthode d'anesthésie. Mais récemment, il vient de perdre une malade et il attribue ce terrible accident à l'emploi de cette méthode. Voici le fait : il s'agit d'une jeune fille de seize ans atteinte d'ostéite tuberculeuse. Une injection de 1 centigramme de morphine et d'un quart de milligramme d'atropine fut faite avant la chloroformisation. Celle-ci dura dix minutes, elle s'effectua régulièrement ; la malade absorba 20 à 30 grammes de chloroforme. A la fin de l'opération, alors que l'on avait déjà cessé la chloroformisation, la malade ouvrit un instant les yeux, mais se rendormit aussitôt. On la transportait sur un brancard, où elle était déjà depuis quelques minutes, quand tout à coup, elle devint pâle, la respiration s'accéléra, puis se ralentit, les battements du cœur devinrent petits et misérables et la pupille se dilata brusquement. Pendant trois heures, on pratiqua inutilement la respiration artificielle ; le cœur battit encore pendant quarante minutes, une ou deux respirations spontanées eurent lieu, mais ce fut tout.

Le parquet fut averti, et délégua M. Verneuil pour pratiquer l'autopsie. M. Reynier proteste contre cette immixtion de la justice dans les actes chirurgicaux, car alors pourquoi ne pas faire une expertise chaque fois qu'un décès, plus ou moins rapide, suivra une intervention chirurgicale ?

L'autopsie fut négative et permit de constater quelques lésions insignifiantes : tubercules anciens et discrets aux deux sommets, anémie de l'encéphale. C'était insuffisant pour expliquer la mort.

En analysant les phénomènes ultimes, en tenant compte du moment tardif où est survenu le décès, il y a lieu de croire que la méthode employée doit être incriminée. Ces réveils tardifs avec menaces de syncope ont déjà été notés dans la chloro-atropo-morphinisation.

D'ailleurs, la méthode de M. Dastre n'est pas applicable sur l'homme, et les expériences physiologiques doivent être à cet égard absolument reléguées dans le laboratoire. En effet, M. Dastre injecte 1 centigramme de morphine et 1 milligramme d'atropine par kilogramme du poids de l'animal, c'est-à-dire que pour un homme adulte, il faudrait 80 centigrammes de morphine et 80 milligrammes d'atropine. Aussi M. Aubert (de Lyon) et les chirurgiens lyonnais n'ont-ils fait que s'inspirer de la méthode de M. Dastre, en administrant 1 centigramme de morphine et 1 milligramme d'atropine. Malgré ces doses faibles, cette méthode de l'atropo-chloroformisation est inutile et dangereuse.

D'expériences entreprises sur les chiens avec M. Villejean, M. Reynier est en droit de conclure que, si l'atropine supprime la tendance à la syncope initiale observée parfois au début de la

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 714.

chloroformisation, par contre, elle aggrave les accidents tardifs et les rend irrémédiables.

M. TERRIER a aussi expérimenté la méthode de M. Aubert, il a remarqué que, chez les hommes, il n'y avait que peu de modifications dans les phénomènes observés, l'excitation était la même, et le réveil survenait d'une façon variable; mais chez les femmes, la période d'excitation est, en général, supprimée et le réveil plus tardif : il a, dans ces conditions, perdu une jeune malade qu'il avait opérée de néphrectomie. L'intervention s'était régulièrement passée sans incident, ni opératoire, ni chloroformique. Les accidents qui amenèrent la mort ne survinrent que plusieurs minutes après que la malade eut été transportée dans son lit.

M. QUÉNU s'est également servi de la méthode de l'atropo-chloroformisation, il a enregistré des résultats très variables; pour lui, il résulte de tout ceci qu'il ne faut quitter ses opérés que lorsque le réveil est parfait et tout danger complètement écarté.

M. ROUTIER a vainement employé la méthode d'anesthésie mixte pour arrêter les vomissements, dus à un chloroforme impur, dont il se servait inconsciemment. L'adjonction de l'atropine et de la morphine n'ont en rien modifié les vomissements qu'il observait, et qui cessèrent dès qu'il fit usage de chloroforme récemment préparé.

M. MONOD, après un accident, a abandonné la méthode de M. Dastre.

M. BRUN s'étonne de tout ce qu'il vient d'entendre, il est probablement tombé sur une série particulièrement heureuse, parce qu'il a noté dans l'atropo-chloroformisation une facilité et une rapidité très grande de l'anesthésie, une disparition presque générale de l'excitation, et un réveil le plus souvent facile.

M. SCHWARTZ rappelle que la méthode de l'anesthésie par les petites doses met à l'abri de presque tous les dangers et rend inutile l'essai de ces méthodes de laboratoire.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. RECLUS présente un appendice vermiculaire qu'il a enlevé chez un enfant de quatorze ans pour une pérityphlite suppurée.

ÉLECTION

Au cours de la séance, MM. Ledru (de Clermont), Lagrange (de Bordeaux), Chalot (de Montpellier), Bois (d'Aurillac) sont nommés membres correspondants nationaux.

La séance est levée.

— Par décret, en date du 24 juillet 1890, M. le docteur Sanchez Toledo y Hernandez, préparateur au laboratoire de pathologie expérimentale, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 86. — MARDI 29 JUILLET 1890. 63e ANNÉE. MARDI 29 JUILLET 1890. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 28 juillet 1890.

M. le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris nous a adressé, à l'occasion de notre dernier article sur l'Enseignement médical, le relevé des étudiants étrangers inscrits dans les Facultés françaises pendant le deuxième trimestre de l'année scolaire 1889-1890. Ce relevé le voici :

Les étudiants étrangers inscrits dans les Facultés de médecine, au deuxième trimestre de l'année scolaire 1889-1890, sont au nombre de 907.

Paris en compte 822, se décomposant comme suit :

6 allemands; 51 anglais; 7 autrichiens; 7 belges; 8 bulgares; 34 espagnols; 34 grecs; 6 hollandais; 12 italiens; 1 monégasque; 1 norwégien; 18 portugais; 85 roumains; 261 russes; 20 serbes; 1 suédois; 25 suisses; 71 turcs; 159 américains (États-Unis); 13 égyptiens; 1 persan; 1 australien.

Bordeaux compte 17 étrangers, dont 2 anglais; 2 belges; 1 américain (États-Unis); 1 égyptien; 5 mauritiens; 5 argentins; 1 cubain.

Lille compte 3 étrangers, dont 1 anglais; 2 russes.

Lyon compte 8 étrangers, dont 1 russe; 2 suisses; 3 turcs; 1 égyptien; 1 malgache.

Montpellier compte 53 étrangers, dont 2 anglais; 14 bulgares; 3 espagnols; 7 grecs; 1 italien; 2 roumains; 4 russes; 16 turcs; 4 égyptiens.

Nancy compte 4 étrangers, dont 3 allemands et 1 américain (États-Unis).

En résumé, 907 étrangers, dont 9 allemands; 56 anglais; 7 autrichiens; 9 belges; 22 bulgares; 37 espagnols; 41 grecs; 6 hollandais; 13 italiens; 1 monégasque; 1 norwégien; 18 portugais; 87 roumains; 268 russes; 20 serbes; 1 suédois; 27 suisses; 90 turcs; 161 américains (États-Unis); 19 égyptiens; 5 mauritiens; 1 persan; 1 australien; 5 argentins; 1 malgache; 1 cubain.

Le relevé des étudiants étrangers inscrits dans les Écoles de plein exercice et les Écoles préparatoires au deuxième trimestre de l'année scolaire 1889-1890, donne un total de 15 étrangers :

Alger en compte 3, dont 1 anglais; 1 russe et 1 annamite.

Marseille en compte 8, dont 1 anglais; 1 grec; 1 italien; 1 suisse; 4 turcs.

Nantes compte 1 suisse.

Reims compte 1 allemand.

Rennes compte 2 étrangers, dont 1 anglais et 1 américain (États-Unis).

Les douze autres Écoles ne comptent pas d'étudiants étrangers.

En résumé, 15 étrangers sont inscrits dans nos Écoles de plein exercice et nos Écoles préparatoires, dont 1 allemand; 3 anglais; 1 grec; 1 italien; 1 russe; 2 suisses; 4 turcs; 1 américain (États-Unis); 1 annamite.

Lorsque nous disions que « les Facultés françaises sont délaissées par l'étudiant étranger », il semble donc que, si nous avions raison pour les Facultés et Écoles de province, nous avions absolument tort pour la Faculté de Paris, qui compte 822 étudiants étrangers. La note que nous a adressée son doyen paraît répondre victorieusement à ce que nous avons écrit, d'autant que Berlin, actuellement, ne compterait que 331 étudiants étrangers, et Vienne 140 seulement.

Il nous est facile de répondre à ces chiffres, qui paraissent cependant nous écraser de leur inflexible brutalité.

Tout d'abord, dire que l'Allemagne est moins fréquentée que la France par le médecin étranger, sous prétexte que Berlin n'a que 331 étudiants étrangers, tandis que Paris en possède 822, serait une grosse et profonde erreur, même en admettant que les chiffres fournis fussent rigoureusement exacts. Berlin est, en effet, bien loin de représenter en Allemagne le centre scientifique que Paris représente en France. La ville de Berlin possède, sans aucun doute, une des meilleures Facultés de médecine d'outre-Rhin, mais ses rivales se comptent et sont nombreuses : Halle, Leipzig, Bonn, Fribourg, Heidelberg, Strasbourg, Dresde, Munich, Hambourg, etc., etc., et si l'on additionne le total des étrangers suivant des cours dans toutes ces Facultés, il est certain que le chiffre dépassera de beaucoup celui que nous pouvons atteindre en France.

D'ailleurs ces chiffres officiels, aussi bien les nôtres que ceux des Facultés voisines, n'ont qu'une importance très relative, ainsi que nous l'avons déjà dit, dans notre précédent article. En voici, du reste, une preuve palpable. D'après le relevé officiel, l'Université de Vienne ne compterait que 140 étudiants étrangers suivant actuellement les cours. On nous permettra de dire que ces chiffres, pour être officiels, n'en sont pas moins *absolument inexacts*. Dans ce relevé, ne figurent aucun Italien, Brésilien, Américain du Sud, Américain du Nord, etc., alors qu'il suffit d'aller huit jours à Vienne pour voir des *cours entiers* remplis par les élèves de ces nations. Les étudiants des États-Unis sont *actuellement*, à Vienne, au moins une centaine. Les Brésiliens comptent au moins 20 de leurs docteurs, les Italiens fournissent à peu près un chiffre aussi élevé. *Or, aucun étudiant de ces nations ne figure sur le relevé !*

Cette affluence des étrangers frappe et étonne le médecin français, dès le premier jour de son arrivée. Les étrangers sont tellement nombreux à Vienne et y suivent si régulièrement les cours, que beaucoup des professeurs parlent plusieurs langues pour pouvoir se faire comprendre de leur clientèle habituelle.

Ainsi donc, les chiffres fournis par les Facultés d'Allemagne et d'Autriche, au sujet du nombre des médecins étrangers qui suivent leurs cours, sont manifestement erronés, et, comme nous l'avions fait remarquer, il serait difficile de leur donner toute l'exactitude désirable. Voici pourquoi : l'enseignement à l'étranger est fait, en dehors des quelques professeurs titulaires, par une armée de *private docent* (professeurs agrégés) et d'assistants. Ces cours, tout en étant sous le contrôle de l'Université, ne sont que semi-officiels. Pour les suivre, le médecin étranger ne s'inscrit pas à l'Université, et, par conséquent, ne figure pas sur la liste des étudiants, qu'on publie officiellement.

Les chiffres des étudiants qui seraient inscrits à la Faculté de Paris nous paraissent également exiger certaines explications. La Grèce, la Roumanie, la Serbie admettent l'équivalence de nos diplômes et des leurs, et le temps passé, en France, par l'étudiant de ces pays, leur est compté comme s'il avait suivi les cours chez eux; de là, 85 Roumains, 34 Grecs, 20 Serbes. La Russie ne vient que très récemment d'admettre les femmes près de l'une de ses Facultés de Médecine, et sur les 261 Russes inscrits près de la Faculté de Paris, la moitié, à peu près, appartient au sexe féminin. Mais, d'ailleurs, sans qu'il soit besoin d'insister, on est en droit de se demander si c'est bien l'éclat de notre enseignement français qui attire l'étudiant russe à Paris, ou si la liberté grande, dont on peut jouir chez nous, et l'hospitalité très large qu'on y accorde, n'est pas la raison principale de cette affluence.

Il y a, toutefois, un chiffre que nous ne nous expliquons guère.

D'après le relevé officiel, il y aurait, à Paris, 159 étudiants venus des États-Unis d'Amérique. Ce chiffre nous paraît extraordinaire. On a beau fréquenter les cours, les hôpitaux, les amphithéâtres, l'accent anglais, cependant si facile à diagnostiquer, semble partout absent. Si l'on parcourt les thèses de la Faculté, le nombre des étudiants de l'Amérique du Nord, sacrés docteurs à Paris, est infiniment restreint. Alors, que font donc ces 159 étudiants, inscrits pour le premier semestre de 1889-1890? Où vont-ils? D'ailleurs, qu'est-ce que veut dire ce mot « inscrit à la Faculté »? Doit-on comprendre que l'étudiant étranger prend ses inscriptions régulières, ou bien ne faut-il pas plutôt admettre que l'étranger, arrivant à Paris, vient s'inscrire à la Faculté, demander une carte (dont, d'ailleurs, il se passerait bien) pour suivre les cours, entrer aux hôpitaux, etc. Mais combien de temps cet étranger séjourne-t-il à Paris? Quelles études médicales y fait-il réellement? A cela les données officielles sont impuissantes à nous répondre.

L'étudiant étranger, nous l'avons dit, ne fait à Paris qu'un court séjour; pour lui, Paris devient une Faculté de passage, bien plus qu'une Faculté de résidence et d'études véritables. Un jour se présentait dans nos bureaux un médecin étranger, venu des États-Unis pour étudier en Autriche. Son séjour à Paris ne devait pas dépasser une semaine, et il comptait visiter l'Hôtel-Dieu et la Salpêtrière, pour aller ensuite à Vienne où il devait s'arrêter. Or, ce médecin était muni d'une carte d'ADMISSION AUX COURS, dûment délivrée par la Faculté (bien qu'à ce moment la Faculté fût en vacances). La plupart des étudiants américains qui figurent sur nos relevés appartiennent à cette catégorie.

Demandez aux internes de nos hôpitaux, les seuls qui fassent des cours particuliers, si les étrangers ne quittent pas rapidement la France pour franchir nos frontières de l'Est et aller se perfectionner chez nos voisins. Et mieux, demandez à l'étranger lui-même, et il vous exposera ses griefs. Ce n'est pas à la Faculté de Médecine, que l'étranger désappointé ira porter ses plaintes. Mais ce qu'il ne peut pas dire à la Faculté, il le dit ailleurs, et c'est justement, parce que nous avons été à même d'entendre les médecins étrangers émettre leurs appréciations, formuler leurs vœux, que nous avons pris le parti, après avoir contrôlé l'exactitude de leurs opinions, d'exposer les faits tels qu'ils étaient en réalité et non pas tels qu'on les présentait.

En d'autres termes, si l'on en croit les chiffres officiels, tout serait pour le mieux, mais si l'on va plus loin et si l'on se donne la peine d'interpréter les choses, on peut voir que ces chiffres ne cachent qu'une illusion décevante. On nous a souvent reproché, à nous Français, de nous contenter de mots, prenons garde aussi de nous contenter trop facilement avec des chiffres.

INFIRMERIE SPÉCIALE DU DÉPOT

Deux cas d'automatisme ambulatoire : 1° automatisme d'origine alcoolique; 2° automatisme hystérique.

Par M. Henri COLIN,

Interne des asiles de la Seine et de l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Nous avons la bonne fortune d'être actuellement interne dans le service de M. Paul Garnier, à l'infirmerie spéciale du Dépôt près la Préfecture de police.

C'est là, comme on sait, que sont amenés tous les aliénés ou présumés tels, placés d'office ou ramassés sur la voie publique. Aussi nous arrive-t-il de les examiner « à l'état de nature », si on peut s'exprimer ainsi, et « nullement préparés ».

Il nous a été donné de voir, ces jours derniers, deux malades du plus haut intérêt. Il s'agit d'automatisme ambulatoire, chose peu connue encore, à l'heure qu'il est. Nous avons de plus été à même d'examiner ces malades en plein état d'inconscience, fait capital en soi, puisqu'en général, on se base, pour décrire cet état bizarre, sur les renseignements fournis, soit par les sujets eux-mêmes, soit par ceux qui les ont approchés.

Nous croyons donc utile de reproduire ici *in extenso* ces deux observations, et, pour le premier de nos sujets, l'état d'inconscience ayant duré plusieurs jours, nous donnerons les faits dans l'ordre où nous les avons observés, de façon à bien montrer le processus qui a présidé au retour graduel de la mémoire.

Il s'agit, dans un cas, d'automatisme d'origine alcoolique, dans l'autre, d'un hystérique.

I

AUTOMATISME AMBULATOIRE ALCOOLIQUE.

G... (Lucien), quarante-quatre ans, maître d'hôtel, demeurant à Châlons-sur-Marne, où il a une entreprise de voitures de place.

Ce malade est soumis à notre examen le 21 mars, à l'infir-

merie du Dépôt. Il a été arrêté à Joinville, n'ayant sur lui ni cartes ni papiers.

Au premier abord, on le prendrait pour un individu normal. Il donne parfaitement son nom, son âge, la date de sa naissance, etc., etc. Il a une bonne figure, plutôt réjouie, mais l'air un peu apathique; il est gras et paraît jouir d'une bonne santé. Il répond posément, mais avec une certaine lenteur, à nos questions.

Mais lorsqu'on lui demande depuis quand et pourquoi il est à Paris, on constate de suite une amnésie complète et une inconscience absolue de sa situation.

Il est à Paris, dit-il, depuis cinq semaines. — (Or, d'après l'état de son linge et de ses vêtements, il doit y avoir une douzaine de jours au plus.) Il est venu pour s'y promener, mais, paraît-il, tout y est changé, il ne reconnaît plus rien.

Interrogé sur sa santé, il répond qu'il ne se porte pas très bien depuis quatre ans; il a, dit-il, des douleurs d'estomac.

Ce qu'il fait à Paris, et ce qu'il y a fait depuis son arrivée, il n'en sait absolument rien, et on a beau le presser de questions, il ne peut rien répondre, malgré toute sa bonne volonté.

Vendredi 21 mars. Amnésie complète. Il est venu à Paris, dit-il, pour se distraire. Il attendait sa femme le lendemain; il avait pris 55 à 60 francs pour le voyage. Il est monté en troisième. A Paris, il est descendu dans un hôtel voisin de la gare. Lequel? il ne se le rappelle pas.

Il prétend n'être pas venu à Paris depuis douze ans. (Nous avons appris, plus tard, qu'il était venu visiter l'Exposition.) Tout, paraît-il, y est changé, les rues, les voitures. Il est allé à la Bastille, et il est resté très longtemps à se promener autour de la colonne de Juillet, parce que là, dit-il, il n'y avait pas moyen de se perdre.

Il dit avoir quarante-six ans, être né en 1846. Quant à la date, nous serions aujourd'hui le 15 mai 1891.

Samedi 22. Le malade revient un peu à lui, mais ce n'est qu'en le pressant de questions et en s'attardant à mille détails, qu'on peut en tirer quelque chose.

Il porte sur lui deux adresses. L'une, écrite au crayon, est ainsi conçue : « B... (Alexandre), 10, boulevard Denain, maison D... » Le malade ne sait pas ce que c'est; il y a laissé son pardessus et sa montre. Un instant après il dit qu'il voulait y loger et avait laissé son pardessus en gage, mais que, lorsqu'il a voulu revenir, il n'a plus retrouvé la maison.

L'autre est une carte de restaurant : « Restaurant du Cadran, maison Gillet-Bachelier, 2, cours de Vincennes, et 106, boulevard Picpus. » Ici le malade se rappelle avoir mangé une soupe à l'oseille, du turbot. Il a payé 3 francs et a donné 50 centimes au garçon. Quand? il ne sait pas. Il y a déjà quelque temps, dit-il.

Il est plus explicite au sujet de son départ de Châlons.

Au moment de partir, dit-il, il ne dormait pas de la nuit, souffrait, était comme électrisé dans les jambes, le ventre. Il croit que c'était la température. Il était brisé.

Il est arrivé à la gare de Châlons et s'est arrêté à la buvette. Il y a pris un bock et a envoyé le garçon lui chercher son billet. Son chien l'avait suivi; il l'a confié au garçon, en lui disant de le remettre sur la route de son domicile, pour qu'il ne se fasse pas couper les pattes. Il a donné 20 centimes au garçon.

Il est monté en troisième dans le train de 11 h. 4. Il ne se rappelle pas s'il y avait du monde dans son compartiment. Arrivé à Paris, il est descendu seul, est sorti de la gare, mais n'a pas reconnu la ville. Cependant les voitures de place sont les mêmes que les siennes, dit-il. Il a, à Châlons, trente voitures et des cochers à ses ordres. Il gagne pas mal d'argent.

Sa femme devait venir le retrouver, aussi avait-il emporté seulement 60 francs et pas de bagages.

A huit ans, il dit avoir eu des convulsions; une fois, dans une attaque, il avait les dents serrées; il fallut prendre une cuiller pour lui ouvrir la bouche. On le lui a raconté; il avait perdu connaissance.

Sa femme lui a dit qu'il y avait des instants où il n'avait pas l'air de savoir ce qu'il faisait, comme s'il avait bu.

Quand on lui demande depuis combien de temps il est dans sa cellule, il dit qu'il y a peut-être cinq jours.

Dimanche 23. Il sait qu'il s'est trouvé perdu et donne alors une explication bizarre. Il croit qu'il y a deux Châlons, et qu'il est transporté dans le deuxième. La terre tourne, dit-il, et c'est comme cela que cela a dû arriver. Ce qui le confirme dans cette idée, c'est que les voitures de Paris ressemblent à celles de Châlons. Or, il a acheté ses voitures à Paris, il y a cinq ans, au Tattersall.

Dimanche soir. La mémoire est un peu revenue. Il sait avoir été à la gare de Vincennes, avoir déclaré à l'employé de chemin de fer qu'il n'avait pas d'argent, mais qu'il connaissait du monde à Joinville, et qu'il paierait à l'arrivée.

En descendant du train, il n'a pas trouvé « son monde » et alors on l'a conduit chez le commissaire.

Il nous donne en même temps un renseignement que sa femme confirmera. Il lui est déjà arrivé de faire des fugues de ce genre. Il a fait des absences de trois ou quatre jours. A son retour, sa femme lui demandait d'où il venait. Il prétendait n'avoir jamais quitté la maison.

Les idées sur le temps qui s'est écoulé depuis son départ de Châlons sont toujours aussi confuses. Ainsi, il prétend qu'il n'a pas vu sa femme depuis un an.

Il n'a, dit-il, jamais eu la syphilis; cette question même l'indigne et il se défend avec énergie.

Lundi 24. Il y a deux mois, dit-il, qu'il n'a vu sa femme.

Nous tâchons de découvrir quelques indices à l'aide du linge. Celui-ci n'est pas très sale et date peut-être d'une huitaine de jours. Le malade se refuse, d'ailleurs, à reconnaître ses propres vêtements.

Cependant, la mémoire revient de plus en plus. Il se souvient de s'être promené toute une journée sur la place de la Bastille. C'est là, paraît-il, qu'il « devait rencontrer son monde ». (Il a été en apprentissage autrefois à la pointe Rivoli et à Joinville.)

A la visite de midi, il dit très posément qu'il est à Paris depuis huit jours. Le jour de son départ il avait dit à sa femme : « Si nous allions à Reims? » Il y avait, paraît-il, une vente de voitures dans cette ville, où il a également des parents.

Sa femme n'étant pas prête, il est venu à Paris pour se désennuyer, elle devait venir le retrouver, et, de là, ils seraient partis pour Reims.

Il y a un peu d'inégalité pupillaire; la pupille droite est plus grande que la gauche. Il y a aussi un tremblement vibratoire des doigts. Les réflexes sont conservés. Rien au cœur. Sensibilité normale.

Mardi 25. Le malade, à peu près complètement revenu à lui, nous donne les détails les plus circonstanciés sur son existence, année par année. Ces détails nous sont ensuite confirmés par sa femme, que l'on a fait venir de Châlons.

Il a été apprenti pâtissier, sans la moindre fortune, puis maître d'hôtel. Après avoir vendu son hôtel de Châlons 70000 francs, il a fondé un service de voitures publiques dans cette ville qui est, aujourd'hui encore, des plus prospères.

Toute son existence prouve que c'est un excellent sujet; ses patrons n'ont jamais eu qu'à s'en louer. Il ne buvait pas; on lui reprochait même de ne pas être gai.

A vingt-deux ans, époque de son mariage, il n'avait, dit-il, presque jamais vu de femme. Son grand bonheur était de lire des romans.

Enfin, il n'a jamais eu d'enfants. Il donne des renseignements détaillés sur sa fugue. Il prétend être parti de Châlons le dimanche 16 mars, à onze heures du matin. Sa femme, elle, affirme qu'il est parti le lundi à quatre heures. Il l'avait quittée, paraît-il, en lui disant qu'il allait en ville voir des parents, ainsi que cela lui arrivait souvent.

Il a vu plusieurs personnes en ville, et, entre autres, son no-

taire par lequel il voulait se faire envoyer de l'argent (confirmé par sa femme).

Il s'ennuyait, paraît-il, à la maison, sentait « comme de l'électricité dans le ventre » et avait besoin de mouvement.

Depuis trois ans, il est tracassé par des préoccupations hypochondriaques. Il a mal à la tête, craint de mourir. Il se plaint de l'estomac; il a comme du feu, comme une scie dans le ventre : il éprouve ce qu'il appelle des « fressillons » dans les jambes, parfois des frissons. Aussi dans ces derniers temps — lui vif et travailleur autrefois — il restait continuellement couché.

A tous ces symptômes viennent s'ajouter d'autres signes d'alcoolisme chronique; il a l'état saburral des malades de ce genre, de la gastrite, des pituites, des vomissements. Depuis quatre ans il ne mange plus. Enfin, la face présente une légère teinte subictérique, et le foie est douloureux à la pression.

Au point de vue héréditaire, il nous dit avoir une nièce idiote, qui doit avoir maintenant vingt-deux ans.

Depuis quelques années, il n'est pas bien portant. De plus, il a fait quelques excès de boisson. Il est, d'ailleurs, extrêmement sensible à l'influence de l'alcool. Ainsi dans un dîner, il est malade pour avoir bu quelques verres de vin. Dans ces dernières années, il avait un tremblement alcoolique tel qu'il ne pouvait tenir une plume. En même temps il avait des cauchemars, voyait des bêtes.

La fugue qui nous l'a amené n'est pas la première, paraît-il. Il y a six ans, en 1884, il était allé voir un de ses frères près de Reims. De là il est venu à Dampierre, voir un autre frère. Il a fait des excès, a été malade, et bien qu'il ne se rappelle aucun des détails de cette fugue, il y a une circonstance qu'il n'a pas oubliée.

Étant à Dampierre, il errait sur une route parfaitement inconscient de ses actes, la voiture de M. le docteur Dubarry vint à passer, et à une question posée au médecin par un de ses amis qui l'accompagnait et qui avait été frappé de l'air étrange de notre malade, ce dernier se rappelle fort bien avoir entendu cette réponse : « Ça, c'est un vulgaire alcoolique. »

Il est rentré chez lui à Châlons après cette fugue, très malade, et il est resté six mois sans se remettre. Vers la même époque il a eu un ictère.

Une grande partie des détails de son séjour actuel à Paris lui est revenue à la mémoire.

Arrivé à Paris, très probablement le lundi, sans bagages, il rencontre en sortant de la gare un petit pâtissier avec lequel il lie conversation. Cela lui rappelait son ancien métier. Il l'emmène boire, et il semblerait que notre malade ait, ici encore, fait quelques excès.

Le lundi soir il reste à l'hôtel, et le lendemain — parfaitement inconscient de son état — il va se promener sur la place de la Bastille, où il avait demeuré autrefois. Dans la journée, il se rappelle avoir absorbé deux absintes et plusieurs verres de vin.

Nous le retrouvons ensuite cours de Vincennes, où il dîne dans un restaurant. En sortant de là, toujours inconscient, il fait la rencontre d'une femme qui lui propose de lui trouver un domicile. Il accepte et elle le conduit dans un hôtel où, n'ayant pas d'argent pour payer, il laisse sa montre et son pardessus au comptoir. Arrivé dans la chambre, la femme veut se permettre quelques privautés, mais lui qui était venu là en tout bien tout honneur, se refuse à tout exercice de ce genre et veut s'en aller. La femme l'accompagne alors jusqu'à la place du Trône où elle le quitte. Incapable de retrouver l'endroit où il avait laissé ses effets, il erre alors toute la nuit du côté de la place de la Bastille, tournant autour de la colonne de Juillet.

Le lendemain, toujours hanté par son idée de retrouver des gens de connaissance, il part pour Joinville dans les conditions que nous avons racontées. Arrêté là à la descente du train, il nous arrive au Dépôt le jeudi de la mi-carême, et c'est le lendemain que nous l'examinons.

Voici maintenant quelques détails complémentaires fournis par la femme du malade et qui confirment le diagnostic d'alcoolisme.

Le malade était un excellent homme, bon travailleur. Pas d'antécédents de famille, rien dans les antécédents personnels, à part l'attaque à l'âge de huit ans, qu'il nous a lui-même contée.

Il a fait des excès de boisson pendant qu'il était maître d'hôtel. D'ailleurs, il est très sensible à l'influence de l'alcool.

Il y a huit ans, à la suite d'excès de ce genre, il a eu un accès de délire, qui a duré huit à dix jours. Il divaguait, se disait officier, décoré. Il était d'ailleurs inoffensif. Il buvait du vin, n'a jamais bu beaucoup d'absinthe. Dès qu'il en avait pris une, il était énervé, envoyait promener les voyageurs. Les médecins lui avaient ordonné du bromure et lui avaient défendu l'alcool.

Une chute de voiture, il y a quatre ans, l'a forcé à garder le lit trois ou quatre jours.

Vers la même époque, à la suite d'excès de boisson, une crise de délire. Pendant deux ou trois jours, on eut toutes les peines du monde à le retenir chez lui. Il voulait partir, voyait des bêtes, des fantômes.

Il est resté, à la suite, quinze jours au lit, et, depuis cette époque, est ou se dit toujours malade. C'est sa femme qui fait marcher la maison, s'occupe des affaires d'argent, etc., etc. Lui ne fait plus rien. Il se couche à quatre heures de l'après-midi et se lève le lendemain à midi, parfois pas du tout. Le reste du temps il sort, se promène, va voir des amis. Il est hypochondriaque, se plaint d'avoir mal dans les intestins, d'avoir une « scie dans le ventre ».

Ajoutons qu'il est porteur d'une hernie inguinale double, et qu'il prétend avoir été surpris par la foudre, il y a deux ans.

Quoi qu'il en soit, il est apathique, ne cause pas beaucoup, et plus volontiers avec des étrangers qu'avec sa femme. Quelquefois celle-ci le stimulait; lorsqu'ils se disputaient, il la menaçait toujours de s'en aller, « de partir », d'aller voir ses parents. Elle avait fini par s'y habituer.

Au moment de sa dernière fugue, il était tourmenté depuis plusieurs jours par l'idée de venir à Paris se désennuyer. En réalité, il devait aller à Reims acheter des voitures, avec sa femme.

Le jour de son départ, il était sorti le matin en disant qu'il allait voir son frère aux environs de Châlons. Il avait pris 100 francs et en avait dépensé une partie à Châlons même, probablement à boire, car des gens qui l'ont rencontré ont dit à sa femme qu'il « était drôle ».

Ce malade est remis en liberté le mardi 25 mars et confié à sa femme.

Cette observation nous semble intéressante à plus d'un titre. On remarquera que, dans l'alcoolisme comme dans le mal comitial, il peut se produire des accès d'automatisme ambulatoire, ayant des caractères presque identiques. En effet, notre homme n'était pas ivre, il était simplement inconscient. Il n'avait aucun trouble de la motilité; la figure était absolument calme, il répondait fort posément à toutes les questions. Nous avions pensé, tout d'abord, au mal comitial, et nous étions confirmé dans cette idée par l'existence d'une attaque à l'âge de huit ans, attaque dont la nature n'est pas très facile à élucider.

D'autre part, nous savions que l'automatisme comitial peut fort bien exister seul, sans accès épileptique, ainsi

que c'était le cas pour un malade fameux de M. Charcot (1).

Mais en examinant ce cas de plus près, on est forcé de s'arrêter au diagnostic alcoolisme chronique, qui, d'ailleurs, peut donner lieu — ainsi que cela est relevé dans les auteurs — à des accidents de ce genre. Il était utile, à notre avis, de signaler, cependant, ces difficultés de diagnostic. Il est intéressant aussi de voir dans les deux genres d'automatisme, comitial et alcoolique, persister, — au milieu d'un appareil amnésique complet, — le souvenir de certains faits, de certains évènements. Notre malade présentait cette particularité d'une façon frappante.

Un autre argument, en faveur de l'alcoolisme, est fourni par le retour progressif de la mémoire, de ce qui s'est passé, ce qui n'arrive pas dans l'épilepsie et dans l'hystérie, et ce qui est frappant dans notre observation. C'est pour cette raison, d'ailleurs, que nous l'avons donnée dans tous ses détails, et en même temps pour bien montrer les difficultés de l'examen de ces malades qui sont amenés ainsi en pleine amnésie.

AMYGDALOTOMIE ET IGNIPUNCTURE

Par M. DUDEFOY, interne provisoire à l'hôpital Lariboisière.

M. Désiré, externe de la clinique de laryngologie de Lariboisière, vient de soutenir sa thèse devant la Faculté.

Cette thèse ayant pour titre : « De l'amygdalotomie dans le traitement de l'hypertrophie tonsillaire », est une sorte de réhabilitation de l'amygdalotomie et de parallèle avec l'ignipuncture. L'auteur, en effet, s'attache à défendre l'opération sanglante que des craintes excessivement exagérées et causées par l'observation de quelques très rares cas malheureux, avaient fait remplacer, surtout en France, par la cautérisation ignée.

Après un rapide historique, il décrit le mode opératoire, et il insiste surtout sur le traitement à employer après l'opération. Car des précautions ainsi prises dépendront à la fois le succès de l'intervention et l'absence de complications, et surtout d'hémorrhagies, accident tellement redouté qu'on a voulu remplacer, d'une façon définitive, l'amygdalotomie par l'ignipuncture.

Enfin, par des observations très nombreuses non choisies, car tous les cas figurent, M. Désiré montre que les accidents consécutifs à l'ablation des amygdales par l'instrument de Fahnestock, sont absolument exceptionnels, il n'en a, en effet, observé aucun. L'ignipuncture ne donne pas de résultats assez rapides, assez sûrs et assez constants pour pouvoir être, comme on tend à l'admettre, substituée dans tous les cas à l'amygdalotomie. Mais l'auteur ne s'est pas contenté de son expérience personnelle, et il a fait appel à l'opinion des cliniciens étrangers les plus répandus, les plus connus.

Notre maître commun, M. le docteur Gouguenheim, sous l'inspiration de qui ce travail a été fait, s'est lui-même chargé d'écrire à des spécialistes distingués, tels que sir Morell Mackenzie et Lennox Browne (de Londres), H. Krause (de Berlin), Schrœtter (de Vienne), Massei (de Naples), Capart (de Bruxelles), Heryng (de Varsovie) et Garel (de Lyon). Il a condensé leurs réponses dans une lettre qui, insérée dans la thèse que nous étudions, en constitue un des chapitres des plus intéressants.

(1) CHARCOT. *Leçons du mardi*, 1887-1888, p. 155,; 1888-1889, p. 303.

Tout d'abord, M. Gouguenheim se prononce ouvertement en faveur de l'amygdalotomie qu'il emploiera toujours comme procédé de choix; il est obligé de reconnaître qu'il pratique parfois l'ignipuncture, soit pour obéir à des indications spéciales, soit pour satisfaire les désirs de certains malades qui redoutent par trop l'opération sanglante.

Le court espace de temps dont disposait M. Désiré à empêché M. Gouguenheim d'étendre plus loin son enquête, car il aurait voulu s'adresser encore à d'autres laryngologistes des plus autorisés, mais l'opinion de ceux qu'il a cités, et dont le nom est si connu, a, dans l'espèce, une très grande valeur.

Sir Morell Mackenzie aurait pratiqué plus de deux mille amygdalotomies, il n'a pas observé un seul accident. Jamais il n'a pratiqué l'ignipuncture.

Le docteur Lennox Browne, depuis vingt-cinq ans, fait au moins deux cents amygdalotomies par année. Il n'a encore eu que deux accidents, mais accidents insignifiants, ajoute-t-il. Ce dernier auteur termine en disant qu'il n'emploie presque jamais l'ignipuncture, qu'il considère comme pénible et barbare; il préfère, dit-il, laisser aller ailleurs les malades qui refusent l'amygdalotomie.

Le professeur H. Krause (de Berlin) n'a jamais vu d'accidents après l'amygdalotomie, jamais il ne s'est servi de la cautérisation ignée.

Le professeur Schrœtter (de Vienne) fait toujours l'amygdalotomie, il l'a pratiquée quelque mille fois, et il n'a eu d'hémorrhagie que deux fois. Il ajoute qu'il n'a pas de raison suffisante pour adopter une autre méthode. Cependant, il a employé quelquefois l'ignipuncture, mais c'est un procédé opératoire qu'il ne recommande pas.

Un des premiers laryngologistes de l'Italie, le professeur Massei (de Naples), a pratiqué huit cent cinquante amygdalotomies, il a eu quatre cas d'hémorrhagies, dont aucune ne fut mortelle. Il ne fait l'ignipuncture que dans quelques cas exceptionnels; et il se refuse à user chez l'enfant de ce procédé qu'il juge barbare. Il termine en ajoutant qu'il n'y a guère qu'en France, que les idées *anti-amygdalotomes* ont pris corps.

Le docteur Capart (de Bruxelles) a enlevé plus de deux mille amygdales et, sauf une seule fois, n'a jamais eu d'hémorrhagie inquiétante. Parfois, dit-il encore, on est obligé d'user d'un amygdalotome électrique, mais c'est long, peu élégant et des abcès peuvent en être la conséquence.

M. le docteur Garel, médecin des hôpitaux de Lyon, n'a usé que deux fois de l'amygdalotome depuis trois ans. Mais trouvant la destruction ignée trop longue, il emploie l'anse galvano-caustique qui détruit l'amygdale rapidement, sans hémorrhagie ni douleur. En résumé, M. le docteur Garel n'accepte pas l'amygdalotomie.

On voit, par cet ensemble d'opinions, combien les laryngologistes étrangers ont peu d'estime pour l'ignipuncture, puisqu'ils s'accordent à la qualifier de cruelle, de barbare, et puisque, presque unanimement, ils lui préfèrent l'amygdalotomie.

Les quelques lignes que nous venons d'écrire n'ont pas pour but de proscrire l'ignipuncture, dont on se sert bien rarement à la clinique de Lariboisière, mais de présenter les deux méthodes thérapeutiques sous un jour plus exact. Elles montreront aux praticiens qu'il est plus facile de faire l'amygdalotomie que l'ignipuncture, et que les accidents de cette opération sont exceptionnels, quand on prend, après l'avoir pratiquée, les précautions nécessaires, c'est-

à-dire quand on assure un refroidissement prolongé de la région par la déglutition immédiate ou répétée de glace, enfin, par l'emploi d'aliments liquides, faciles à avaler et à une température peu élevée. Ce régime spécial ne dure guère plus d'une journée.

MINISTÈRE DE LA MARINE

I

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 23 juillet 1890.

Monsieur le Président,

La Chambre des députés, dans sa séance du 10 mars dernier, et le Sénat, dans celle du 28 du même mois, ont adopté un projet de loi créant, près d'une Faculté de l'État, une École du service de santé de la marine, dont le siège sera désigné ultérieurement et qui fonctionnera à partir du 1er novembre 1890.

Aux termes de la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée, et conformément à l'article 22 du décret du 8 octobre suivant, réglant les conditions d'admission aux écoles de médecine navale, les jeunes gens qui sollicitent leur nomination d'élèves du service de santé de la marine contractent un engagement d'une durée de trois ans et s'obligent à servir six années dans l'armée active à partir de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien de deuxième classe.

D'un autre côté, le décret du 9 octobre 1889 a fixé la composition des conseils de guerre pour le jugement des élèves du service de santé de la marine, et la décision présidentielle du 31 du même mois a assimilé ces élèves aux aspirants de deuxième classe pour les frais de route et le traitement à l'hôpital.

Cette réglementation ayant donné aux élèves du service de santé de la marine une situation essentiellement militaire, il m'a paru rationnel, en vue de consacrer d'une façon ostensible leur position dans la hiérarchie maritime dont ils font désormais partie, de leur donner un uniforme.

C'est dans ce but que j'ai fait préparer le projet de décret ci-joint que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute sanction.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le sénateur, ministre de la Marine,
BARBEY.

Approuvé :
Le Président de la République française,
CARNOT.

II

Décret.

Le Président de la République française,

Vu le décret du 29 janvier 1853, déterminant l'uniforme des différents corps de la marine ;

Vu le décret du 25 février 1876, modificatif du précédent ;

Vu le décret du 8 octobre 1889, relatif aux engagements des élèves du service de santé de la marine ;

Vu le décret du 9 octobre 1889, indiquant la composition des conseils de guerre pour le jugement des élèves du service de santé de la marine ;

Vu la décision présidentielle du 31 octobre 1889, assimilant les élèves du service de santé de la marine aux aspirants de deuxième classe pour les frais de route et de traitement à l'hôpital ;

Vu le projet de loi adopté par la Chambre des députés le 10 mars dernier et par le Sénat le 28 du même mois, créant près d'une Faculté de l'État une école du service de santé de la marine ;

Sur le rapport du sénateur, ministre de la Marine ;

Le conseil d'amirauté entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les élèves du service de santé de la marine admis, après concours, à l'École principale, portent un uniforme de petite tenue qui se compose d'une casquette, d'une redingote et d'un pantalon conformes à ceux qui sont en usage pour les médecins et pharmaciens de la marine.

ART. 2. — La cuve de la casquette a comme marque distinctive un petit galon d'or de 6 millimètres de largeur, et à la redingote un parement en velours cramoisi pour les élèves de la ligne médicale et en velours vert clair pour les élèves de la ligne pharmaceutique. Ce parement est surmonté d'un petit galon de 6 millimètres de largeur, mi-partie or et soie rouge pour les élèves-médecins et mi-partie or et soie verte pour les élèves-pharmaciens.

ART. 3. — Les élèves du service de santé de la marine portent l'épée sans dragonne et le ceinturon de soie noire.

ART. 4. — Pour le service d'hiver et le mauvais temps, les élèves du service de santé de la marine ont un caban avec pèlerine mobile et capuchon du modèle réglementaire.

ART. 5. — Le ministre de la Marine est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin officiel* de la marine.

Fait à Paris, le 23 juillet 1890,

CARNOT.

Par le Président de la République :
Le sénateur, ministre de la Marine,
BARBEY.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

266. M. OLYMPITIS. Tuberculose de la muqueuse nasale (formes primitives et secondaires). — 267. M. LEFÈVRE. Contribution à l'étude de la maladie d'Addison. — 268. Mme BRUERE, née WALKER. De l'albuminurie puerpérale. — 269. M. CORBIN. Influence de la fièvre typhoïde de la mère sur le fœtus. — 270. M. HENNE. Les principales théories sur la pathogénie et le traitement de la diphthérie. — 271. M. CHARMOY. Étude sur la gangrène disséminée de la peau chez les enfants. — 272. M. LECAILLE. Considérations sur le traitement de l'anthrax. — 273. M. HARAN. Contribution à l'étude de l'arthrectomie dans les arthrites tuberculeuses du genou. — 274. M. PINÇONNAT. De l'extirpation du larynx. — 275. M. POUZIN. De l'angine herpétique et du zona bucco-pharyngien. — 276. M. GEERAERT. Aggravation et généralisation de la tuberculose après opérations. — 277. M. FOURNIOUX. Étude sur l'aristol. — 278. M. LECUREUIL. Étude clinique de l'adénopathie péri-trachéale syphilitique et de la syphilis tertiaire de la trachée. — 279. M. LACOMBE. Contribution à l'étude clinique des localisations angio-cardiaques de la fièvre typhoïde. — 280. M. SANTONI. Contribution à l'étude des kystes du vagin, principalement au point de vue historique et anatomique. — 281. M. LOBSTEIN. Contribution à l'étude des amputations spontanées dans les traumatismes. — 282. M. TAVENARD. Sur un cas d'anévrysme artérioso-veineux de l'aisselle. — 283. M. THIBAULT. Sur la salpingite blennorrhagique. — 284. M. BERT. Contribution à l'étude clinique de l'asthme essentiel chez les enfants. — 285. M. BOSNIÈRES. Contribution à l'étude des manifestations osseuses et articulaires de la fièvre typhoïde. — 286. M. MONNIER. Rétrécissement congénital de l'artère pul-

monaire accompagné d'autres vices de développement. — 287. M. SAINT-AUBIN. Des fugues inconscientes hystériques; — Diagnostic différentiel avec automatisme de l'épilepsie. — 288. M. CLERVAL. Du sulfonal (Revue générale et observations cliniques). — 289. M. PIGACHE. Emploi de l'hydrastis canadensis dans les affections utérines. — 290. M. VIGNALOU. Étude sur la pleurésie à streptocoques. — 291. M. DÉJARDIN. Quelques considérations sur un traitement local de l'endométrite chronique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 juillet 1890, le doyen de la Faculté de médecine de Paris, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans le testament olographe du 29 mars 1880, le legs fait par la dame veuve Béhier, née Adèle Aumont, d'une somme de 30000 francs pour la fondation d'un prix biennal.

Ce prix portera le nom de « Prix Béhier » et sera décerné au meilleur travail, imprimé ou manuscrit, sur une question de pathologie médicale.

— A la suite de l'examen des médecins de l'armée territoriale du corps, ont été reconnus aptes à l'avancement au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. les médecins aides-majors de première classe territoriaux Chevallier (de Saint-Agnant); Larquier (d'Arthenac); Lévy (de Biarritz); Mabille (de la Rochelle) et Maderay (de Saint-Sever).

— Le jury du concours pour l'École du service de santé militaire est composé de M. le médecin-inspecteur Gaujot et de MM. les médecins-majors Pierrot et Benech.

— Un concours, pour la nomination de trois médecins titulaires du Dispensaire général, s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 27 octobre 1890, à neuf heures du matin.

— Un concours pour la nomination de douze internes et d'un nombre à fixer, au moment du concours, d'élèves internes provisoires, près les hôpitaux de Lyon, s'ouvrira le lundi 20 octobre 1890.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'administration des hospices civils de Lyon.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Un concours pour une place de prosecteur s'ouvrira le 5 novembre 1890.

Un concours pour deux places d'aide d'anatomie s'ouvrira le 10 novembre 1890.

— M. le docteur Picqué, ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, est chargé d'une mission en Allemagne, Russie, Autriche et Turquie, à l'effet d'y étudier l'organisation de la chirurgie.

— M. le docteur Georges Gaillard, lauréat de la Faculté de Médecine, dentiste des hôpitaux, est chargé d'une mission en Allemagne, à l'effet d'y étudier l'organisation de l'odontologie.

— M. Friedel, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris, est chargé de représenter le ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui se tiendra à Limoges du 7 au 14 août 1890.

— M. le docteur Schiffers est nommé professeur de clinique et de policlinique des maladies de l'oreille, du nez et du larynx, près l'Université de Liège.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Pothier-Duplessy, ancien médecin principal de première classe des armées.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 87. — JEUDI 31 JUILLET 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 31 JUILLET 1890. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois ; **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Semmola (de Naples) a entretenu l'Académie de ses recherches expérimentales sur la pathogénie de l'albuminurie et de la néphrite brightique. Dans ce travail, il s'applique à démontrer :

1° Qu'il n'existe pas un rapport proportionnel de cause à effet entre la gravité d'une lésion rénale épithéliale et le degré de l'albuminurie qu'elle produit, que l'on peut réaliser un degré considérable d'albuminurie seulement avec des conditions dyscrasiques des albuminoïdes du sang et sans aucune lésion rénale;

2° Que l'état dyscrasique des albuminoïdes du sang, avec élimination d'albumine non assimilable, est à lui seul capable de produire, à la longue, une néphrite bien caractérisée histologiquement;

3° Que l'on peut séparer expérimentalement la lésion rénale de l'albuminurie, c'est-à-dire réaliser artificiellement une néphrite qui, à un moment donné, étant épuisée la source hématogène de l'albuminurie, est incapable, à elle seule, de donner lieu à un passage d'albumine dans l'urine.

M. Hayem a fait de grandes réserves sur les conclusions tirées par M. Semmola de ses expériences, et lui a opposé ses propres recherches, qui prouvent que l'injection d'albuminoïdes normaux, que la substitution au sang normal du sang d'un animal brightique ne déterminent pas d'albuminurie.

M. Germain Sée, en terminant la communication qu'il a commencée dans la dernière séance, a soulevé de nouveau la question de la division des maladies dyspeptiques en dyspepsies vraies et en névroses ; il a suscité des réserves et des objections de la part de MM. Dujardin-Beaumetz et Hayem. Cette discussion sera reprise après les vacances.

M. Vaslin (d'Angers) a fait une communication sur la trépanation cranienne dans les accidents tardifs ou éloignés, consécutifs aux traumatismes craniens. Enfin l'Académie a procédé à l'élection de deux correspondants étrangers, MM. Crocq (de Bruxelles) et Kalindero (de Bucharest).

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Le Dentu.

Diagnostic des tumeurs malignes du testicule.

J'ai opéré, il y a peu de jours, un homme qui avait une tumeur du testicule. Ce malade, âgé de quarante-six ans, avait remarqué, depuis douze ou treize mois, que son testicule droit augmentait de volume. Il n'avait jamais éprouvé aucune douleur et l'évolution de la tumeur n'avait été accompagnée, à aucun moment, de phénomènes inflammatoires.

En apercevant cet homme, j'ai été frappé par son état d'amaigrissement qui, m'a-t-il dit, était survenu dans ces derniers mois. La tumeur, qui siégeait dans le scrotum du côté droit, était dure et pesante. Les téguments qui la recouvraient n'étaient pas enflammés, mais on y remarquait un lacis veineux assez développé. La peau glissait facilement sur la tumeur. Celle-ci, du volume d'un œuf de dinde, présentait une consistance homogène, une certaine fermeté sous les doigts. En palpant avec soin, j'ai eu la sensation d'une élasticité fluctuante très accentuée.

J'ai pensé, tout d'abord, à une tumeur maligne. Chaque fois que l'on se trouve en présence d'une tumeur non transparente, siégeant dans les bourses et ayant acquis un certain volume, on doit toujours penser à la possibilité d'une tumeur maligne du testicule. C'est pour avoir négligé cette règle, dans la méthode d'examen, que certains chirurgiens passent quelquefois à côté du diagnostic. Il faut chercher avec soin certaines nuances dans la coloration des téguments, dans la vascularité de la peau, etc., pour arriver à faire un diagnostic exact.

En thèse générale, la coloration violette de la peau, au niveau des bourses, constitue une simple présomption en faveur de la tumeur maligne. Mais il faut ajouter une importance considérable à la constatation du développement anomal des vaisseaux qui rampent dans les téguments situés au-devant de la tumeur. Ce signe indique le plus souvent la malignité du néoplasme.

La fluctuation, avec élasticité sur toute l'étendue de la tumeur, l'impossibilité de déterminer la douleur testiculaire et de reconnaître, par la palpation, la glande séminale, m'avaient fait dire qu'il s'agissait d'un cancer du testicule. Cependant, j'avais fait quelques réserves sur l'exactitude de ce diagnostic, parce que j'avais eu une sensation qui se rencontre ordinairement dans la vaginalite chronique. En déprimant la peau et en la refoulant profondément sur la

tumeur, j'avais cru sentir une masse dure, épaisse, interposée entre la peau et la tumeur.

Pour éclairer le diagnostic, je fis une ponction exploratrice. Ces ponctions exploratrices n'ont qu'une valeur relative. Car on peut faire une ponction dans une hématocèle, sans retirer aucun liquide. Quand on retire du liquide, ses caractères ne sont pas toujours assez nets pour permettre de se prononcer en faveur d'une hématocèle plutôt qu'en faveur d'un cancer du testicule. Si le sang qui sort par la canule est bien rouge, c'est fort probablement une tumeur maligne du testicule. Si le sang est noir, c'est un hématocèle suivant toutes les probabilités. Il faut savoir, cependant, que les tumeurs malignes du testicule peuvent s'accompagner d'épanchements de sang dans la vaginale. Le fait est rare, mais réel. En réalité, la ponction a un autre but que de chercher s'il existe ou non du liquide et quelle est la nature du liquide.

Quand le trocart est enfoncé dans une poche contenant du liquide, si on imprime des oscillations à l'instrument, le centre du mouvement se trouve au point de pénétration du trocart dans la peau. A-t-on pénétré dans une tumeur solide, la pointe de l'instrument ne bouge pas ou presque pas, quoi que l'on fasse. Le centre du mouvement n'est pas à l'ouverture cutanée.

J'ai constaté que la pointe de mon instrument était entrée dans une masse solide. Cette ponction, qui avait été pratiquée à la faveur d'une antisepsie parfaite, fut suivie d'une poussée inflammatoire intense. En trois ou quatre jours, la tumeur augmenta d'un bon tiers. C'est ainsi que les tumeurs malignes se comportent ordinairement, quand on exerce sur elles des traumatismes même minimes. Cette réaction inflammatoire ne fit que me confirmer dans le diagnostic que j'avais posé, en faisant quelques réserves.

Bientôt, j'ai vu une tumeur liquide s'ajouter à la tumeur solide. En effet, une hydrocèle de forme irrégulière avait fait son apparition. L'épanchement coiffait l'extrémité supérieure de la tumeur cancéreuse et ne dépassait pas le tiers supérieur de celle-ci. Le liquide était limité dans la tunique vaginale par des adhérences.

Toutes ces raisons réunies m'ont permis d'affirmer que la tumeur était une tumeur maligne du testicule, probablement un carcinome.

Le pronostic de cette maladie est d'une gravité toute particulière. Les récidives se font très fréquemment au niveau des ganglions abdominaux. Chez mon malade, l'envahissement des ganglions n'avait pas encore eu lieu, du moins j'ai tout lieu de le croire, car la palpation ne m'a révélé aucun empâtement suspect. Si j'avais constaté une augmentation de volume des ganglions situés sur la colonne vertébrale, si j'avais senti le moindre empâtement, je n'aurais pas pratiqué la castration. C'est une règle que l'on doit suivre d'une façon rigoureuse. Avant d'opérer, on doit explorer la région ganglionnaire ou aboutissent les lymphatiques du testicule. S'il y a tuméfaction, l'abstention est indiquée. Certains chirurgiens ne pratiquent plus la castration, tant est fréquente et rapide la généralisation au niveau des ganglions. Je dois dire que, tout en reconnaissant la fréquence des récidives, je n'ai pas de raison suffisante pour renoncer à la castration. Chez notre malade, je crains pour l'avenir. Son amaigrissement assombrit d'autant le pronostic, quoique les ganglions lombaires ne soient pas augmentés de volume d'une façon appréciable.

L'occasion me semble bonne pour vous parler du diagnostic des tumeurs malignes du testicule. Je prends, pour type de comparaison, la tumeur maligne du testicule la plus fréquente, c'est-à-dire le carcinome encéphaloïde.

Quels sont les signes du début? L'absence de phénomènes inflammatoires doit être signalée au début du cancer du testicule. Or, vous savez que les autres affections de la glande séminale commencent d'ordinaire par des manifestations inflammatoires plus ou moins marquées.

Le malade atteint de cancer du testicule constate que sa glande séminale augmente de volume. Il n'a pas eu de chaudepisse, il n'a aucune raison d'avoir une orchite ou une épididymite. Son testicule grossit sans cause apparente. La douleur n'existe pas, le plus souvent, au début du cancer. Cette absence de douleurs et de phénomènes inflammatoires doit attirer l'attention, et faire penser à la tumeur maligne, quand un malade raconte que son testicule augmente de volume depuis un certain temps.

La localisation exacte de la tumeur, soit au testicule, soit à l'épididyme, est un bon signe, surtout s'il coïncide avec les deux précédents. L'épididymite chronique est indolente, il est vrai; l'induration atteint l'épididyme dans sa totalité ou, si l'inflammation est localisée, c'est sa queue qui porte un petit noyau, sans grande importance. Mais, fait important, tandis que l'épididymite a une tendance à diminuer, le cancer de l'épididyme a une tendance à augmenter.

Dans la tuberculose du testicule, souvent il existe des phénomènes inflammatoires au début. Cependant, certaines formes débutent d'une façon insidieuse et les lésions se limitent soit à l'épididyme seul, soit à l'épididyme et à la glande elle-même. Le cancer se localise tantôt à l'épididyme, tantôt au testicule.

La syphilis a une évolution indolente. Elle commence quelquefois par une infiltration de l'épididyme en masse. Cette forme se confondrait plus facilement avec la tuberculose qu'avec le cancer. Mais la gomme du testicule est parfois très difficile à diagnostiquer. Sa fermeté est plus grande que celle du carcinome encéphaloïde, son volume moindre et son évolution plus lente.

Parfois, on est en présence de tumeurs à marche et à caractères insolites.

Ces tumeurs exceptionnelles ne répondent pas à ce que l'on est habitué à rencontrer. On ne reconnaît ni le cancer, ni la syphilis. C'est une question de sens clinique; on se défie d'une telle tumeur qui sort du cadre habituel. Il faut examiner pendant quelque temps ces tumeurs, soumettre les malades au régime anti-vénérien et on arrive à porter le diagnostic de tumeurs mixtes. On ne peut guère pousser plus loin la précision.

Enfin, il faut signaler la possibilité d'une double vaginalite.

Le cancer a plus de mollesse ou une élasticité plus fluctuante. Pas de douleur testiculaire. La superposition d'une hydrocèle irrégulière, à la tumeur principale, est en faveur du carcinome. En plus, il faut signaler les modifications de couleur de la peau et la vascularité des téguments. Enfin, l'amaigrissement indique l'existence d'un néoplasme malin, dans certains cas douteux.

Malgré tous ces signes différentiels, le diagnostic peut rester hésitant. La ponction exploratrice n'a, je vous l'ai dit, qu'une valeur relative, dans certaines circonstances. On en est réduit à faire une incision pour constater *de visu* l'état des parties. Mais dans la grande majorité des cas, le diagnostic peut et doit être fait avant toute intervention.

Parvenu au troisième degré, le cancer a des bosselures, des adhérences, et présente des points atteints de ramollissement. Rien de plus simple que le diagnostic à cette période.

Parmi les formes exceptionnelles des tumeurs malignes, il faut citer le carcinome squirrheux, le chondro-carcinome et la dégénérescence kystique. Ces tumeurs sont difficiles à différencier du cancer au début. Dans ces cas, il faut faire une enquête sur les antécédents du malade et instituer, au besoin, un traitement syphilitique qui est la pierre de touche. Cependant, tandis que, dans la gomme du testicule, il y a épaississement de la tunique albuginée — épaississement qui donne aux doigts une sensation spéciale — dans le cancer, la peau, la tunique albuginée et la vaginale sont intactes.

Je ne vous ai pas parlé d'une exploration qui a une valeur capitale, au point de vue du diagnostic, dans un grand nombre de cas. Il s'agit de la constatation de l'uni ou de la bi-latéralité des lésions observées.

La syphilis frappe souvent les deux glandes séminales. La tuberculose porte fréquemment sur les deux côtés.

Le cancer du testicule est une affection unilatérale.

Enfin, il faut signaler le tératome qui se reconnaît par l'existence de parties extrêmement dures et de parties fluctuantes. La tumeur date de la naissance ou de l'enfance, et siège à droite, dans la grande majorité des cas.

En résumé, le cancer est une tumeur localisée, surajoutée, moins dure que l'épididyme tuberculeux, que les altérations syphilitiques, que les indurations chroniques simples, plus dure que l'hydrocèle ; sans phénomènes inflammatoires, souvent indolore, se développant régulièrement et se ramollissant peu à peu.

Dans sa deuxième phase, le cancer ressemble à une vaginalite exsudative hémorrhagique. Dans les deux cas, il n'existe pas de transparence et, en pratique, on se trouve toujours en présence du diagnostic différentiel entre l'hématocèle et le cancer du testicule.

Voici les éléments qui permettront de résoudre le problème. En premier lieu, l'hématocèle a une pesanteur moindre qu'une tumeur solide. Cette appréciation résulte d'une sensation que seule l'expérience peut donner. Du reste, ce signe n'a qu'une valeur relative, parce que le poids est fort difficile à apprécier, surtout quand il n'existe pas un élément de comparaison. La consistance de l'hématocèle est à peu près la même que celle du carcinome. C'est une fluctuation élastique. Il y a plus de fermeté, plus de dureté superficielle, une sensation de coque, plus d'élasticité dans l'hématocèle. Cette sensation de coque qui enveloppe la tumeur n'est pas sans valeur. La douleur testiculaire existe parfois dans l'hématocèle. Dans certains cas exceptionnels, on peut séparer le testicule de la tumeur.

CONTRIBUTION EXPÉRIMENTALE

A LA PATHOGÉNIE DE L'ALBUMINURIE ET DE LA NÉPHRITE BRIGHTIQUE

Par M. le professeur SEMMOLA (de Naples).

Entre le degré de l'albuminurie et la lésion des épithéliums glomérulaires et tubulaires, il n'existe pas un rapport de cause à effet. Pour le démontrer, il faut suivre le déroulement des accidents qui ont lieu dans certaines néphrites artificielles, d'origine toxique, et comparer ainsi le degré de la lésion rénale à la quantité d'albumine éliminée.

M. Semmola a choisi la néphrite cantharidienne. Il a comparé ses effets avec les termes identiques de l'albuminurie et de la lésion rénale produites par les injections sous-cutanées de blanc d'œuf, telles qu'il les a publiées en 1883 et 1886.

Si l'on pratique chaque jour une injection sous-cutanée de cantharidine (à la dose de 3 milligrammes par jour, dans 1 gramme de glycérine) à un chien qui pèse 5 kilos 200, en répétant l'injection pendant quatre semaines, on obtient le développement d'une néphrite. Il y a albuminurie ; mais la quantité d'albumine rendue par les urines a oscillé entre 70 et 85 centigrammes par mille dans l'urine, pendant toute la durée de l'expérience.

Après quatre semaines, l'examen histologique des reins démontre ces lésions rénales graves qui ont été déjà décrites par M. Cornil.

Lorsqu'au contraire l'on pratique des injections sous-cutanées de blanc d'œuf à la dose de 40 grammes par jour, sur un chien de 13 kilogrammes, l'albuminurie se déclare après quelques heures et va en augmentant après les premières vingt-quatre heures jusqu'à 2 et 3 grammes d'albumine par 1000 grammes d'urine. L'animal est sacrifié après quatre jours et les reins ne présentent, à l'examen microscopique, qu'un état hyperhémique sans aucune altération glomérulaire ou tubulaire.

Jusqu'ici, tous les expérimentateurs ont présenté les néphrites toxiques comme démonstration péremptoire de l'origine néphrogène de l'albuminurie brightique, mais l'on a omis de fixer rigoureusement, à côté de l'examen histologique des reins, l'évaluation du degré de l'albuminurie.

Il y a là un rapport de cause à effet de la plus haute valeur, parce que, pour admettre qu'un trouble fonctionnel puisse reconnaître son origine dans une lésion histologique, il est très naturel d'établir un parallélisme entre le degré de la fonction troublée et le degré de la lésion qui l'a produite.

Une autre expérience vient pleinement confirmer cette opinion. M. Semmola a répété les diverses expériences sur les néphrites toxiques avec les sels de mercure.

Ce qui est à remarquer dans ces expériences de néphrites mercurielles, c'est qu'elles sont accompagnées par une grande proportion d'albumine dans les urines.

Cette particularité leur donne un caractère tout à fait spécial vis-à-vis de la néphrite cantharidienne et la raison en est bien simple. L'action des sels de mercure produit d'abord une altération considérable des albuminoïdes du sang, un vrai état dyscrasique plus ou moins aigu et, avec cela, elle produit aussi une néphrite ; les effets sont, en conséquence, bien plus complexes dans ce cas, parce que l'albuminurie est produite par deux facteurs, c'est-à-dire l'état dyscrasique et le processus rénal, tandis que, dans la néphrite cantharidienne, le facteur dyscrasique ou altérant n'existe pas et, en conséquence, l'on obtient une néphrite avec une albuminurie relative, bien légère parce qu'il s'agit là seulement d'une albuminurie qui est en rapport uniquement avec l'exsudat inflammatoire.

La recherche comparative de ces différences dans le degré de l'albuminurie en rapport avec le degré de la lésion rénale est pleinement contrôlée par la clinique. M. Semmola en cite des exemples.

Il est, en conséquence, bien regrettable que, dans la clinique, l'on conclut trop facilement à l'existence d'une néphrite dès qu'on voit apparaître l'albuminurie dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique. En présence d'une albuminurie, le praticien a le devoir de se poser toujours, en même temps, la question pathogénique, hématogène et néphrogène, parce que cette question est de la plus haute importance, non seulement au point de vue du diagnostic, mais principalement au point de vue de la thérapeutique.

M. Semmola rappelle avoir été le premier à montrer, il y a sept ans, que les injections sous-cutanées de blanc d'œuf étaient capables de produire des altérations rénales, consistant dans une hyperhémie avec hémorrhagie intra-glomérulaire et inter et intra-tubaire, migration considérable de leucocytes, tuméfaction trouble des épithéliums, des tubuli, nécrose épithéliale, etc.

Ces expériences avaient laissé des incrédules, et il a cru devoir les reproduire dans une mesure plus concluante.

Sur un chien pesant 14 kilogrammes, il commence les injections de blanc d'œuf en injectant chaque jour, toutes les douze heures, 10 grammes de blanc d'œuf délayé dans 7 grammes d'eau distillée. Il a commencé par une petite quantité de blanc d'œuf (10 grammes) pour tâter la tolérance sous-cutanée de l'animal. Après des précautions antiseptiques particulières, il est arrivé à pouvoir continuer les injections pendant quatre-vingt-deux jours, et en augmentant après le dizième jour la quantité de blanc d'œuf, jusqu'à 40 grammes partagés en deux injections.

L'albuminurie, comme cela arrive constamment, se déclara dans les premières vingt-quatre heures après la première injection, et alla toujours en augmentant, les jours suivants, avec une particularité bien digne d'être notée, c'est-à-dire que l'animal ne rendait jamais, pendant les vingt-quatre heures, la même quantité d'albumine qu'on lui avait injectée sous forme de blanc d'œuf, ce qui faisait présumer qu'une partie de l'albumine devait s'échapper par d'autres émonctoires que le rein.

Vers la fin du second mois de l'expérience, l'on observa que peu à peu la quantité d'albumine s'élevait jusqu'au point de dépasser la quantité d'albumine injectée. L'animal en rend, au soixante-quinzième jour, plus que le double en vingt-quatre heures, et, ce qui est encore bien plus remarquable, l'on retrouvait à cette époque, dans les urines, deux albumines différentes, dont l'une présentait les caractères du blanc d'œuf et l'autre ceux de la sérine.

Après quatre-vingt-deux jours, l'animal fut sacrifié et M. Semmola a confié l'examen des reins à M. Boccardi, professeur d'histologie à l'Université de Naples. Cet examen a montré l'existence d'une néphrite, laquelle s'est développée sous l'influence du passage de l'albumine. Les pièces ont été envoyées à M. Cornil pour avoir son avis. Voilà sa réponse : « Néphrite légère caractérisée par la congestion, le remplissage et la distension des vaisseaux, surtout dans certains glomérules, la mortification, l'état granuleux et hydropique de beaucoup de cellules des tubuli contorti. »

En conséquence, le résultat de ces nouvelles expériences est péremptoirement démonstratif et montre que le simple passage d'une albumine inassimilable à travers le filtre rénal est capable d'engendrer une néphrite.

Ce résultat a le plus grand intérêt dans la pathogénie de la néphrite brightique parce que, dans cette maladie précisément, l'on ne peut invoquer l'action irritante de ces produits du déchet de l'organisme ou bien d'autres produits pathologiques, parce que tous ces principes font défaut dans les urines des brightiques, au lieu de se trouver en augmentation comme il serait nécessaire pour leur attribuer une action irritante.

Le grand rôle que doit jouer, dans la pathogénie de la néphrite brightique, l'éliminiation des principes albuminoïdes inassimilables est bien évident et voilà encore une raison pour expliquer la lenteur extrême avec laquelle se développe le processus morbide des reins dans la maladie de Bright, en opposition avec la grande rapidité avec laquelle se développent les néphrites d'origine toxique proprement dites, dues, soit aux produits de l'organisme, soit aux agents toxiques du monde extérieur.

M. Semmola a répété l'expérience précédente sur un autre chien, avec cette différence qu'il a suspendu les injections de blanc d'œuf au quarante-cinquième jour. L'albuminurie commence à diminuer de suite, et graduellement l'on constate la cessation complète de l'albuminurie au bout de cinq jours.

L'animal est sacrifié et l'examen histologique des reins est pratiqué de la même façon que dans le cas précédent. Voici le résultat : l'hyperhémie a presque totalement disparu, on n'observe plus la substance albuminoïde coagulée de la capsule de Bowman, les épithéliums glomérulaires et tubulaires sont tuméfiés et dans plusieurs points encore détruits. Plusieurs foyers d'infiltration de leucocytes autour de quelques capsules ou entre les tubes.

Il est évident que, si le passage de l'albumine à travers le rein devait être nécessairement le résultat de l'altération épithéliale du glomérule ou des tubuli, cet animal aurait continué à rendre de l'albumine après la cessation des injections parce que, ce qui restait encore d'altération rénale aurait dû être plus que suffisant pour déterminer le passage d'une quantité d'albumine du sang, fût-elle minime.

ANOSMIE

Par M. le docteur Albert René, professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Nancy.

A la suite de conférences faites sur la physiologie des organes des sens, un de nos élèves nous a procuré l'occasion de recueillir l'observation suivante :

M. X..., vingt-neuf ans, voyageur de commerce, ne sent pas les odeurs. Il n'a jamais reçu de coups dans la région du nez et n'a pas d'antécédents morbides héréditaires. Toutefois il est, depuis longtemps, sujet à de fréquents coryzas. C'est la seule cause probable qu'on puisse attribuer à l'anosmie dont il présente un type bien déterminé.

Il n'éprouve aucune sensation sous l'influence des substances suivantes : *assa fœtida*, musc, benjoin, cumin, essence de menthe poivrée, sulfure de carbone.

Il signale un peu de « fraîcheur » pour l'acide acétique, l'éther, le chloroforme. De même, pour le sulfure d'ammonium, auquel il croit trouver un tout petit goût « agréable ».

Il fait spontanément remarquer qu'il reconnaît l'ammoniaque, le dégagement de vapeurs ammoniacales des urinoirs, etc. Quand on lui place un flacon d'ammoniaque sous le nez, il sent bien que cela lui « prend au nez ».

Il ne sent pas les œufs pourris, et, ses collègues en ayant parfois trouvé à table d'hôte, il ne l'avait pas senti.

Il ne reconnaît pas les espèces d'eaux-de-vie ; il ne distingue pas kirsch, rhum, cognac, eau-de-vie de marc ; tout cela pour lui n'est que de l'alcool, mais il sent si ces alcools sont « forts ». Il ne reconnaît pas le bouquet des vins ; il préfère les petits vins (acides) du pays lorrain, parce qu'ils sont piquants.

Il ne sent pas l'odeur des fromages ; il reconnaît, en les avalant, les fromages qui sont « très forts », comme le roquefort ; il ne sent pas le fromage de Munster, de Gérardmer, mais il reconnaît les fromages anisés.

Il ne distingue pas la qualité des tabacs ou des cigares ; il ne sent rien, si on lui place un flacon de nicotine sous le nez. De même, pour l'eau de Cologne et pour le camphre. Il sent un peu l'iode métallique.

Il ne s'aperçoit pas si la viande ou le poisson « sentent ».

Il n'a rien senti en visitant l'amphithéâtre de dissection, ni en hiver, ni en été.

Il ne sent pas l'odeur des flanelles empilées.

Il reconnaît le beurre rance par la bouche ; il ne sent pas l'odeur d'une lampe qui file, de la graisse qui brûle sur le feu. Toutes les pommades sont les mêmes pour lui et ne sentent rien.

Il ne reconnaît pas les espèces d'huiles. Il ne sent pas l'odeur de viande brûlée, mais en la mangeant, il reconnaît que c'est brûlé. De même pour les viandes de mauvais goût, en les mangeant il les reconnaît.

Il ne sent pas l'odeur des incendies.

Il fait remarquer que, pour les bières, il ne fait pas de distinction, mais qu'il reconnaît pourtant les bières « amères ». De même pour les cafés. Une seule fois, à Paris, il a trouvé une différence et a trouvé que le café était « gras » et lui donnait une impression agréable.

Il ne sent pas l'odeur des fleurs.

Il reconnaît, d'ailleurs, très bien les saveurs salées, sucrées, amères et acides. Le goût est intact, aussi bien que la sensibilité tactile de la pituitaire.

Il ne peut respirer par le nez, et respire par la bouche pendant son sommeil.

Si on lui fait faire l'expérience de Valsalva, il ne sent rien du côté des oreilles.

Enfin, il a aussi fait une remarque intéressante : il a observé, assez souvent déjà, avec des intervalles de plusieurs mois, que, tantôt d'un côté du nez, tantôt de l'autre, mais « tout à fait en haut », il sentait tout à coup une odeur extrêmement désagréable, et cependant, en faisant l'observation à son entourage pour rechercher la cause, personne ne percevait aucune odeur.

Nous avons cru intéressant de publier cette observation, bien que les faits analogues ne soient pas très rares, parce qu'elle présente bien les différences entre les deux fonctions, gustation et olfaction, parfois confondues dans les appréciations habituelles de la vie courante.

Cette observation est analogue à celle, bien intéressante, publiée déjà depuis longtemps par notre maître, M. le professeur Beaunis. Cette observation, recueillie au laboratoire de physiologie de la Faculté de Nancy, concernait un homme très intelligent et sachant parfaitement analyser ses sensations et qui avait perdu l'odorat dès son jeune âge, à la suite d'un coryza intense et surtout d'un coup violent reçu sur le front et qui avait même laissé un certain degré de dépression sur la racine du nez. Pour les détails, nous renvoyons au mémoire original (1).

Au point de vue pratique, si, comme l'a déjà fait remarquer M. Notta (2), les anosmies traumatiques sont très souvent persistantes, on pourrait peut-être avoir un peu plus d'espoir dans les cas d'anosmies consécutives à des lésions qui n'ont porté probablement que sur les éléments de la muqueuse olfactive. C'est pourquoi le médecin devra toujours, surtout dans l'enfance, prescrire, outre le traitement général, un traitement local énergique et prolongé contre toutes les formes d'ulcération des fosses nasales (3).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juillet 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

COMMUNICATION

Trépanation dans les accidents consécutifs aux blessures de la tête. — **M. VASLIN** (d'Angers) montre que souvent les traumatismes craniens, d'apparence bénigne et suivis d'une prompte guérison, peuvent être compliqués, à assez longue échéance, d'accidents graves, caractérisés tantôt par du coma, de la paralysie, de la perte de l'intelligence, ou tantôt par de véritables accès d'épilepsie. Il rapporte, à ce sujet, trois observations de malades chez lesquels il a, pour ces raisons, pratiqué la trépanation tardive.

De ces divers cas, M. Vaslin tire les conclusions pratiques suivantes :

1° Dans les lésions traumatiques du crâne, il faut être réservé dans le pronostic au début, même dans les cas d'apparence bénigne ;

2° Le blessé doit être tenu en observation constante, malgré les apparences d'une guérison complète;

3° Il faut agir promptement quand les troubles nerveux graves surviennent;

4° La trépanation, dans ces cas, appliquée à temps, produit les plus heureux résultats.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers.

MM. Crocq (de Bruxelles) et Kalindero (de Bucharest) sont élus : le premier par 33 voix sur 38 votants; le second par 32 voix sur 36 votants.

LECTURE

Albuminurie et néphrite brightique. — **M. SEMMOLA** (de Naples) lit, sur ce sujet, un travail. (Voir plus haut, p. 803.)

M. HAYEM fait quelques réserves sur la théorie de la maladie de Bright, que vient d'exposer M. Semmola.

D'après M. Semmola, l'albuminurie brightique serait la conséquence d'une altération des principes albuminoïdes du sang, mais cette altération n'est pas démontrée. M. Semmola se fonde, pour l'admettre, sur ce fait que l'injection de blanc d'œuf dans le sang produit un certain degré de néphrite. Mais l'albumine du blanc d'œuf est une albumine particulière ; elle n'est pas assimilable et doit être rejetée au dehors. C'est précisément son élimination par le filtre rénal qui donne lieu à une néphrite, mais ce n'est là qu'une néphrite toxique.

Pour éclairer la question, M. Hayem a procédé autrement : il a fait des injections de sérosités naturelles (liquide péricardique, liquide d'hydrocèle, etc.), c'est-à-dire de liquides très riches en principes albumineux de même nature que ceux du sang. Or, ces injections, même faites en très grande abondance, n'ont jamais déterminé de néphrites ; toujours elles ont été merveilleusement supportées par l'organisme.

Il a fait mieux : s'étant procuré un chien dont l'urine contenait des flots d'albumine, et qui présentait tous les signes de la maladie de Bright, il a pris ensuite un second chien, de petite taille relativement au précédent, l'a saigné à blanc et lui a fait la transfusion avec le sang du chien brightique; il lui a transfusé une quantité de sang égale à celle que lui avait fait perdre la saignée. Or, cet animal n'a présenté, à aucun moment, trace d'albuminurie. Au bout de quelques jours, cet auteur a répété la même expérience avec le même résultat. Il paraît donc prouvé que l'altération des principes albuminoïdes du sang, altération dont il ne nie pas l'existence, ne suffit pas à provoquer les lésions de la maladie de Bright. Il veut bien admettre qu'il y ait des néphrites dyscrasiques, mais, jusqu'à présent, personne ne sait en quoi consistent ces dyscrasies.

M. SEMMOLA n'a pas voulu démontrer ici, d'une façon absolue, que les altérations des albuminoïdes du sang déterminaient nécessairement le mal de Bright ; il s'est contenté d'apporter des faits expérimentaux pour servir de contribution à cette étude. Les altérations des albuminoïdes du sang sont si nombreuses, les états moléculaires, sous lesquels ils se présentent, sont si multiples, que cette question ne peut pas être encore résolue. Le fait principal qu'il a voulu établir, c'est que les altérations des matières albuminoïdes du sang peuvent produire la néphrite. Quelles sont maintenant ces altérations? C'est ce que des recherches ultérieures pourront peut-être établir.

M. HAYEM ajoute qu'il est certain que les altérations des albuminoïdes du sang ne sont pas encore connues et que seule la chimie biologique pourra plus tard peut-être résoudre cette question.

COMMUNICATION

Traitement des maladies de l'estomac par le cannabis indica. — **M. G. SÉE** termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Le cannabis doit être employé sous forme d'extrait gras, à la dose de 5 centigrammes, en cinq doses par jour, sous forme de potion. Au delà, il devient toxique. Les principes chimiques actuellement extraits du cannabis n'ont pas donné de résultat;

---

(1) H. Beaunis. *Recherches expérimentales sur les conditions de l'activité cérébrale*, 1884, p. 77.

(2) Notta. *Archives de médecine*, 1870.

(3) Société de biologie, 12 juillet 1890.

2° C'est surtout dans les affections inorganiques de l'estomac que doit être employé ce médicament. Ces affections sont de deux ordres :

a. Les altérations chimiques du suc gastrique (l'hyperacidité chlorhydrique est la plus fréquente) ;

b. Les névroses qui se présentent sans aucune modification chimique du suc gastrique.

3° M. G. Sée passe alors en revue les symptômes principaux des diverses dyspepsies (troubles de l'appétit, flatulences, altérations de la digestion, participation de l'intestin, troubles réflexes nerveux, cardiaques ou cérébraux), puis il montre que le cannabis agit d'une manière constante pour faire cesser les sensations douloureuses et rétablir l'appétit, dans quelque condition que ces troubles se produisent.

Si toutefois elles dépendent d'une hyperchlorhydrie, il faut lui associer de grandes doses de bicarbonate de soude à la fin de la digestion stomacale.

Le cannabis n'a aucune action sur les spasmes et les dilatations stomacales; il agit sur les spasmes et sur les vomissements d'ordre nervo-moteur. Il calme nettement les sensations pénibles qui se produisent, sous le nom de pyrosis, par les gaz en fermentation.

La digestion stomacale est favorisée par le cannabis quand elle est ralentie par un état nervo-paralytique ou douloureux par hyperchlorhydrie. Il n'amène aucun amendement dans la digestion des anachlorhydriques.

Le cannabis, enfin, amende les troubles nerveux réflexes; mais, il ne modifie pas les dispositions nerveuses, telles que l'hypochondrie, l'hystérie, la neurasthénie.

Au résumé, c'est le véritable sédatif de l'estomac, sans aucun des inconvénients des narcotiques, des absorbants, des sédatifs généraux, des paralgésiants. Son action exige le concours des autres méthodes curatives; alcalins, purgatifs, régime.

DISCUSSION

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dit que le travail de M. Germain Sée soulève deux questions d'ordre différent : une question de pharmacologie et une question de pathologie générale.

Sur la première question, M. Beaumetz est d'accord avec M. Germain Sée. Il regrette seulement qu'il n'ait pas fait de nouvelles expériences avec le condurango, qui lui a donné de si bons résultats, notamment dans la gastrite ulcéreuse.

Quant à la seconde question soulevée par la communication de M. Germain Sée, celle qui relève de la pathologie générale, elle est beaucoup plus importante et demande à être examinée ultérieurement; pour le moment, M. Dujardin-Beaumetz se contentera de faire remarquer à M. Germain Sée qu'on ne saurait attribuer, à la présence ou à l'absence de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique, la valeur diagnostique qu'il lui accorde au point de vue de la différenciation des dyspepsies chimiques et des dyspepsies nerveuses.

M. HAYEM ne partage pas non plus l'opinion de M. Germain Sée sur la portée qu'il accorde aux états d'hyper et d'hypo-acidité du suc gastrique, car pour faire cette distinction, il ne dose que l'acide chlorhydrique; or, il a déjà démontré ailleurs que c'était une erreur de rapporter l'acidité totale du suc gastrique à la quantité d'acide chlorhydrique libre qu'il contient.

A l'appui de cette manière de voir, il put invoquer les observations de 160 dyspeptiques chez lesquels l'analyse chimique du suc gastrique a été faite d'une façon complète; or, sur ces 160 malades, il n'y en a que 6 chez lesquels le chimisme stomacal se rapprochait de la normale ; chez tous les autres, il en différait très notablement; il ne saurait donc admettre, avec M. Germain Sée, qu'il existe des dyspepsies exclusivement nerveuses ; il croit qu'il n'y a que des dyspepsies chimiques ou mécaniques.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

292. M. CARRÈRE. Étude sur le traitement de la teigne tondante. — 293. M. VERGUES. La dernière épidémie de grippe (décembre 1889, janvier et février 1890) à l'hôpital maritime de Brest. — 294. M. FOURRIER. Du traitement et des indications opératoires des affections dentaires pendant la grossesse. — 295. M. PIOLE. Contribution à l'étude du cancer rétro-péritonéal. — 296. M. GUYENOT. Contribution à l'étude des propriétés thérapeutiques et toxiques du condurango et de la condurangine. — 297. M. BARBIER. Du rétinol et de son emploi en thérapeutique. — 298. M. MARCHADIER. Contribution à l'étude de l'empyème métapneumonique (pleurésie purulente pneumococcique à vaste épanchement). — 299. M. DOUARRE. Contribution à l'étude de la cirrhose alcoolique hypertrophique. — 300. M. SANS. Sur une forme particulière de conjonctivite infectieuse semblant se rattacher à un contage animal. — 301. M. BIDAULT. Étude sur les premiers essais d'anesthésie chirurgicale. — 302. Mme FRENKEL. Contribution à l'étude de la médication hypnotique analgésique. Valeur thérapeutique de l'hypnola-monochloral-antipyrine. — 303. Mme VINAVER. Étude sur le curetage de l'utérus et l'opération de Schrœder. — 304. M. MARTIN. Contribution à l'étude des hygromas tuberculeux. Hygromas tuberculeux à type myxomateux. — 305. M. POTEL. Contribution à l'étude de la grippe et de son mode de transmission. — 306. M. LÉVÊQUE-LACROIX. Essai sur la conjonctivite granuleuse chronique. — 307. M. DE PAULA. Des troubles musculaires du strabisme concomitant. — 308. Mlle MENDELSSOHN. Contribution à l'emploi de l'iode en obstétrique. — 309. M. DE LAURADOUR. Contribution à l'étude des lésions du foie dans l'éclampsie puerpérale. — 310. M. DIGOY. Délire dans la chorée. — 311. M. STCHERBATCHEFF. Contribution à l'étude du doigt à ressort (théorie articulaire, variété synoviale). — 312. M. GASCUEL. Contribution à l'étude du mal perforant. — 313. M. D'HOTEL. Étude clinique sur les troubles trophiques de la peau et de ses dépendances dans le rhumatisme articulaire chronique. — 314. M. LEHMANN. Contribution à l'étude des manifestations septicémiques et pyohémiques dans la grippe. — 315. M. CAYET. Quelques considérations sur les divers modes de traitement de l'érysipèle et particulièrement de l'emploi des pulvérisations éthérées de sublimé. — 316. M. CORNU. Contribution à l'étude de la dermographie. — 317. M. DANIEL. Contribution à l'étude des accidents déterminés par les injections hypodermiques et principalement les injections mercurielles. — 318. M. DÉSIRÉ. De l'amygdalotomie dans le traitement de l'hypertrophie tonsillaire. — 319. M. STEINMETZ. Contribution à l'étude du traitement des fractures du corps du fémur. — 320. M. DUCHAINE. Des ruptures de l'artère méningée moyenne. — 321. M. ALLARD. Des rapports des accidents infectieux du nouveau-né et en particulier de l'ostéomyélite avec l'infection puerpérale ; — leurs portes d'entrée. — 322. Mlle FINKELSTEIN. Remarques sur les pleurésies purulentes de l'enfance. — 323. M. REGNARD. Étude sur la pathologie du pouls lent permanent. — 324. M. WIGNIOLLE. Du lavage de l'estomac dans l'obstruction et l'occlusion intestinales. — 325. M. CHAMPEIL. Recherches histologiques sur la voûte du crâne membraneux primordial. — 326. M. LELOUP. Caltha edulis. — 327. Mlle B. DYLION. De l'insertion vicieuse du placenta (essai de clinique thérapeutique). — 328. M. LEFAUVE. De la nécessité d'un examen obstétrical précoce, pour éviter les présentations définitives de l'épaule et du siège. — 329. M. RENAUD. Sur un nouvel appareil à chloroformer. — 330. M. BERTRAND. Contribution à l'étude de l'albuminurie intermittente non cyclique chez les gens bien portants. — 331. M. KOCHER. Contribution à l'étude du pouls lent et permanent. — 332. M. TRIPIER. Contribution à l'étude de la cure des ulcères variqueux. — 333. M. MAZERY. De l'azote dans les eaux minérales. — 334. M. TARGOWLA. Essai sur les fibres intracorticales du cerveau dans la paralysie générale et la démence. — 335. M. BOURBON. Du traitement de l'érysipèle de la face par l'aconitine cristallisée. —

336. M. Ladouce. Contribution à l'étude du sarcome de l'ovaire. — 337. M. Rohart. Contribution à l'étude de la pectoriloquie aphone et de sa valeur séméiologique. — 338. M. Mally. Contribution à l'étude du traitement des pleurésies par les lavages interpleuraux. — 339. M. Sous. De l'automatisme comitial ambulatoire. — 340. M. Cherbuliez. Contribution à l'étude spectro-photométrique du sang oxycarboné. — 341. M. Marie. Contribution à l'étude des troubles oculaires dans la paralysie générale. — 342. M. Dourisboure. Des idées de persécution dans l'alcoolisme. — 343. M. Fauconneau. Folie cardiaque. — 344. M. Dubut. Sur un cas de kyste sanguin spontané du péritoine. — 345. M. Bellencontre. Traitement de la métrite chronique du col. — 346. M. de le Vallé. Étude comparée de la compression et de la réfrigération dans le traitement des orchites. — 347. M. Blanc. Étude critique sur les lésions des nerfs récurrents. — 348. M. Pierre. Des complications non cancéreuses de l'appareil pulmonaire dans le cancer de l'estomac.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 juillet 1890 : 1° sont nommés dans le corps de santé des colonies, pour prendre rang à compter du 1er août 1890 :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. les médecins principaux de la marine Quétand, Illy et Trucy.

Au grade de pharmacien en chef de deuxième classe. — M. le pharmacien principal de la marine Raoul.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe de la marine Chédan, Sérès, Kieffer, Delrieu, Gries, Cazes, Nivard, Bastian, Le Jollec, Reynaud, Auvray et Lidin.

Au grade de pharmacien principal. — MM. les pharmaciens de première classe de la marine Gandaubert et Phibaire.

2° Sont nommés dans le corps de santé des colonies avec leur ancien grade et pour prendre rang de la date de leur brevet :

Au grade de médecin de première classe. — MM. Vaysse, Devoti, Parnet, Péthellaz, Guérin, Aubry, Henry, Paquier, Merveilleux, Mestayer et Simon.

3° Sont nommés dans le corps de santé des colonies, pour prendre rang à compter du 1er août 1890 :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe de la marine Bahier, André dit Duvigneau, Jollet, Garnier, Cassagnou, Depasse, Vergoz, Capus, Lemoine, Collomb, Rabère, Bannerot, Barrau, Calmette, Facieu, Lafage, Hébrard, Ricard, Reaucar, Fontaine, Signé, Dumas, Gouzien, Piron, Sallebert, Birolleau, de Taroni, Le Guen, Angier, Boullangier, de Boyer de Camprieu et Delrieu.

Au grade de pharmacien de première classe. — MM. les pharmaciens de deuxième classe de la marine Nény, Pignet, Pottier, Charroppin, Cougoulat, Dubois, Pairault, Kérébel et Lacroux.

— Par arrêtés, en date des 17 et 28 juillet 1890, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — M. le docteur Legendre (de Saint-Léger-sous-Beuvray) et M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris.

— Par arrêtés, en date des 16, 17, 24 et 28 juillet 1890, sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Despréaux (de Paris), Battesti (d'Ornessa), Cotte (de Barrême), Pain (de Cayenne), Romieu (de Digne), Augé (de Reuilly), Bontemps (de Saumur), Fabre (de Saint-Pons), Pallier (de Paris), Pouget (de Laroquebrou), Issaurat (de Paris), Weil (de Paris) et Durand (de Preuilly).

M. l'officier de santé Girerd (de Lyon).

MM. les pharmaciens Doux (de Paris), Salla (de La Tour) et Vendrely (de Champagney).

— Par arrêté ministériel, en date du 26 juillet 1890, un concours s'ouvrira le 3 mars 1891, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Tours.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 juillet 1890, l'École de médecine d'Angers est autorisée à jouir des droits conférés aux Écoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er avril 1883. — Le présent arrêté aura son effet à dater du 1er novembre 1890.

— Par arrêté ministériel, M. le docteur Rabé (de Maligny) a été nommé au grade de chevalier du Mérite agricole.

— La Société française d'hygiène décernera, en 1891, une médaille d'or de 200 francs, une médaille d'argent, et deux médailles de bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires sur la question suivante :

« Exposer les soins à donner, avant l'arrivée du médecin, aux personnes victimes d'accidents sur les voies publiques ou dans les travaux industriels. »

Pour renseignements détaillés, les concurrents sont priés de s'adresser au bureau de la Société, 30, rue du Dragon, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 88. — SAMEDI 2 AOUT 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 2 AOUT 1890. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la trépanation rachidienne.

Par A. CHIPAULT, aide d'anatomie.

La trépanation rachidienne, à peu près délaissée, en France, depuis Chédevergne (1), paraît avoir ces derniers temps, et grâce à l'antisepsie, un regain d'actualité, au moins à l'étranger.

On a même tenté, à côté de l'indication seule autrefois admise (fractures du rachis), d'en poser de nouvelles (compression lente de la moelle dans le mal de Pott, tumeurs).

Nous étudierons successivement ces diverses indications (2).

TRÉPANATION POUR FRACTURES

I

INTERVENTIONS ATYPIQUES. — Paul d'Égine, au VIIe siècle, Paré et Fabrice de Hilden conseillaient, dans les cas de fractures de l'arc postérieur avec plaie, de faire ce qu'on faisait pour toute fracture ouverte : enlever les corps étrangers et les esquilles.

Louis (3), le premier, en 1762, appliqua ces préceptes.

« Le 20 novembre 1762, dit-il, M. de Villedon reçut un coup de feu au dos. Il se sentit sur-le-champ paralysé des parties inférieures. Je ne le vis que le troisième ou le quatrième jour ; il était dans l'état le plus fâcheux, ayant beaucoup de fièvre. La plaie avait été largement débridée, et la balle extraite. Je portai mon doigt au fond de la plaie, et je sentis plusieurs pièces d'os vacillantes, dont quelques-unes étaient assez considérables.

Dès le lendemain (avec M. Duplessis), on procéda avec les précautions convenables. La moelle ayant été débarrassée, l'intérieur de la plaie n'étant plus molesté par des pointes d'os, il s'établit une suppuration abondante et louable. Le malade parut mieux de jour en jour, les extrémités recouvrèrent de la sensibilité et un commencement d'action. Il marche aujourd'hui à l'aide d'une canne, car les extrémités inférieures sont restées faibles et n'ont pas leur embonpoint ordinaire : il y en a une bien plus atrophiée que l'autre ; quoi qu'il en soit, c'est une victime que l'art a soustrait à une mort certaine.

On peut juger, par ce fait, du succès qu'on aurait pu obtenir dans d'autres cas, en appliquant les préceptes lumineux que nous avons sur le traitement des lésions de la tête à celui des lésions de l'épine. »

Chédevergne a bien montré qu'il ne s'agit pas là d'une véritable trépanation.

Ne peut être non plus rangée parmi les trépanations, l'intervention proposée par Malgaigne : « On pourrait peut-être, dit-il, inciser sur l'apophyse épineuse défoncée et exercer sur elle des tractions avec une pince. »

Une opération de ce genre a été faite par Halsted [de New-York (1)], en 1884, pour rotation en avant et à gauche de la douzième dorsale sur la première lombaire, avec paraplégie complète. Trois jours après l'accident, incision longitudinale. L'apophyse transverse de la première lombaire et l'épineuse de la douzième dorsale furent enlevées, une solide pince de Langenbeck fixée dans l'arc de cette dernière. « Le blessé fut alors fléchi et tandis que la pression par la main d'un aide repoussait en avant les vertèbres lombaires, la traction en arrière, sur la douzième dorsale, avec la pince de Langenbeck, réduisait brusquement le déplacement. La réduction fut aisément maintenue. » Le patient mourut au bout de dix-sept heures. La moelle était complètement détruite au niveau du renflement lombaire.

Lampiasi (2) fit, en 1889, une tentative du même genre, pour luxation en avant de la onzième dorsale. Le malade mourut rapidement. « A l'autopsie, on vit que le disque inter-vertébral s'était détaché et faisait, dans la cavité

(1) CHÉDEVERGNE. *Des fractures indirectes de la colonne dorso-lombaire* (ouvrage couronné par l'Académie de médecine de Paris). — Paris 1869, Baillière.

(2) Ce travail sur la trépanation rachidienne comprendra deux Revues :
1° Trépanation rachidienne pour fracture ;
2° Trépanation rachidienne pour paraplégie du mal de Pott, pour tumeurs, pour névralgies rebelles. Pièces justificatives.

(3) LOUIS. Remarques et observations sur la fracture et la luxation des vertèbres. (Mémoire lu à la séance publique de l'Académie de chirurgie, le 18 avril 1774. — Publié in *Archives générales de médecine*, 2e série, t. XI ; 1836, t. II, p. 397.)

(1) HALSTED. *The Medical News*, vol. XLVI, 3 janvier 1885, p. 16 ; — *New-York surgical Society*, 9 décembre 1884.

(2) LAMPIASI. Traitement des fractures du rachis (VIe Congrès italien de chirurgie, avril 1889) ; in *Bulletin médical*, 28 avril 1889, p. 535.

médullaire, une saillie que la réduction de la vertèbre avait encore accrue. »

Nous rapprocherons, de ces cas, celui de Wilkins qui, sur un nouveau-né, trouva, entre la dernière dorsale et la première lombaire, une séparation d'un demi-pouce et dans cette fente une hernie (?) refoulant latéralement la moelle. La hernie fut réduite sans ouvrir le sac, la moelle remise en place, les vertèbres replacées et maintenues par une suture au fil d'argent.

Laissant de côté ces essais plus ou moins atypiques, arrivons à la trépanation proprement dite, c'est-à-dire à l'ouverture du canal pour fracture des arcs, sans plaie, ou pour fracture des corps vertébraux.

II

Historique. — Le premier, qui paraît en avoir eu l'idée, est Heister (1), en 1739. « Si la moelle épinière est rompue, dit-il, on ne doit presque jamais s'attendre qu'à une mort inévitable. Cependant, comme il paraît cruel d'abandonner le malade à son malheureux sort, quoiqu'on n'espère rien des secours de l'art, on mettra la partie de la moelle blessée à découvert, supposé qu'elle n'y soit pas déjà, et on enlèvera les fragments qui piquent la moelle; s'ils ne tiennent plus à rien, on les ôtera tout à fait; ensuite, on nettoiera soigneusement et tout doucement la plaie, on appliquera une compresse abreuvée d'esprit de vin simple ou camphré, ou d'eau de chaux, on la soutiendra avec la serviette et le scapulaire et l'on continuera ce traitement jusqu'à ce que la plaie soit parfaitement consolidée ou que le malade meure. »

James (2), dans son dictionnaire de médecine de 1745, donne les mêmes conseils, à peu près dans les mêmes termes.

La première trépanation rachidienne fut faite, en 1814, par Clyne (3). Cette intervention, ainsi que quelques-unes faites dans les années suivantes [Wickham (1819), Oldknow (1819), Tyrrell (1822)], suscitèrent, en Angleterre, une polémique extrêmement violente, qui « dégénéra en personnalités amères et virulentes ». Charles et John Bell, B. Brodie s'élevèrent contre ces interventions, ce qui leur valut d'être traités de « têtes de bois » par A. Cooper. B. Bell, Tyrrell, South furent encore parmi les partisans de Clyne (4).

Malgré des désastres répétés, et se basant sur la grande autorité de Cooper, un certain nombre de chirurgiens anglais ou américains tentèrent encore la trépanation. Nous en trouvons dix-neuf, disséminées de 1824 à 1865, année où parut, avec un grand retentissement, le premier mémoire de Mac Donnell. L'auteur, malgré un cas personnel malheureux et s'appuyant sur l'autorité de Brown-Séquard, pense « que la trépanation du rachis, quoique formidable, doit prendre place parmi les opérations légitimes de la chirurgie; sans assurer l'existence, elle offre, dans certains cas, des chances de conserver la vie bien plus que l'expectation ».

(1) Heister. Institutions de chirurgie où l'on traite, dans un ordre clair et nouveau, de tout ce qui a rapport à cet art; traduit du latin par Paul. A Paris, chez Didot, 1771; — *Des fractures du rachis*, t. I, liv. II, chap. VI, p. IX, p. 388. (La première édition latine de l'ouvrage date de 1739.)

(2) James. London 1745.

(3) White. The surgery of the spine, *Ann. of Surgery*, vol. X, 1889, t. II, p. 4.

(4) Broca. Chirurgie du rachis, in *Gazette hebdomadaire*, IIe série, t. XXVII, 15 février 1890, p. 75.

L'année suivante, dans un second mémoire, Mac Donnell rapportait une intervention heureuse due à Gordon. « Un an après, le malade ne pouvait se tenir debout, mais il se promenait facilement et seul dans une chaise roulante spéciale. »

Les remarquables travaux de Mac Donnell donnaient à la trépanation rachidienne un intérêt nouveau. Willett (1865), Tyrrell (1866), Maunder (1866), Cheever (1869), l'essayèrent encore, puis elle parut définitivement abandonnée, aussi bien en Angleterre qu'en Amérique.

Elle ne devait bénéficier que fort tard de l'antisepsie, mais depuis la note de Mac Even présentée, en 1888, au Congrès médical de Glasgow, Keetley, Horsley, Duncan, Dandridge et d'autres l'ont tentée de nouveau. Bowlby, Bastian ont fait des recherches anatomo-pathologiques et cliniques, pour préciser les indications opératoires. En 1889, White publiait dans les *Annals of Surgery*, de New-York, un mémoire intitulé : « Surgery of the Spine »; presque en même temps Thornburn faisait paraître, à Londres, un volume : « A contribution to the surgery of the spinal cord », où sont rapportés cinq cas personnels. L'auteur y a joint une statistique de cas publiés et des considérations du plus grand intérêt.

Telle est, en Angleterre son pays d'origine, l'histoire de la trépanation pour fracture du rachis.

En Allemagne, nous ne trouvons que quelques faits, sans lien entre eux. En 1846, cas de Mayer. En 1877, cas de Lücke, rapporté dans la thèse assez complète de Werner. C'est le premier fait avec la méthode antiseptique. En 1884, cas de Maydl. En 1886, celui de Lauenstein du plus haut intérêt.

Les tentatives de trépanation rachidienne ont eu, en France, un écho plus direct quoique tardif.

En 1840, cas de Laugier. En 1865, mémoires de M. Tillaux (avec un fait personnel) et de M. Felizet, suscités par les travaux de Mac Donnell.

MM. Tillaux et Felizet se déclarèrent partisans résolus de l'intervention.

La riposte ne tarda pas. Ce fut le travail de Chédevergne (1869).

Aujourd'hui, après une longue période d'oubli, on semble penser que la question mérite de nouvelles recherches. Mon maître M. Tuffier (1) vient de publier, avec M. Hallion, un travail sur « les Accidents nerveux tardifs, consécutifs aux fractures du rachis, et leurs traitements », et M. Broca, dans un des derniers numéros de la *Gazette hebdomadaire*, jetait un coup d'œil rapide sur « la Chirurgie du rachis ».

Enfin, dans une des dernières séances de la Société de Médecine de Lyon, M. Jaboulay (2) rapportait deux faits personnels de trépanation, discutés par MM. Ollier, Gayet, Bouchacourt, Delore, Chaintre.

III

Statistique. — L'ensemble des faits publiés que contiendra la statistique jointe à notre prochaine Revue, est de 70.

(1) Tuffier et Hallion. Des accidents nerveux tardifs, consécutifs aux fractures du rachis et de leur traitement, *Archives générales de médecine*, mars 1890, p. 336.

(2) Jaboulay. Trépanation de la colonne vertébrale dans les fractures indirectes du rachis (Société nationale de médecine de Lyon, 16 et 23 juin 1890), in *Lyon médical*, 22 juin et 6 juillet 1890, t. XLIV, p. 205 et 332.

Gunther (1) de Leipzig en avait réuni 17, reproduits plus tard, sans modification, par Bauer (2). De ces 17 cas, 3 ne sont pas des trépanations, mais seulement des résections d'apophyses épineuses lésées, sans doute sans ouverture du canal. En outre, les cas 9 et 14 de la statistique de Gunther ont trait à un seul fait, celui de Laugier.

Gurlt (3) réunit 22 cas.

M. Felizet donne une traduction de la statistique de Gurlt, en ajoutant 3 cas.

Hamilton (4), dans son traité des fractures et des luxations, ne parle que de 19.

Werner, dans sa thèse (1879), a réuni 31 cas et 32 trépanations, le cas de Potter étant double.

La statistique récente de Thornburn comprend 61 cas.

Notre statistique en comprend 9 de plus, dont 5 antérieurs au travail de l'auteur anglais. De ceux-ci, 1 est fort important (Morris) et l'autre inédit (Maisonneuve). Nous avons, d'ailleurs, vérifié et complété (sauf pour une dizaine de cas) les renseignements de Thornburn.

Tous les faits publiés sont loin d'avoir la même valeur. Un tiers à peine renferme les détails suffisants, et souvent les auteurs se contentent de dire quelques mots de leurs opérés : M. Felizet et Chédevergne se plaignaient déjà, et non sans raison, de cette insuffisance, surtout vraie pour les observations anciennes.

IV

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire de la trépanation n'a guère été étudié que par Horsley (1886-1888). Ce point ne manque pourtant pas d'intérêt, puisqu'on a été jusqu'à la déclarer à peu près impraticable (Eve, Lidell).

La plupart des opérateurs font une incision longitudinale sur la ligne des apophyses épineuses. Quelques-uns ont fait l'incision à droite ou à gauche de cette ligne, lorsque les lésions semblaient plus marquées d'un côté. Enfin, un petit nombre a fait des incisions cruciales.

On détache les muscles spinaux des apophyses épineuses et des lames, soit avec une spatule, une rugine, soit au bistouri (Horsley). Il est capital de couper tout le long de l'incision, à droite et à gauche de la ligne des apophyses, la très forte aponévrose superficielle, qui, malgré cette section, bride encore la plaie au point qu'il est à peu près impossible d'écarter ses bords. Horsley conseille de la couper perpendiculairement à l'axe de l'incision, au milieu de cette dernière. Ceci nous semble assez inutile, car la tension de l'aponévrose disparaît, lorsque le décollement des muscles des gouttières a été poussé jusqu'aux apophyses transverses, où s'attachent de très forts faisceaux tendineux. Ces faisceaux seront sectionnés très prudemment, car on est tout près des artères intercostales ou lombaires.

Le décollement des muscles s'accompagne, surtout à la nuque, d'une assez forte hémorrhagie. Pour l'arrêter, il suffit de lier les vaisseaux importants, puis d'appliquer de larges éponges sur toute la surface de la plaie. On attendra quelques minutes et le champ opératoire sera tout à fait exsangue. On pourra alors, sans difficulté, décoller le périoste, à partir de la ligne médiane, et le récliner à droite et à gauche.

S'il existe quelque fracture des apophyses épineuses ou des arcs, — et ce point sera facilement élucidé en saisissant, d'après le conseil d'Erichsen, les os avec un davier « qu'on secouera vigoureusement », — on séparera les fragments de leurs adhérences ligamenteuses en rasant l'os avec le tranchant du bistouri, et on les enlèvera sans peine.

Si les arcs sont intacts, l'ouverture du canal rachidien est plus difficile; la plupart des auteurs ne disent pas comment ils y ont réussi.

« Après de nombreuses recherches sur les chiens, dit Horsley, je suis arrivé aux conclusions suivantes :

L'apophyse épineuse de l'arc à enlever sera coupée à sa base avec un fort ciseau à os. On a, dès lors, devant soi une surface plane, irrégulière, où peut s'appliquer le trépan. La couronne aura presque le diamètre du canal médullaire, diamètre naturellement variable avec l'âge et la force du patient. Lorsqu'un arc a été ainsi enlevé, on peut se servir d'une petite scie à main pour fragmenter les autres et les enlever avec le davier. »

Horsley a fait construire, à cet usage, un davier spécial à mors plats, inclinés à angle de 120 degrés sur les manches. Ceux-ci se terminent par des anneaux, comme des manches de ciseaux.

« La section des ligaments jaunes est un temps difficile, qu'on ne mènera à bien qu'à l'aide d'un solide bistouri. »

Mac Donnell conseillait déjà, pour la région dorsale, d'enlever l'apophyse épineuse à sa base et d'appliquer alors une couronne de trépan. « La pointe centrale sera plus forte et plus longue que de coutume; on terminera avec la gouge.

Pour la région cervicale, on enlèvera l'apophyse épineuse d'abord, puis les lames morceau par morceau, à l'aide de ce dernier instrument.

Pour la région lombaire, on ne peut non plus employer le trépan; la division se fera à l'aide d'une forte pince coudée et l'on achèvera l'ablation de l'arc avec la pince gouge. Il devient alors plus facile d'en faire autant pour une seconde vertèbre. »

Il nous semble préférable d'éviter, dans tous les cas, le trépan, qui peut blesser les méninges, accolées ou adhérentes aux arcs; on ouvrira le canal avec la gouge et le maillet, mais prudemment, pour ne pas trop ébranler le rachis, et l'on agrandira l'ouverture avec une pince coupante.

La résection osseuse sera régulière, pour éviter les esquilles, et large, jusqu'à ce que le doigt sente aussi bien en haut qu'en bas que la moelle n'est plus comprimée. La solidité du rachis n'a jamais été compromise, même dans des cas où le nombre d'arcs enlevés a été considérable.

Les chirurgiens ont enlevé :

1 arc, 27 fois; 2 arcs, 14 fois; 3 arcs, 5 fois; 4 arcs, 2 fois; 5 arcs, 2 fois.

De plus, fort souvent, une ou plusieurs apophyses épineuses, en dehors de celles des arcs enlevés, ont été soit arrachées au davier, soit réséquées.

Il y eut parfois des difficultés particulières, tenant à la disposition des fragments osseux déplacés. Dans le cas de Smith, les arcs des deuxième et troisième dorsales étaient intimement soudés (la fracture datant de deux ans) et durent être enlevés simultanément. Dans celui de Mayer,

(1) Gunther u. Schmidt. *Lehre v. d. blut. Op. am. Menschen*, IV, 3, p. 46. Leipzig, 1861.

(2) Bauer. *Trepan. der Wirbelsaüle Inaug. Dissert.*, Thèse de Leipzig, 1864.

(3) Gurlt. *Handd. der Lehre von den Knochenbruchen*, II, 1864, p. 172.

(4) Hamilton. *Traité pratique des fractures et des luxations*, traduit par Poinsot, 1864, p. 166.

l'arc de la septième dorsale, enfoncé de près d'un pouce, ne put être retiré qu'en faisant incliner forcément la colonne vertébrale en avant.

Les causes osseuses accessibles de compression supprimées, la plupart des chirurgiens se sont arrêtés. Quelques-uns sont allés plus loin et ont enlevé du canal médullaire du tissu cicatriciel, des caillots, ou bien incisé la dure-mère qui paraissait lésée.

C'est ainsi que Jones trouva un épanchement sanguin coagulé entre la dure-mère et l'os. Mac Even enleva une tumeur conjonctive d'un quart de pouce d'épaisseur, placée sur la longueur de trois vertèbres, immédiatement contre l'arc. Duncan, trouvant la dure-mère bleuâtre et tendue, l'incisa. L'ouverture donna issue à du sang et à des caillots. Une autre fois il rapprocha les deux bouts de moelle séparés, par des points de suture dure-mériens au catgut très fin. Cette partie de l'opération fut, dit-il, singulièrement minutieuse et difficile.

Rogers et Hutchinson, après ouverture de la dure-mère, enlevèrent un caillot de plusieurs pouces de long placé sur la face postérieure de la moelle.

Ces cas sont rares, et le plus souvent l'indication se restreindra à l'ouverture du canal.

Nous devons cependant préciser ces temps ultérieurs possibles de l'opération.

« Les os enlevés, dit Horsley, apparait la dure-mère, recouverte d'un tissu conjonctif spécial très vasculaire. Il faut le sectionner verticalement sur la ligne médiane, car ses vaisseaux viennent des artères spinales et du plexus veineux vertébral. De cette façon, l'on évitera l'hémorrhagie. De plus, pour que ce tissu, très élastique, débarrasse le champ opératoire, on l'écarte à droite et à gauche avec de petits écarteurs. On ouvrira la dure-mère longitudinalement sur la ligne médiane. Si l'incision est courte, à peu près un demi-pouce, il faudra placer sur ses lèvres des pinces pour pouvoir examiner la région subdurale. Si l'incision est longue, cette précaution sera inutile.

Aussitôt l'incision de la dure-mère faite, il sort un flot de liquide céphalo-rachidien, qui remplit la plaie et rend, pendant quelques instants, l'exploration de la moelle impossible. Le mieux est de l'étancher avec une éponge. Si l'on ne remue pas le patient, et surtout qu'on ne relève pas sa tête, l'écoulement s'arrête vite.

En pressant avec le doigt la moelle contre les corps vertébraux, on peut apprécier toutes les modifications de sa consistance. Si l'on suppose un fragment osseux à droite ou à gauche, on pourra passer sur les parties latérales de la moelle une aiguille à anévrysme, pour aller à sa recherche. »

Il ne paraît pas y avoir d'inconvénient à laver, avec les solutions antiseptiques, la face interne de la dure-mère, la moelle, les racines nerveuses.

Un point important de pratique est le suivant : pendant l'incision de la dure-mère, l'examen de la moelle, le lavage de la moelle et de la dure-mère, le malade doit être profondément endormi, car il est démontré que l'irritation des cordons postérieurs et des méninges produit des mouvements réflexes. Ces mouvements pourraient notablement gêner à ce moment délicat de l'opération.

Horsley ferme l'incision dure-mérienne par de fines sutures au catgut. D'autres la laissent ouverte ou même drainent l'espace subdural (White). Cette conduite a l'inconvénient de favoriser l'écoulement dans la plaie du liquide céphalo-rachidien, qui retarde la cicatrisation et produit de l'érythème, sans doute en favorisant l'infection du pansement. C'est ainsi que, dans un des cas de Duncan, dix-sept jours après l'opération, il coulait, en vingt-quatre heures, 2 onces de liquide céphalo-rachidien par le trajet du drain enlevé depuis longtemps déjà.

Morris a employé, avec succès, des drains d'os décalcifié. Au premier pansement, le quinzième jour, la plaie était guérie et les drains résorbés.

La question du drain superficiel est assez différente; lorsqu'on l'enlèvera, les parties profondes de la plaie seront réunies, et, de plus, l'on n'aura pas à redouter l'écoulement par son trajet de liquide céphalo-rachidien.

Ne pourrait-on pas, comme pour le crâne, réimplanter les parties osseuses enlevées, lorsqu'elles ne sont pas trop fragmentées? Cela a été fait avec succès, nous le verrons dans un cas de trépanation pour mal de Pott; l'inconvénient est qu'on n'aura pas, comme pour le crâne, une rondelle d'os, mais seulement des débris plus ou moins petits, des rognures. Le décollement et le replacement du périoste suffisent peut-être, d'ailleurs, à la restauration osseuse. Elle ne s'était cependant pas produite dans le cas de Morris, où l'autopsie fut faite dix mois après l'opération.

Le malade trépané sera immobilisé, soit par un corset plâtré, soit dans une gouttière de Bonnet ou sur des coussins d'eau. Ces soins auront une grande importance pour éviter une déformation ultérieure, ou même pour faciliter la décompression médullaire.

Enfin, chez les sujets opérés tardivement, il sera parfois nécessaire, au bout d'un certain temps, pour parfaire la guérison, de sectionner des tendons immobilisés autrefois par des contractures, et fixés par des brides fibreuses (Mac Even).

V

Résultats. — On ne tentait, autrefois, la trépanation rachidienne que comme le plus déplorable des pis-aller, avec cette conviction qu'une fracture vertébrale ne guérissait jamais.

Cependant, les Éphémérides des curieux de la nature rapportent déjà le cas « mémorable d'une fracture de cause interne de l'épine du dos, qui laissa vivre le malade pendant huit ans, et qui ne fut découverte que par l'ouverture du cadavre »; et dans son mémoire de 1869, Chédevergne pouvait citer les faits de Dupuytren, Malgaigne, Denonvilliers, Laugier, Guérin, et plusieurs personnels.

Aujourd'hui, la réalité et même la fréquence relative de ces guérisons est incontestée.

A propos de la récente communication de M. Jaboulay à la Société de médecine de Lyon, M. Ollier disait : « La fracture de la colonne vertébrale n'est pas toujours mortelle; j'ai eu, récemment, l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un individu que j'avais soigné en 1872, pour une fracture de la colonne vertébrale. Cet homme, depuis sept à huit ans, avait pu reprendre ses occupations. »

Le tant pour cent de survie après fractures du rachis non trépanées, est :

D'après M. Brown-Séquard (1) [expectative simple] 1 p. 100;

(1) Brown-Séquard. Trepan. in f. of fract. of the spine, *The Lancet*, avril 1883, vol. I.

D'après M. Boyer, 3 1/3 p. 100 ;

Gurlt, qui a réuni 270 fractures vertébrales, trouve 53 guérisons, c'est-à-dire 24,5 p. 100.

Ashurst et Hutchinson (1), réunissant les cas de fracture et ceux de luxation, arrivent à 32,7 p. 100.

A ces statistiques, en somme assez favorables, les adversaires de la trépanation pouvaient opposer, avec une grande apparence de raison, celle des faits traités par la méthode sanglante.

Chédevergne trouve 24 cas avec 5 survies, soit 20 p. 100.

Werner, sur 31 trépanations, trouve 6 survies ou 7, en comptant le cas, très peu détaillé, de Blair, c'est-à-dire 19,3 p. 100 ou 22,5 p. 100.

La proportion s'est maintenue la même jusqu'à l'avènement de l'antisepsie.

Mais si nous prenons le tant pour cent de la statistique actuelle, nous avons :

Survies. — Smith, Edwards, Walker, Blair, Blackman, Potter, Gordon, Nunneley, Lücke, Stemen (2), Maydl, Mac Even, Lauenstein, Horsley (2), Duncan (2), Péan, Allingham, Dawbarn, Thornburn (2), Dandridge, Decés, Morris. Total : 26.

Morts. — Clyne, Wickham, Oldknow, Attenburow, Tyrrell (2), Rhea Barton, Holscher, South, Rogers, Laugier, Hurd et Potter, Mayer, Blackman, Jones, Hutchinson, Smith, Potter, M. Donnell, Tillaux, Willett, Maunder, Cheever (2), Willard, Nunneley (3), Stemen, Keetley, Duncan, Allingham, Thornburn (3) Denucé, Maisonneuve, Pinkerton, Jaboulay (2). Total : 40.

C'est-à-dire un résultat bien plus favorable (37 p. 100), qui le deviendrait encore davantage, en se bornant aux cas opérés antiseptiquement (65 p. 100).

L'apparence défavorable des statistiques anciennes tient à deux causes :

1° Les cas opérés étaient des plus graves. Le chirurgien n'osait intervenir qu'avec la conviction que le blessé était perdu ;

2° La trépanation ouvrait la porte à l'infection osseuse ou méningée, puis générale (Schaw, Hutchinson, Legros Clark).

« On paraît croire, disait Chédevergne, que l'ouverture du foyer de la fracture est sans inconvénient, que la mise en communication avec l'air extérieur d'une multitude de cellules spongieuses est chose toute naturelle... Comment supposer que ce tissu spongieux des vertèbres sera plus tolérant que le tissu compact du tibia ; l'ostéite et la phlébite vous menacent d'une façon irrésistible, et avec elle la méningo-myélite suppurative, la pyohémie, la fièvre hectique. Ce n'est pas tout, les plèvres ou le péritoine peuvent être ouverts par le fait de l'opération et leurs suites fatales se dérouler devant vous.

On a dit que la mort est moins sûre dans les trépanations très tardives, on ne semble pas en avoir compris la raison. La voici : la fracture est alors consolidée ; l'ostéite, la phlébite du corps vertébral et leurs conséquences ne sont plus autant à redouter. »

Les insuccès dans la période antiseptique tiennent aux mêmes causes, la seconde naturellement moins fréquente. Le malade de Pinkerton mourut d'infection opératoire avec de la température et de la méningo-myélite aiguë. Celui de Keetley avait une lésion cervicale et mourut d'accidents pulmonaires, après une amélioration de quelques jours. A l'autopsie de l'opéré de Duncan, on trouva une hernie de l'estomac et du grand épiploon dans la plèvre, à travers une déchirure du diaphragme ; c'est dire combien le traumatisme avait été violent. Le malade d'Allingham mourut au bout de sept mois, par continuation des accidents médullaires : on trouva la moelle complètement divisée.

Des trois opérés avec insuccès de Thornburn, l'un avait une fracture cervicale, avec de l'anesthésie et de la paralysie des quatre membres, de la rétention d'urine et des fèces, des ulcérations très étendues des membres inférieurs et de l'abdomen. Il mourut en quarante-huit heures.

Le second, avec une fracture de même siège et des accidents encore plus graves, mourut en douze heures.

Le troisième avait aussi une lésion cervicale, il mourut le huitième jour, avec une haute température et du pus dans sa plaie.

L'état des deux malades de M. Jaboulay était désespéré avant l'opération.

A côté des cas défavorables, il est utile d'analyser ceux où un résultat fonctionnel quelconque a été obtenu.

Werner, sur 7 cas de survie connus de son temps, éliminant le fait insuffisant de Blair, ajoute :

« La trépanation, dans aucun des 6 cas restants, n'a rendu aux malades l'usage de leurs membres inférieurs. Dans les plus favorables, il revint une faible mobilité des bras ou des cuisses, la station assise devint possible. La sensibilité des parties lésées est revenue mieux et plus vite que la mobilité. Dans presque tous les cas, les fonctions vésicales, et même une fois la rectale, revinrent. Il est intéressant qu'un malade (celui d'Ewards) eut, après la trépanation, deux enfants. »

Quelques interventions plus récentes ont donné des succès nouveaux et quelques-uns plus complets.

Dans le cas de Horsley, les troubles de la sensibilité s'améliorèrent seuls ; dans celui d'Allingham, la paralysie descendit jusqu'à l'ombilic ; dans celui de Dawbarn, il n'y eut qu'une légère amélioration recto-vésicale et motrice. Dandridge et Decés ont eu des résultats du même genre. Thornburn eut un succès incomplet et un autre si satisfaisant, qu'au bout d'un an et demi, l'opéré travaillait comme mineur, et pouvait faire plusieurs milles à pied. Un an après l'opération, celui de Mac Even marchait sans canne, avec une allure légèrement paraplégique ; le malade de Lauenstein, le sixième mois, pouvait marcher toute une journée sans canne, monter les escaliers, se baisser et se relever.

Nous pourrions, à côté de ces guérisons ou améliorations définitives, placer les faits, surtout fréquents à l'époque pré-antiseptique, où le malade, après amélioration des phénomènes médullaires, mourait plus ou moins tard d'accidents infectieux, myélite ou cystite. Werner, sur 24 cas suivis de mort, en trouve 12 de ce genre.

VI

Indications. — La recherche des indications et contre-indications doit être faite, croyons-nous, surtout d'après les faits précédents, mais aussi d'après l'anatomo-pathologie et la clinique des fractures rachidiennes en général. Nous étudierons, à ce point de vue, l'influence sur le résultat des conditions suivantes :

(1) Ashurst. Surg. of the Spine. Philadelphia, 1867.

1° Nature de la lésion rachidienne ; nature et étendue de la lésion médullaire ;

2° Temps écoulé depuis le traumatisme ;

3° Niveau régional de la lésion médullaire.

L'étude de ces points ne comprendra que les cas où la lésion et l'intervention ont porté plus haut que la première ou deuxième lombaire.

Il faut, en effet, mettre tout à fait à part les lésions et interventions portant sur un point du rachis inférieur à cette première lombaire, c'est-à-dire à un niveau où il n'y a plus de moelle, mais seulement les nerfs de la queue de cheval.

1° *Nature de la lésion rachidienne; nature et intensité de la lésion médullaire.* — A. Il est toute une série de faits qui embellissent fort la statistique des guérisons sans intervention, ce sont ceux où le rachis est fracturé, sans qu'il y ait de symptômes médullaires. Le but de la trépanation étant de dégager la moelle comprimée, nul ne songerait ici à intervenir.

B. A l'opposé de ces cas, et parmi ceux où l'intervention semble le plus indiquée, se trouvent les faits où les arcs sont seuls atteints, les lésions médullaires ont grande chance d'être assez limitées, en tout cas moins graves que si la moelle était comprimée entre un fragment postérieur et un autre antérieur ; de plus, la compression est seulement due à la pression des fragments et non pas, comme quand la lésion porte à la fois sur le corps et les arcs, au poids d'une portion plus ou moins étendue de l'individu, qui déplace le segment supérieur du rachis sur l'inférieur. Enfin, la lésion a grande chance d'être entretenue par des fragments osseux déplacés, à cause de leur engrènement fréquent. « Ces fragments, dit Thornburn, ne sont pas soumis à l'élasticité, à l'action musculaire, au poids du corps qui remettent quelquefois tout en place, lors de fracture portant sur le corps et l'arc. Au contraire, à chaque mouvement de flexion ou d'extension, les fragments de lame, d'apophyses articulaires, mobilisés par les innombrables attaches des muscles des gouttières, vont labourer la moelle. »

M. Péan a récemment opéré avec succès un cas de ce genre que Thornburn rapporte : Un homme fut mordu dans la région dorsale par un cheval, et la morsure fut d'abord prise pour un simple pincement de la peau. Mais au bout de quelques jours, se montrèrent des symptômes médullaires qui aboutirent peu à peu à une paraplégie complète, avec rétention d'urine ; on découvrit alors une dépression des septième et huitième apophyses épineuses dorsales. M. Péan incisa jusqu'à elle et enleva une dizaine de fragments qui étaient implantés dans la moelle. Le malade guérit sans encombre et complètement.

C. L'intervention est bien plus discutable et discutée lorsque la lésion rachidienne porte (ce qui est de beaucoup le plus fréquent) sur le corps seulement ou à la fois sur le corps et les arcs.

Les arguments des partisans anciens de la trépanation, pour fracture de ce genre, ont été résumés par M. Felizet.

« La fracture du corps coexiste-t-elle avec une fracture de l'arc, il faut agir avec cette dernière comme si elle existait seule. La moelle, en effet, est en quelque sorte étranglée entre les fragments du corps et les fragments de l'arc, et c'est déjà un avantage considérable de faire cesser la compression en arrière.

Si l'arc postérieur est intact, c'est contre sa face antérieure que les fragments osseux du corps vertébral repoussent la moelle et la compriment dans le canal rachidien. Que doit faire le chirurgien ? Quelque désespéré que soit l'état du blessé, il ne doit négliger aucune tentative. Si la moelle est déchirée, la résection des lames ne rendra pas la mort plus certaine; si elle n'est que comprimée, cette opération pourra prévenir la congestion et l'inflammation qui surviendraient à coup sûr. »

Pour Chédevergne, au contraire, la moelle est comprimée par la seule arête tranchante du fragment inférieur du corps et non par un étranglement entre cet obstacle antérieur et un autre postérieur. Il explique, par la fixité et l'inextensibilité de la moelle, sa tendance à venir se blesser contre le fragment antérieur. « Le tiraillement a fréquemment lieu, d'autant plus aisément, au niveau du foyer de la fracture, que le centre nerveux est fixé de distance en distance par les ligaments de la pie-mère, et qu'alors l'élongation, étant bornée à un espace très restreint, atteint bien vite les limites de l'élasticité de la moelle. » Ménard a fait justice de cette objection. « Ces ligaments, dit-il, ne fixent pas, aussi solidement que le dit Chédevergne, l'axe médullaire, et, d'ailleurs, ce n'est pas la moelle qui est distendue, c'est tout le manchon de dure-mère qui l'enveloppe ; par conséquent, le tiraillement ne peut guère se faire entre deux tractus du ligament dentelé et la moelle échappe souvent à la compression, jusqu'à ce qu'elle rencontre l'arc postérieur de la vertèbre sous-jacente (1). »

White aboutit aux mêmes conclusions : « Même quand la compression est antérieure, dit-il, causée par déplacement ou fracture du corps vertébral, l'ablation des arcs postérieurs augmente le calibre du canal et met la moelle au large. »

Thornburn a divisé en trois classes les fractures vertébrales, au point de vue de la cause et de la nature des lésions médullaires :

a. Dans beaucoup de cas, et, dit-il, dans la majorité des cas, on ne trouve pas après la mort le canal notablement rétréci. Les os déplacés retombent de suite après l'accident dans leur position primitive, laissant la moelle contuse et libre de pression (2).

b. Dans d'autres cas, le déplacement des os est maintenu, et la moelle est comprimée, d'ordinaire entre le corps de la vertèbre inférieure et l'arc de la vertèbre supérieure.

c. Dans une minime quantité de cas, la pression sur la moelle est due à l'hématorrachis.

Il est évident que, dans le premier groupe de faits, toute intervention est inutile, le mal est produit et la moelle est dans les meilleures conditions possibles pour se réparer. Dans le troisième groupe, la trépanation pourrait permettre, dans certains cas, d'arriver sur le caillot, de l'enlever, et de dégager la moelle comprimée par lui.

Malheureusement, l'hématorrachis des fractures est impossible à diagnostiquer.

Arrivons au second groupe, le plus fréquent d'après la plupart des chirurgiens, moins fréquent que le premier d'après Thornburn. L'auteur anglais semble, dans ces cas,

(1) Ménard. *Étude sur le mécanisme des fractures indirectes de la colonne vertébrale, région dorsale et région dorso-lombaire*, Thèse de Paris, n° 173, p. 273.

(2) Nous avons entrepris, à ce sujet, une série de recherches et présenté une première note à la Société anatomique, le 25 juin 1890.

désespérer d'une guérison possible : « On ne peut guère douter, dit-il, que, quand les os continuent à presser sur la moelle, le mal fait à cet organe soit encore pire que lors du retour rapide des fragments à leur place. En somme, le témoignage clinique montre que le mal causé par une compression aiguë de la moelle est d'ordinaire irréparable, lorsqu'il est un peu étendu. »

Quoi qu'il en soit, la trépanation, décomprimant la moelle, la place sûrement dans les meilleures conditions pour se régénérer, qu'elle soit simplement détruite en partie, ou complètement divisée.

La réparation n'est peut-être pas impossible, même dans ces derniers cas. (Voir la note ci-dessous.)

[*Note sur la régénération de la moelle divisée.* — En 1846, 1850 et 1851, M. Brown-Séquard (1), après section de la moelle sur des cochons d'Inde, des lapins et des pigeons, obtint le retour partiel des fonctions et retrouva même des fibres nerveuses dans le tissu cicatriciel réunissant les deux segments de moelle. Chez un pigeon, il eut en dix-huit mois le retour complet des mouvements des pattes.

En 1864, Müller (2) fit, avec le même succès, des expériences du même genre sur les lézards et les tritons.

En 1869, Masius et Van Lair (3) eurent un résultat analogue chez des grenouilles auxquelles ils enlevaient 1 ou 2 onces de moelle.

Troth (4), de ses recherches récentes, conclut que la tendance à la régénération est d'autant plus nette qu'on descend la série animale. Chez le singe, il n'a jamais observé, cliniquement ou histologiquement, la régénération des fibres de la corde. Il est vrai, dit-il, que je n'ai pu examiner de moelles avec des lésions remontant à plus de sept mois.

Chez l'homme pourtant, les sections nettes peuvent se réparer. Sur dix-huit cas de division de la moelle, réunis par Thornburn, cet auteur a trouvé, dans quatre cas, une guérison complète survenant après deux mois et demi et plus; dans six il y eut guérison partielle ; dans un autre, le malade fut perdu de vue le dixième jour, alors qu'il était déjà notablement amélioré. Boyer raconte l'histoire d'un garde national, qui reçut un coup de pointe de sabre entre deux vertèbres de la partie supérieure du cou. Paralysie motrice droite et sensitive gauche immédiates. Vingt jours après, le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri.

Sans doute, une section nette n'est pas comparable à une contusion, à un écrasement portant sur 1 ou 2 centimètres de longueur; M. Brown-Séquard avait déjà vu que les animaux dont il écrasait la moelle, au lieu de la couper, mouraient avec de l'œdème et de la gangrène des extrémités abdominales.

Cependant, Eichhorst (5) semble avoir obtenu quelques résultats chez les très jeunes chiens après écrasement de la moelle. « Au bout de deux semaines, dit-il, la régénération avait commencé et, au bout de quatre semaines, de nouveaux éléments nerveux avaient reparu. »]

Cependant, les cas les plus favorables seront toujours ceux où la moelle n'est que partiellement détruite, ou même simplement altérée.

(1) Brown-Séquard. Expériences sur les plaies de la moelle épinière, *Gazette médicale de Paris*, 1849, p. 232; — Régénération des tissus de la moelle épinière, *Idem*, 1850, p. 250; — Sur plusieurs cas de cicatrisation des plaies faites à la moelle épinière avec retour des fonctions perdues, *Idem*, 1851, p. 477.

(2) W. Muller. *Ueber Regen. d. Wirbelsaüle, und der Rucken bei Tritonen und Eideschen Canstatt's Jahreb.*, 1864, t. I, p. 53.

(3) Masius et Van Lair.. Anatomische und Functionnelle Wiedererstellung der Rüchenm. *Centralbl. f. d. Med. Wissenschaft*, 1869, p. 609.

(4) H. Troth. The Goulstorian lectures on secondary degenerations of the spinal cord., *Brith. Med. Journ.*, 6 avril 1889, t. I, p. 753.

(5) Eichhorst. Ueber Nerven Degeneration und nerven Regeneration, *Virchow's Archiv*, 1874, p. 1.

Les deux grandes questions que devra se poser l'opérateur, en présence d'une fracture du rachis, sont donc :

1° La moelle est-elle comprimée par un fragment osseux?

2° Cette moelle comprimée est-elle complètement détruite, partiellement détruite, ou seulement contuse ?

L'analyse attentive de la déformation osseuse, une coudure brusque, l'enfoncement des arcs postérieurs, qu'il ne faudra pas confondre avec leur écartement, la luxation des apophyses articulaires, permettront assez souvent d'affirmer un déplacement osseux.

La disparition complète de la sensibilité et de la motilité au-dessous de la lésion médullaire indiquera la destruction transverse complète de la moelle; la disparition de l'une ou de l'autre, localisée d'un seul côté ou à quelques points, une destruction partielle. Suivant Mac Donnell, une disparition de la sensibilité aussi étendue, mais moins complète que celle de la motilité, indiquerait une compression médullaire sans destruction. « Dans ces cas, dit-il, le malade ne peut mouvoir les pieds, lever les jambes, ni les étendre, lorsqu'elles ont été fléchies, tandis que la sensibilité peut être normale; les sphincters peuvent être paralysés, tandis que le malade distingue les différences de température, souffre pendant le cathétérisme. »

« La conservation du sens musculaire, dit M. Tillaux, fera songer à une simple compression. »

L'analyse des réflexes est un des plus précieux éléments de diagnostic et son étude a été, dans ces derniers temps, reprise à ce point de vue en Angleterre.

« Si l'exaltation du pouvoir réflexe, disait M. Tillaux, a été considérée comme un signe de destruction de la moelle dorsale ou cervicale, je pense que l'abolition absolue de ce réflexe, dans le cas de fracture à la région lombaire, sera généralement un signe de destruction de la substance médullaire ; car si la substance grise fonctionne plus activement au-dessous de la lésion cervicale, il ne saurait en être de même à la région lombaire, puisque la destruction porte sur la partie terminale de la moelle, et qu'au-dessous, il n'y a plus de substance grise ; je considère donc que, dans les fractures lombaires, la persistance de l'action réflexe sera un signe favorable, et son abolition, au contraire, un signe défavorable. »

Les auteurs anglais sont récemment arrivés à des conclusions toutes différentes.

« On admet généralement, disait, le 25 février, Charlton Bastian (1) à la Société médicale de Londres, que, dans les lésions occupant toute la largeur de la moelle cervicale inférieure ou dorsale supérieure, les réflexes dépendant de la moelle lombaire sont exagérés, en même temps qu'il se produit, dans les membres inférieurs, une contracture plus ou moins prononcée. Dans deux cas de fracture du rachis dans ces régions, j'ai constaté, après la disparition des phénomènes de choc, la perte absolue de la motilité et de la sensibilité, avec abolition des réflexes; à l'autopsie, les lésions médullaires étaient limitées au niveau du traumatisme, et la région lombaire de la moelle ne présentait d'autre altération que la dégénération secondaire. » Bowlby (2),

(1) Charlton Bastian. État des réflexes dans les lésions transversales (traumatiques et inflammatoires) de la moelle. (Société médicale et chirurgicale de Londres, 26 février 1890; discussion par Jackson, Bowlby, Buzzard, in *Mercredi médical*, 1890, p. 107.)

(2) Bowlby. The Reflexes in cases of Jujury of the Spinal cord. (Royal medical and Chirurgical Society, 13 mai 1890, et *The Lancet*, 17 mai 1890, p. 1071.)

quelques semaines après, revint sur ces faits : « J'ai observé, dit-il, 22 cas de fractures cervico-dorsales; 2 fois les réflexes étaient exagérés et la moelle non complètement détruite; dans les 20 autres cas (dont 15 vérifiés par l'autopsie), où la destruction transverse de la moelle était totale, les réflexes étaient complètement supprimés, même chez un malade qui survécut dix mois; cependant, dans plusieurs cas, un certain nombre de réflexes superficiels reparurent, au bout de quelque temps. »

D'après ces recherches nouvelles, la disparition complète des réflexes, au-dessous de la lésion, serait donc un bon signe de destruction transverse complète de la moelle.

Il est, d'autre part, évident que la production possible de réflexes, dont le point de départ et le point d'arrivée seraient l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la lésion médullaire, aurait, pour le diagnostic contraire, une importance capitale.

M. Brown-Séquard pensait autrefois qu'on pouvait songer à une compression osseuse sans destruction, lors de phénomènes irritatifs et non paralytiques; pour Thornburn, la clinique ne confirme pas cette donnée; les signes d'irritation n'indiquent pas nécessairement une compression médullaire; dans un de ses faits, ils résultaient seulement de l'hématomyélie et de la myélite consécutive.

« Les expériences physiologiques, dit M. Tillaux, ont démontré que les muscles, privés de tout influx nerveux, perdent rapidement la propriété qu'ils ont de se contracter sous l'influence de l'électricité. Ce sera donc là une source de renseignements pour le chirurgien. Si les muscles conservent la contractilité provoquée plusieurs semaines après l'accident, il y aura tout lieu de supposer que la moelle n'est pas détruite; on arrivera à une conclusion inverse si la contractilité, vive pendant les premiers jours, diminue et finit par disparaître. »

Lauenstein donne aussi, comme un symptôme très favorable, le retour des fonctions vésicales et rectales. Ce retour, lorsqu'il doit se faire, est toujours assez rapide. Il est évident qu'une amélioration, si légère soit-elle, éloigne l'idée d'une destruction complète.

En somme, dans un certain nombre de cas, on pourra dire si la moelle est détruite complètement ou incomplètement; bien plus rarement on pourra supposer qu'elle est seulement comprimée.

Il faudra donc, pour opérer avec espoir de succès, un concours de circonstances favorables, multiples et variées. Les indications anatomiques d'intervenir sont rarement remplies; elles sont encore plus rarement possibles à reconnaître cliniquement.

Les moyens actuels permettent-ils même de faire ce diagnostic d'assez bonne heure?

2° *Temps entre l'accident et l'opération.* — Autrefois on redoutait, en agissant trop tôt, de transformer une fracture simple en fracture compliquée; et l'on avait raison; les interventions tardives donnaient un plus grand nombre de survies que les interventions précoces. Aujourd'hui, la question est purement médullaire.

Pour les fractures de l'arc postérieur, il semble qu'on ait avantage à intervenir de suite, car les fragments, par les mouvements que causent les muscles des gouttières, peuvent provoquer sans cesse de nouvelles lésions.

Pour les fractures des corps, Werner conseille d'opérer de suite, « afin d'éviter la méningo-myélite spontanée ». D'autres préfèrent attendre, pour ne pas faire subir au malade, après un traumatisme accidentel ordinairement extrême, un traumatisme chirurgical assez sérieux, et, de plus, pour voir si la moelle n'est pas complètement détruite, ou si la lésion n'évolue pas progressivement vers la guérison spontanée. Ces derniers n'opèrent qu'après un ou deux mois, lorsqu'une poussée d'amélioration ayant indiqué que la moelle n'est pas totalement sectionnée, l'état reste stationnaire.

Une telle attente aura l'inconvénient de laisser s'établir les lésions dégénératives si précoces, d'après Troth, qu'elles débutent au bout de quatre ou cinq jours pour transformer la moelle, après cinq ou six mois, en un simple cordon fibreux.

Les recherches expérimentales condamnent donc, et d'une façon très nette, les interventions après plus de six mois. Les faits cliniques mènent aux mêmes conclusions.

[*Note sur la marche des lésions dégénératives de la moelle traumatisée.* — Cette question a été récemment étudiée par Troth (1), aidé des travaux antérieurs de Schieferdecker (2) et de Homen (3). « Dans les cas d'écrasement après fracture, dit Troth, où il ne peut y avoir de contamination septique, il y a très peu de signes d'inflammation réelle et seulement au voisinage immédiat de la lésion. »

Les dégénérescences secondaires proprement dites sont bien plus marquées et plus importantes. Suivant Horsley, dès le cinquième jour, si l'on examine les points lésés sur l'animal endormi par l'éther « le blanc opaque de la surface, comparé à la demi-translucidité des parties normales, est très net ». Vingt ou trente minutes après la mort, cette translucidité disparaît et la différence s'efface. Dès le troisième jour, après coloration par le bichromate, la surface de dégénérescence apparaît légèrement jaune sur un fond brun. Les cylindres-axes sont plus larges que pour les parties normales, après coloration à la fuschine acide. Ces changements, visibles à cette époque seulement dans les parties situées au-dessus de la lésion, n'apparaissent au-dessous qu'après le cinquième jour (Homen).

Troth a étudié la dégénérescence d'une moelle humaine au onzième jour, après compression par luxation de la cinquième cervicale. « Sur une section transversale, la moelle est désorganisée, molle; on ne peut distinguer la substance blanche de la grise. Les lésions paraissent surtout porter sur les régions postérieures; cependant, il y a partout des fibres normales. Sur l'étendue de plusieurs centimètres au-dessus et au-dessous de la lésion jusqu'à la quatrième cervicale et la troisième dorsale, les cylindres-axes sont énormément élargis. »

A la deuxième semaine, les débris des cylindres-axes se confondent avec la myéline et le tout forme des masses granuleuses dans les filets de la névroglie.

A deux mois, la myéline des fibres dégénérées commence à se résorber.

Au quatrième mois, l'aspect est totalement distinct du précédent. Dans un cas de fracture des cinquième et sixième dorsales, avec paraplégie motrice et sensitive, Troth put voir une tendance très nette à la sclérose névroglique, surtout dans la colonne médiane postérieure. Il n'y a presque plus de myéline dans la trame de névroglie.

A cinq mois, la névroglie est de plus en plus sclérosée; les espaces qui contiennent normalement les fibres nerveuses sont remplis d'une matière non plus granuleuse, mais homogène, et

(1) H. Troth. Loc. cit.

(2) Schieferdecker. Ueber Regeneration und Architectur des Rückenmarkes, *Virchow's Archiv*, 1876, p. 542.

(3) Homen. *Contribution expérimentale à la pathologie et à l'anatomie pathologique de la moelle épinière*, Thèse de Paris, 1885.

sont diminués d'étendue. La coupe n'est pas encore déformée.

La date exacte à laquelle les fibres nerveuses d'un faisceau médullaire ont complètement disparu, n'est pas encore connue : suivant Lœwenthal, le nombre des fibres altérées augmente avec le temps ; suivant d'autres, toutes les fibres sont primitivement atteintes et dégénèrent simultanément.

En tout cas, lorsque la dégénérescence est complète, les parties dégénérées forment une simple masse de tissu conjonctif, une cicatrice occupant sur la section une bien moindre étendue que les parties dont elle a pris la place.]

On a bien rapporté des cas de guérison spontanée très tardive et très lente, mais chez des enfants (Ménard, dix ans, Chistolm, neuf ans), et nous n'avons pas besoin de faire remarquer que le développement du squelette peut notablement modifier la compression médullaire et le développement de la moelle, la marche de ses lésions.

MM. Tuffier et Hallion rapportent, dans leur travail, 4 cas de trépanation tardive :

Maydl, quinze mois après l'accident ;

Alban Smith, deux ans ;

Blackman, quatre ans et demi ;

Potter, trois ans après l'accident et une première trépanation.

Nous y joindrons le cas de Morris (1886) où l'opération fut faite vingt-huit mois après le traumatisme. La fracture siégeait au niveau de la sixième cervicale. Les accidents étaient depuis longtemps stationnaires, lorsqu'on intervint. On trouva les méninges adhérentes aux arcs postérieurs par un tissu fibreux dense et la moelle aplatie, à peine plus épaisse qu'une feuille de papier, rouge gris, d'aspect fibreux ; une très petite quantité de fibres saines et brillantes apparaissaient à sa surface « comme une toile d'araignée étalée et enroulée autour d'un bâton ». Le patient mourut le dixième mois, par l'aggravation de phénomènes de myélite dont le début datait de l'opération, mais sûrement l'état de sa moelle n'eût pas permis une amélioration quelconque.

En somme 4 insuccès et 1 succès (très relatif), ce dernier après une intervention sur le sacrum. Or là, ce n'est pas la moelle « mais la queue de cheval qui est intéressée ; ce sont des filets nerveux qui ont été ou comprimés ou sectionnés ».

3° *Niveau régional.* — Un mot encore sur les fractures rachidiennes intéressant la moelle. Le niveau régional de la lésion n'est pas sans importance au point de vue des résultats, et puisque les symptômes sont d'autant plus graves que la fracture siège plus haut, le malade aura d'autant plus de chances, sinon de guérir, au moins de survivre, que sa lésion sera plus près de l'extrémité inférieure de la moelle.

VII

Trépanation des fractures au-dessous de la moelle. — Les interventions, portant sur la région rachidienne au-dessous de la moelle, doivent être considérées à part.

Sans dire avec Thornburn que là est le seul avenir de la trépanation rachidienne, on peut dire que ce sera toujours son grand succès.

Les racines médullaires, et dès lors les éléments de la queue de cheval, sont de vrais nerfs périphériques, bien plus résistants que la moelle à la compression. Les nerfs peuvent guérir après des lésions graves, même après division complète, lorsqu'il n'y a pas de tissu interposé et, s'il y en a, lorsqu'on l'enlève, que ce soit même fort tard après l'accident.

« Quand les racines intra-spinales, dit Thornburn, sont en contact avec la corde même, ces considérations n'auront aucune portée pratique, la lésion de la moelle étant de beaucoup plus importante que celle des racines associées ; mais au-dessous du bord inférieur de la première vertèbre lombaire, il n'y a plus de moelle, et les racines ont un long trajet intra-spinal. Ici donc, nous avons cette condition nouvelle : la lésion rachidienne n'atteint que des nerfs périphériques, et l'on peut, *a priori*, espérer beaucoup, en les débarrassant des agents compresseurs. On peut, en outre, penser que, lors de lésion de la queue de cheval, si les symptômes sont permanents, ils sont dus à une cause permanente de compression (esquille ou tissu cicatriciel). S'il n'y avait que de la contusion, les racines récupéreraient spontanément leurs fonctions, comme tout nerf périphérique après un trauma de cette nature.

Ces considérations théoriques sont confirmées par les faits de la statistique. Sur 56 cas, il y a 15 guérisons, dont 2 complètes (Péan, Lauenstein). Le fait de M. Péan a trait à une lésion de l'arc postérieur. Restent donc 14 cas, à résultat plus ou moins satisfaisant. Dans 3 (Blair, Stemen 2), le siège de la lésion est inconnu. Le cas d'Alban Smith n'a pas grande valeur (1). Dans 3 autres (Walker, Potter, Allingham), les lésions siégeaient au-dessus de la région lombaire. Mais, dans le cas de Walker, l'opération fut faite le jour qui suivit l'accident, et il n'est pas prouvé qu'une guérison spontanée ne serait pas survenue. L'amélioration, dans ceux de Potter et d'Allingham, fut au moins minime.

Restent donc les cas d'Edwards, Blackman, Gordon, Mac Ewen, Lauenstein, Horsley, Dawbarn, dans lesquels la lésion affecta respectivement une des vertèbres lombaires, le sacrum, la douzième dorsale ou première lombaire, la douzième dorsale, la jonction de la douzième dorsale avec la première lombaire, la onzième dorsale, la jonction des deux dernières dorsales.

De ces 7 cas, la queue de cheval fut sûrement seule atteinte dans les deux premiers ; dans le troisième, la partie terminale de la moelle fut sans doute maltraitée ; et les centres vésicaux et rectaux n'eurent aucune part, du moins le dernier, à la guérison. La même remarque s'applique au quatrième cas ; la guérison partielle, dans le sixième, est due sans doute à la réparation des nerfs racines et non de la moelle. Dans le septième, l'amélioration fut vraiment presque nulle. »

Dans le cinquième, seul, on peut invoquer quelque réparation du côté de la moelle.

Le cas de Decès paraît pouvoir être rapproché de ce dernier.

Il semble donc que la trépanation, dans les cas de lésion de la queue de cheval, soit justifiable et utile.

Elle n'est cependant pas applicable à tous les cas : certains guériront sans intervention. Nous rapportons ici les propres paroles de Thornburn : « Comme pour la queue de cheval, aussi bien que pour les nerfs périphériques, les chances de guérison ne semblent pas notablement diminuées par l'expectation, on attendra. L'expérience montre que, si la guérison spontanée doit avoir lieu, elle ne sera pas longue à commencer, et marchera progressivement.

(1) Pour les uns, ce malade serait mort; pour d'autres, il aurait été légèrement amélioré.

Aussi, je suis assez disposé à conclure cette règle que si, à la fin de six semaines, il n'y a pas de guérison, ou si la guérison s'est arrêtée, alors, mais alors seulement, nous devrons opérer pour écrasement de la queue de cheval. »

Thornburn a trépané cinq fois le rachis pour lésions traumatiques. Une fois seulement il eut une guérison complète. La lésion était confinée à la queue de cheval, et quatre mois et demi s'étaient écoulés depuis l'amélioration. Les symptômes s'étaient d'abord améliorés; mais depuis huit semaines l'état était stationnaire. On trouva une grande quantité de tissu cicatriciel, qui comprimait les nerfs de la queue de cheval; avec l'ablation de ce tissu, l'amélioration recommença et l'état définitif fut des plus satisfaisants.

Une autre fois le déplacement était à la jonction de la dernière dorsale et de la première lombaire. L'écrasement portait donc, non seulement sur les nerfs de la queue de cheval, mais sur l'extrémité du cône médullaire. Après l'accident, il y eut une amélioration passagère, qui, quatre mois après, s'arrêta. L'opération mit à nu du tissu cicatriciel qui fut enlevé et l'on trouva la corde presque complètement sectionnée. L'amélioration fut à peu près nulle, sauf pour les racines lombaires supérieures, qui quittant la moelle, au dessus du siège de la lésion, forment le commencement de la queue de cheval.

Les considérations de Thornburn sont capitales : elles nous semblent délimiter, pour la trépanation rachidienne, un champ opératoire très net; mais nous l'avons vu les restrictions que fait l'auteur pour les interventions siégeant plus haut nous semblent trop radicales. Elles diminueront encore de valeur lorsqu'un diagnostic plus précis sera possible.

VIII

Conclusions. — Nous n'en sommes plus au temps où l'on n'opérait qu'avec cette seule considération qui servait d'indication opératoire : « Le malade est perdu si l'on n'intervient pas », et avec ce but, qui était celui de Cooper : « Sauver, si possible, un malade sur cent. » On peut actuellement, croyons-nous, poser les conclusions suivantes :

1° La trépanation est inutile :

Lorsque, la moelle ayant été contuse, les fragments, déplacés au moment du traumatisme, ont repris leur place normale.

2° La trépanation est presque sûrement utile :

a. Lorsque la moelle est comprimée entre le corps et un arc postérieur;

b. Lorsqu'il y a compression médullaire par hématorrachis.

On attendra, dans ces deux cas, le moins longtemps possible, à cause de l'extrême rapidité avec laquelle paraissent les dégénérescences secondaires.

3° La trépanation est absolument indiquée :

a. Lors de symptômes médullaires dus à la compression de la moelle, par des fragments postérieurs. On opérera le plus tôt possible;

b. Lors de compression de la queue de cheval, quelle qu'en soit la cause (fragment postérieur ou antérieur, tissu cicatriciel). On opérera au bout de quelques mois, lorsque l'état sera stationnaire depuis quelques semaines.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

349. M. Choppin. Marche de la pneumonie caséeuse chez l'enfant. — 350. M. Four. Des hémorrhagies du tube digestif dans la terminaison de la cirrhose alcoolique. — 351. M. Blin. De l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire de persécution. — 352. M. Lecomte. Recherches bibliographiques et cliniques sur le traitement palliatif des corps fibreux par l'électricité, les injections d'eau chaude, le curetage de l'utérus, le massage, l'ergot de seigle et l'hydrastis canadensis. — 353. M. Gendron. Etude sur les troubles oculaires d'origine utérine. — 354. Mme Pokitonoff. Contribution à l'étude des complications oculaires de l'influenza. — 355. Mlle Jakubowska. Des résultats immédiats et éloignés du traitement électrique des fibromes utérins par la méthode de M. le docteur Apostoli. — 356. M. Maerle. Contribution à l'étude du sulfonal et de son action hypnotique chez les aliénés. — 357. M. Goisque. De la trachéotomie dans le cancer de l'œsophage. — 358. M. Gasser. Études bactériologiques sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. — 359. M. Barisien. Paralysies et polypes des cordes vocales. — 360. M. Blaizot. Traitement des tuberculoses chirurgicales par les injections médicamenteuses. — 361. M. Lacaze-Duthiers. Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie par un procédé nouveau. — 362. M. Murray. Recherches sur la durée de la délivrance chez les primipares et les multipares. Conduite à tenir. — 363. M. Mathieu. Du signe de Frédéric Müller dans l'insuffisance aortique. — 364. M. Langry. La commune de Fort-Mardick. — 365. Mlle Roussel. Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus. — 366. M. Saint-Cyr de Montlaur. Étude des signes de la pointe dans l'insuffisance aortique. — 367. M. Lombardi. Considérations sur la valeur thérapeutique de l'électrolyse dans la cure des rétrécissements.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 31 juillet 1890, la chaire de médecine opératoire de la Faculté de Lille prend le titre de chaire de clinique ophthalmologique.

M. de Lapersonne, agrégé des Facultés de médecine, est nommé, à partir du 1er novembre 1890, professeur de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine de Lille.

— Par décision ministérielle, en date du 30 juillet 1890, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

MM. les médecins aides-majors de première classe Rivière, pour les hôpitaux militaires de Tunisie; Grusou, pour le 15e régiment de dragons.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 juillet 1890, il a été décerné une médaille d'argent à M. le docteur Heylles, médecin des épidémies de l'arrondissement de Castelnaudary.

— M. le docteur Potocki est nommé chef de clinique obstétricale.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Voici les résultats des divers concours pour les prix de l'année scolaire 1889-1890.

Première année : cinq concurrents, le prix n'est pas décerné.

Deuxième et troisième années (*Anatomie et physiologie*) : trois concurrents, prix : M. Paul Parisot; mention très honorable : M. André Stroup.

Quatrième année : *Médecine* (deux concurrents), prix : M. Paul Weil; mention honorable : M. Jules Sterne. — *Chirurgie* : prix : M. Charles Mouginet.

Prix de l'internat, fondé par le docteur Bénit (quatre concurrents), prix : M. Thiébaut; mentions honorables *ex æquo* : MM. Frœlich et Prautois.

— *École de médecine de Caen.* — M. Wiart est nommé prosecteur.

— La « Société des Amis de l'Université de Nancy » vient de se constituer. Elle a élu son comité définitif composé de trente-six membres choisis parmi les personnalités les plus distinguées de l'enseignement supérieur, de l'armée, du barreau, de l'industrie, du commerce et de l'agriculture. Les souscriptions ont, en quelques jours, atteint le chiffre de plus de 30 000 francs. L'usine Solvay (de Dombasle) offre, à elle seule, une somme de 10 000 francs. Le bureau définitif est composé ainsi qu'il suit : Président, M. le général Hanrion, ancien commandant de corps d'armée ; vice-président, M. Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine ; secrétaire général, M. Blondel, professeur à la Faculté de droit ; secrétaire-archiviste, M. Lambert des Cilleuls, secrétaire de la Faculté de médecine ; trésorier, M. Collin, notaire. M. Gavet, agrégé chargé de cours à la Faculté de droit, président d'honneur de la Société générale des étudiants, a été nommé président d'honneur de la Société des Amis de l'Université.

La ville de Nancy a fait l'acquisition des vastes terrains situés derrière la nouvelle église Saint-Pierre, à côté du nouvel hôpital civil, et dans lesquels seront construits l'Institut anatomique et divers bâtiments destinés aussi à plusieurs services de la Faculté de médecine. La pose de la première pierre aura lieu, à la rentrée, à l'époque de l'inauguration officielle de l'Institut chimique. Ainsi sera complétée la vaste organisation de l'enseignement supérieur à Nancy. Il faut, en effet, remarquer que la ville de Nancy compte, outre les quatre Facultés et l'École supérieure de pharmacie, une grande école, unique en France, l'École forestière, et d'autres écoles telles que : l'École d'agriculture de Tomblaine et l'École régionale des beaux-arts, dont le développement de l'Université assurerait aussi la supériorité et le relèvement du niveau des études.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur L. Deligny (de Toul), médecin des eaux de Saint-Gervais (Haute-Savoie). Notre jeune et distingué confrère a été victime d'un accident (rupture d'un essieu), survenu dans une promenade en voiture vers la montée des Egrats ; et celles de MM. les docteurs Byford, professeur de gynécologie à Chicago ; O. Bertin (de Creully) ; Feulard (de Paris) ; de Saint-Moulin (de Bruxelles).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, 3 août 1890.

Voici la période des vacances, la Faculté de médecine a suspendu ses cours et clos ses examens, la Société de chirurgie vient de tenir sa dernière séance. L'Académie va, à peu près seule, laisser sa tribune ouverte à toutes les communications scientifiques.

En revanche, si la science prend congé de Paris, d'intéressantes réunions vont avoir lieu en France et à l'étranger. A Berlin, le Congrès international des sciences médicales vient de s'ouvrir aujourd'hui, et prochainement les membres de l'Association française pour l'avancement des sciences vont se réunir à Limoges. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de tout ce qui pourra les intéresser, dans ces deux grandes assemblées scientifiques.

Nous commençons aujourd'hui même en donnant une intéressante communication de MM. Dieulafoy, Chantemesse et Widal, au Congrès de Berlin, sur une pseudo-tuberculose mycosique.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

Une pseudo-tuberculose mycosique

Par MM. DIEULAFOY, CHANTEMESSE et WIDAL.

Nous avons suivi l'évolution d'une pseudo-tuberculose d'origine mycosique, sévissant sur les jeunes pigeons venus du Mâconnais ou d'Italie et vendus sur les marchés de Paris. Parmi ces animaux, il en est qui sont atteints d'une maladie de la bouche désignée vulgairement du nom de chancre. Les auteurs s'accordent à considérer cette lésion comme le produit de la diphthérie des pigeons, mais nous avons reconnu qu'à côté de ces tumeurs buccales, d'origine diphthéritique, il existait d'autres tumeurs dues à la végétation d'un champignon. Les animaux atteints de cette mycose présentent des lésions restant parfois localisées à la cavité buccale, mais qui, le plus souvent, se généralisent au poumon, au foie et plus rarement à l'œsophage, à l'intestin, aux reins. La lésion, localisée au plancher buccal, prend la forme d'un nodule blanchâtre d'apparence caséeuse, du volume d'un poids à celui d'une petite noisette. Dans le poumon, elle affecte la forme de granulations tuberculeuses typiques, représentées par des tubercules miliaires, tantôt transparents, tantôt opaques, isolés, disséminés ou agglomérés en masses caséeuses, à la façon des tubercules de Laënnec. Ces tumeurs ne renferment pas de bacilles de la tuberculose, mais contiennent à leur centre un mycélium de champignon. Les cultures, faites dans le laboratoire de M. le professeur Cornil, avec l'aide M. Fayod, nous ont montré que ce champignon présentait tous les caractères de l'aspergillus fumigatus. Ses spores ne germent pas au-dessous de 15 degrés, et son mycélium prospère surtout à une température voisine de celle du corps humain. La culture au début revêt une couleur verdâtre, qui bientôt vire à la teinte terreuse ou grisâtre.

En inoculant des spores de l'aspergillus fumigatus ainsi cultivé à des pigeons, nous avons obtenu expérimentalement, suivant la voie d'inoculation et suivant la dose inoculée, une évolution plus ou moins rapide des différentes lésions tuberculeuses qui se développent spontanément chez ces animaux. L'inoculation, pratiquée dans la veine axillaire du pigeon, amène la mort en trois ou quatre jours. Les lésions tuberculeuses portent alors principalement sur le foie qui est farci de granulations miliaires, moins grosses qu'une tête d'épingle ; le poumon ne contient que quelques granulations très petites et discrètes.

Injectées dans la trachée, les spores tuent les animaux en un temps plus long, variant de dix à vingt jours, suivant la dose. Les lésions sont alors prédominantes dans le poumon où les tubercules agglomérés peuvent simuler des blocs d'infiltration pneumonique ou former des masses caséeuses.

Les lésions histologiques, qui sont de tous points comparables à celles de la tuberculose bacillaire, sont particulièrement intéressantes à étudier dans les différentes formes de cette mycose. Sur une coupe du poumon, colorée par la méthode de Weigert, on voit une grande quantité de nodules tuberculeux entourés, à leur périphérie, de cellules géantes.

On peut suivre facilement l'évolution de ces nodules. Les plus jeunes sont formés par une agglomération de cellules leucocytiques ou épithélioïdes autour d'un ou de plusieurs rameaux mycéliques. Les granulations plus anciennes présentent à leur centre un feutrage de mycélium, dont les rameaux entrelacés se colorent mieux à la périphérie, au voisinage immédiat des cellules géantes. Dans certains cas,

le tubercule est uniquement représenté par une très grande cellule à noyaux multiples, dont le protoplasma contient une ramification de mycélium, soit vivante et bien colorée, soit altérée dans sa structure, moniliforme, décolorée et comme en partie digérée par la phagocytose, pour dire le mot.

Les rameaux mycéliques apparaissent parfois disséminés et espacés au milieu d'une grande masse de cellules dites embryonnaires.

Quelques-uns de ces tubercules ont atteint l'évolution fibreuse ; le centre n'est plus représenté que par un protoplasma fibrillaire contenant de petits blocs bleuâtres, vestiges du champignon, ou même ne renfermant plus rien, comme si le tubercule avait détruit le parasite, preuve d'une guérison locale.

Autour de ces tubercules, l'infiltration leucocytique s'étend parfois jusque dans les alvéoles adjacentes, constituant ainsi des blocs de pneumonie, sillonnés de vaisseaux à volume variable.

Certains de ces vaisseaux sont remplis d'un coagulum de globules blancs, les autres sont dilatés et gorgés de globules rouges. Cette congestion sanguine péri-tuberculeuse est toujours très développée.

L'aspergillus peut végéter dans les canaux bronchiques et pousser ses prolongements jusqu'à la surface de la plèvre, qu'il recouvre alors d'une couche de moisissure.

Nous avons pu saisir, dans un cas, un des modes étiologiques de la maladie. Chez un de nos pigeons mort de tuberculose mycélique spontanée, nous avons trouvé dans une bronche une graine alimentaire formant le centre de l'infiltration tuberculeuse du poumon. Ce corps étranger avait évidemment servi de véhicule aux spores de l'aspergillus.

Il y a longtemps déjà que des moisissures ont été retrouvées dans les sacs aériens de certains animaux et surtout des oiseaux. Les premières observations, celles de O. C. Mayer notamment, remontent au commencement de ce siècle. En ces dernières années, Grawitz s'est attaché à démontrer les qualités infectieuses de certains aspergillus, en injectant leurs spores dans le système circulatoire du lapin, et Lichteim a prouvé que le rôle prépondérant revenait à l'aspergillus fumigatus.

La propriété de déterminer des lésions simulant macroscopiquement le tubercule avait été signalée par M. Bouchard en 1864 ; et M. Laulanié, en 1884, étudiant la pneumonie déterminée expérimentalement chez le lapin, par injection dans le sang de spores de l'aspergillus glaucus, décrivait des follicules développés dans l'intérieur des capillaires.

Aujourd'hui que la question des pseudo-tuberculoses est à l'ordre du jour, il nous a paru intéressant de démontrer qu'il existait une tuberculose mycosique aspergilleuse, dont les diverses lésions histologiques sont calquées sur celles de la tuberculose commune. Cette maladie doit prendre rang à côté des pseudo-tuberculoses microbiennes signalées en ces derniers temps.

Cet aspergillus fumigatus possède des propriétés pathogènes envers un grand nombre d'espèces animales. Chez le canard, au cours d'une épizootie ayant sévi au Jardin d'acclimatation de Paris, M. Cornil a reconnu l'existence d'une tuberculose due à la végétation de ce champignon. Chez un singe auquel nous avions injecté quelques spores dans la trachée nous avons retrouvé dans les bronches une végétation mycélique.

L'aspergillus fumigatus étend jusqu'à l'espèce humaine ses propriétés pathogènes et le contact avec des animaux contaminés est susceptible de déterminer chez l'homme des pneumopathies particulières.

Il existe à Paris une classe d'individus exerçant la profession de gaveurs de pigeons. Chez eux, il est de notion vulgaire que le gavage occasionne à la longue une maladie chronique du poumon. Nous avons pour notre compte observé trois gaveurs atteints d'une pneumopathie, dont l'évolution est celle de la tuberculose pulmonaire chronique. Elle est caractérisée par de l'essoufflement, de la toux, de l'expectoration purulente, de petites hémoptysies à répétition et parfois des manifestations pleurales. L'examen de la poitrine décèle des signes de bronchite et d'induration pulmonaire, en général localisée, se révélant par la faiblesse de la respiration et un peu de submatité. La température est relativement peu élevée et cependant les malades pâlissent, maigrissent et passent par des périodes d'aggravation et d'amélioration. Chez l'un d'eux nous suivons ces alternatives depuis plus de deux ans. Dans aucun cas nous n'avons constaté la présence de bacilles de Koch dans les crachats.

La similitude des symptômes présentés par ces trois hommes exerçant le même métier nous a fait rechercher si leur maladie ne relevait pas d'une même cause inhérente à leur profession.

Partant des faits cliniques nous avons été amenés à étudier la pseudo-tuberculose de pigeons, dont nous avons retracé l'histoire.

Les gaveurs attribuent leur maladie pulmonaire à leurs efforts d'expiration constants. Pour pratiquer le gavage, ils emplissent leur bouche d'un mélange d'eau et de graines, puis, ouvrant le bec de l'animal, ils y appliquent leurs lèvres pour chasser par expiration une partie du mélange. Chaque homme, dans certains établissements, peut gaver ainsi quelques milliers de pigeons par jour.

Ce n'est pas à cette origine mécanique qu'il faut, suivant nous, attribuer leurs pneumopathies, mais vraisemblablement à l'aspergillus puisé soit à la surface des graines dont ils s'emplissent la bouche, soit au contact direct de la tumeur buccale des pigeons.

La preuve absolue du diagnostic en pareille matière ne peut être fournie que par une autopsie, mais l'examen microscopique et l'inoculation des crachats de nos malades, nous ont fourni des résultats remarquables. A plusieurs reprises, mais non régulièrement, nous avons remarqué dans l'expectoration sanguinolente la présence de petits filaments portant une ou deux ramifications que l'on pouvait considérer comme des fragments de mycélium. L'inoculation d'un crachat de malade à un pigeon a produit une fois une tuberculose mycosique due à l'aspergillus fumigatus. D'autre part, chez un homme, aujourd'hui en voie de guérison, et qui rendait une expectoration muco-purulente teintée de sang, l'ensemencement des crachats, sur des tubes de gélose mis à l'étuve, a fourni la culture d'une colonie du même aspergillus.

Ces faits sont à rapprocher de ceux où l'on a constaté chez l'homme la présence de l'aspergillus fumigatus.

Les maladies de l'oreille, causées par le développement de ce champignon et signalées pour la première fois par Meyer, en 1844, ont été depuis fréquemment observées, comme en témoigne le mémoire récent de Siebermann. L'aspergillus a été rencontré aussi dans les fosses nasales

et sur la conjonctive. Mais les cas où l'on a pu le constater dans le poumon de l'homme intéressent plus particulièrement notre sujet. Pour ne citer que les faits les plus importants, nous signalerons les quatre cas observés par Virchow, en 1856, celui de Friedreich, de Würzbourg, de Dusch et Pagenstecher, le cas de Fürbringer dont le diagnostic, en raison de l'examen des crachats, fut porté pendant la vie du malade et vérifié à l'autopsie, et enfin celui plus récent de Lichteim où l'aspergillus fumigatus fut nettement caractérisé.

Puisque des pneumopathies aspergilleuses ont été parfois signalées chez l'homme, nous sommes en droit de soupçonner la même affection chez nos malades en raison des qualités de leur expectoration et de leur contact prolongé avec des animaux ou avec des graines alimentaires contaminées par le même aspergillus.

Notre but, en présentant cette note, n'a donc pas été d'étudier seulement une pseudo-tuberculose mycosique intéressante au point de vue de l'anatomie pathologique; nous avons voulu aussi appeler l'attention des médecins et des hygiénistes sur une variété rare de pneumopathie, causée par la présence d'un champignon.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la pleurésie purulente en Allemagne.

[CONGRÈS DE MÉDECINE DE VIENNE (1)]

Le traitement de la pleurésie purulente, mis à l'ordre du jour du Congrès de médecine de Vienne, vient de donner lieu à une importante discussion. Sans résumer toutes les opinions émises, il y a quelque intérêt pratique à dégager de l'ensemble des communications faites : 1° les principaux modes de traitement actuellement en honneur en Allemagne; 2° les indications et contre-indications spéciales à chacun de ces modes de traitement.

I

L'intervention opératoire, aussi précoce que possible, constitue la règle généralement adoptée dans la pleurésie purulente. Mais les avis restent un peu partagés sur le meilleur mode d'intervention. Les uns, Immermann, Curschmann, Leyden, Storch, etc., préfèrent souvent un procédé de douceur : le drainage avec aspiration permanente. Les autres, Schede, Hofmokl, Ziemssen, Fürbringer, Runeberg, etc., restent fidèles à l'incision, qu'ils font même dans des conditions plus larges qu'en France. Quant à la thoracentèse, combinée même avec le lavage ou l'irrigation, elle est condamnée à peu près par tous; moyen de diagnostic précieux et qui ne saurait être trop employé, elle n'est qu'un moyen fort infidèle de traitement.

a. Le drainage, avec aspiration permanente, a pour principe d'assurer l'évacuation du pus sans permettre l'entrée de l'air dans la plèvre. En maintenant ainsi le vide dans la cavité pleurale, on assure le déplissement du poumon aussi rapide et aussi complet que possible. La technique opératoire consiste : 1° à faire une ponction avec un gros trocart; 2° à introduire immédiatement, par la canule du trocart, un drain communiquant d'autre part avec un long tube en caoutchouc. L'écoulement du pus forme siphon. La canule retirée, drain et tube sont laissés à demeure, l'extrémité du tube descendant jusqu'au sol et plongeant dans un vase plein d'une solution antiseptique. Parfois, il est nécessaire de faire un peu d'aspiration pour amorcer le siphon ou pour rétablir l'écoulement arrêté, quand le pus est épais et grumeleux. Les lavages ne sont pratiqués que dans le cas de fièvre seulement.

b. L'incision est faite très largement; elle est presque toujours accompagnée de la résection sous-périostée d'un fragment de côte pour mieux assurer l'évacuation. Cette résection doit porter sur la dixième, neuvième ou huitième côte. Le lieu d'élection est donc plus déclive que dans notre incision ordinaire. Non seulement le pus est évacué, mais les grumeaux sont enlevés aussi complètement que possible à l'éponge montée et même avec une longue curette. Un seul lavage, ou même, pour Runeberg, pas de lavage. Dans les cas d'écoulements putrides, Hofmokl fait suivre le lavage à l'eau boriquée d'un lavage avec une certaine quantité de glycérine ou d'éther iodoformé à 10 p. 100. Pansement antiseptique aussi soigné que possible.

Kuster préconise un mode opératoire encore plus hardi. Dans les grands empyèmes, il fait une première incision antérieure, aussi voisine que possible des insertions du diaphragme. Il cherche, avec une sonde introduite à travers le foyer, le point le plus déclive en arrière et fait, à ce niveau, une contre-incision très large, avec résection d'un fragment de côte. Il établit un drainage complet à travers la poitrine. C'est là un procédé qu'on ne saurait généraliser, mais qui peut être fort utile dans les empyèmes cloisonnés.

La résection d'un fragment de côte, acceptée à peu près dans tous les procédés, nécessite l'anesthésie par le chloroforme. Cette anesthésie serait sans dangers ni inconvénients, sauf dans des cas rares d'affaiblissement exceptionnel.

II

a. Le drainage avec aspiration permanente a donné, sur 57 cas, 3 morts et 49 guérisons en quelques semaines; 5 cas durent faire l'objet d'opérations ultérieures. Ses résultats sont donc fort beaux.

C'est surtout dans les empyèmes récents qu'il réussit. Son emploi est moins favorable, quand il y a des adhérences étendues, quand le pus est épais ou crémeux. Dans les empyèmes fétides, il doit être entièrement rejeté. Chez les sujets très affaiblis, dans les empyèmes doubles, la substitution de ce procédé à l'incision devient une nécessité. Alors même qu'il ne réussit point complètement, il soulage et relève assez le malade pour qu'on puisse ultérieurement recourir à une opération plus grave.

Son inconvénient majeur consiste dans la minutie des soins consécutifs. Le drain s'oblitère assez souvent. L'appareil est difficile à maintenir en place, impossible même chez les enfants, les sujets agités. Sur la fin surtout, quand la cavité est très rétrécie, il tombe très fréquemment. C'est donc plutôt, ainsi que le fait remarquer Immermann, un procédé d'hôpital, où la surveillance la plus minutieuse peut être exercée, qu'un procédé de clientèle de ville.

Un inconvénient moins sérieux, de ce procédé, est de nécessiter assez souvent, pour la guérison complète, quelques opérations complémentaires. Il reste à la fin une

(1) D'après le *Centralbl. f. Klin. Med.*, 1890, n° 27.

cavité minime, une fistule qui peut obliger à des grattages ou a des petites résections costales.

b. La mortalité moyenne après l'incision serait 16 à 20 p. 100. L'état cachectique du malade, la tuberculose ne sont pas toujours une contre-indication. Schede a obtenu une guérison chez un opéré atteint de dégénérescence amyloïde du foie avec anasarque et ascite. Sur quatre tuberculeux avérés, il n'eut qu'un seul insuccès.

En outre des caractères apparents du pus (fétidité, grumeaux), l'examen microscopique et bactériologique doit fournir des indications. Maydl montre, par exemple, que les empyèmes, suite de kystes hydatiques de la plèvre, ne guérissent bien que par l'incision. La mortalité, qui monte encore avec ce dernier procédé à 25 p. 100, s'élève avec la ponction à 63 p. 100. La présence et l'abondance des streptocoques dans le liquide retiré par la ponction exploratrice, sont une indication de l'incision. Dans le cas où il n'existe que des pneumocoques, on peut essayer de procédés moins radicaux. La résorption spontanée serait même assez fréquente.

c. Dans les cas de fistules persistantes, l'opération d'Estlander semble moins en faveur qu'autrefois. Schede montre qu'elle ne réussit guère que dans les pyo-pneumothorax partiels. Quand la plèvre entière a suppuré, que le poumon a été complètement refoulé, les résultats restent fort imparfaits. Il propose, dans ces cas rebelles, une opération plus complète comprenant non seulement la résection des côtes, mais celle de la paroi thoracique (muscles intercostaux, périoste, plèvre épaissie). Mais l'opinion moyenne semble être bien plutôt de restreindre l'emploi et l'étendue de l'opération d'Estlander que de chercher une opération plus complète.

Tels sont les principaux conseils pratiques mis en lumière par la discussion. Peut-être n'est-il point inutile d'ajouter une recommandation qui, pour être d'ordre banal, ne doit pas être oubliée. « Le traitement chirurgical de l'empyème, en remplissant l'indication fondamentale d'assurer l'évacuation du pus, offre une grande importance. Mais le traitement de l'état général qui, seul, assure la cicatrisation de la cavité, offre une importance au moins égale. Pour ma part, les rares empyèmes que j'ai vus complètement guérir sont ceux qui avaient pu être placés dans des conditions hygiéniques exceptionnelles. Si vous n'assurez pas à votre opéré de l'air, du soleil, une excellente nourriture, voire même de la distraction, vous aurez rarement, malgré les soins chirurgicaux les plus minutieux et l'emploi de tous les toniques pharmaceutiques, un résultat satisfaisant. »

Dr A.-F. Plicque.
Ancien interne des hôpitaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 août 1890. — Présidence de M. Nicaise.

COMMUNICATION

Appendicite; traitement. — M. Reclus. Le traitement des inflammations de l'appendice vermiculaire est à l'ordre du jour. M. Reclus a eu l'occasion d'observer plusieurs malades atteints de cette affection.

Dans un premier cas, il y avait deux poches purulentes. La première, facilement accessible, fut ouverte. La seconde existait en arrière et en dehors du cæcum. L'appendice iléo-cæcal fut sectionné entre deux ligatures. On dut lier une artère située dans le méso. On pratiqua soigneusement la désinfection du foyer pathologique qui fut rempli de gaze iodoformée.

Malgré cette intervention, le malade mourut dix-huit heures après. A l'autopsie, on constata que les deux poches avaient été bien nettoyées et qu'il n'existait aucune autre collection purulente.

La deuxième observation a trait à un individu opéré il y a quinze jours, et qui, depuis deux ans, souffrait du flanc droit. On avait cru à l'existence de coliques hépatiques.

Un jour, après un voyage assez long, ce malade fut pris de douleurs très vives dans le flanc droit. Les douleurs irradiaient du côté des organes génitaux. Les phénomènes douloureux étaient accompagnés de vomissements, de petitesse du pouls, etc. Les symptômes péritonéaux s'amendèrent et, pendant quinze jours, il y eut un répit des accidents. Durant cette période d'accalmie, on constata, dans le flanc droit du malade, l'existence d'une tuméfaction assez manifeste. L'état général du patient n'était pas bon. M. Reclus redoutait la chloroformisation. Il se contenta de faire des injections sous-cutanées avec du chlorhydrate de cocaïne. L'anesthésie fut suffisante. M. Reclus incisa la peau sur une étendue de 15 centimètres au niveau même de la tuméfaction. Il y avait un certain degré d'œdème de la paroi. On arriva sur l'abcès, qui contenait une grande quantité de pus. L'appendice vermiforme fut reconnu. On essaya de le dégager. Mais il était fixé par des adhérences nombreuses. Cette fois encore, M. Reclus constata l'existence de deux poches. La collection, située à la partie postérieure et externe du cæcum, fut longue et difficile à désinfecter. L'opération fut menée à bien et le résultat définitif est excellent.

M. Reclus a observé un autre malade au mois de novembre dernier. Il s'agit d'un enfant de quinze ans qui souffrait, depuis un an, d'une douleur dans la fosse iliaque droite. Les douleurs s'accompagnaient de vomissements et d'autres phénomènes péritonéaux. Tous les accidents se calmèrent. Vers le neuvième jour, on reconnut une tuméfaction assez limitée en un point situé sur une ligne reliant l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic. Une ponction, faite avec une seringue de Pravaz, permit de constater la présence du pus. L'abcès fut ouvert au bistouri, mais on n'alla pas à la recherche de l'abcès profond. On se borna à découvrir la collection située derrière la paroi abdominale antérieure.

Quelques jours après cette opération, on vit apparaître une voussure au niveau de la région lombaire. M. Reclus ouvrit la première incision, qui était en train de se fermer. Il fit pénétrer une sonde cannelée dans la profondeur et ouvrit la deuxième collection par la voie lombaire.

Les accidents du côté de l'abdomen ont disparu à la suite de cette deuxième intervention. Il s'agissait fort probablement d'une inflammation de l'appendice iléo-cæcal. Mais, dans ces cas, M. Reclus avait eu le tort de ne pas chercher la deuxième poche qui se trouve d'ordinaire derrière le cæcum.

Lorsque l'appendice s'enflamme et donne lieu à des phénomènes de péritonite, soit localisée, soit généralisée, il faut pratiquer la laparotomie.

Lorsqu'on est appelé quarante-huit ou cinquante heures après le début des accidents, on se trouve encore dans des conditions favorables, et il faut opérer. La même règle s'impose soit qu'il s'agisse de péritonite localisée ou de péritonite généralisée.

Quelle incision faut-il pratiquer? On a préconisé des incisions de toute espèce. L'incision oblique, faite parallèlement au ligament de Fallope, présente de multiples avantages.

Il ne faut pas oublier que, dans les formes aiguës, l'abcès est très souvent limité. Dans ces conditions, l'incision oblique est bonne et conduit facilement sur la collection purulente. Dans certains cas, on a pratiqué en même temps la laparotomie médiane. Quelle est la valeur de cette incision, qui semble avoir donné de bons résultats? M. Reclus n'en sait rien. Il n'a pas eu l'occasion de pratiquer la laparotomie médiane.

Chaque fois que l'on se trouve en présence d'une inflamma-

tion de l'appendice vermiculaire, ayant donné lieu à une suppuration localisée, l'on doit faire l'incision oblique sus-indiquée.

Certains chirurgiens ont dit qu'il fallait temporiser dans ces cas et que la péritonite localisée pouvait guérir spontanément, ou du moins sous l'influence d'un traitement externe (vésicatoires, etc.). Le fait est exact. Mais ces collections limitées peuvent avoir une terminaison grave. Elles peuvent s'ouvrir soit dans l'intestin, soit diffuser dans le reste du péritoine. Dans cette dernière éventualité, une péritonite généralisée suraiguë amène rapidement la mort. Il faut donc opérer et ne pas s'en rapporter aux efforts de la nature.

M. Reclus décrit, avec d'autres auteurs, différents types d'abcès dus à la suppuration de l'appendice vermiculaire.

Le type iléo-inguinal est caractérisé par l'existence d'une double collection purulente : un abcès antérieur et un abcès postérieur. Il faut vider ces poches par l'incision oblique.

Le type antérieur se manifeste par une voussure qui soulève la paroi abdominale, sur une ligne qui s'étend de l'épine iliaque antérieure à l'ombilic.

A côté de ce type antérieur, il y a lieu de signaler le type postérieur. Dans ce cas, l'abcès est adhérent à la paroi postérieure. D'ordinaire, comme il a été déjà dit, il y a deux abcès : l'un antérieur et l'autre postérieur.

Enfin, il faut mentionner le type rectal. La collection purulente fuse dans le petit bassin et va s'ouvrir dans le rectum. Dans ces cas, on a préconisé l'ouverture de l'abcès par la voie rectale. M. Reclus pense que l'abcès méso-cœliaque, qui glisse dans le petit bassin, doit être traité par la laparotomie médiane.

Quand il existe une inflammation de l'appendice vermiculaire, quelle doit être la conduite du chirurgien ?

Les uns disent qu'il faut ouvrir le ventre et sectionner l'appendice, dès que les douleurs apparaissent. Certains auteurs ont même préconisé l'ablation systématique de tous les appendices vermiculaires.

Cette opinion ne se discute même pas. Dès la première crise d'appendicite, il faut se contenter d'observer le patient. L'opération n'est pas encore indiquée. Si une deuxième crise apparaît, si surtout on constate l'existence d'une tumeur plus ou moins volumineuse dans le ventre, on est en droit de faire l'opération et de pratiquer la résection de l'appendice.

RAPPORT

M. DELENS lit un rapport sur un travail de M. le docteur Roland (de Tours).

LECTURES

Traitement des suppurations pelviennes par l'incision vaginale. — M. POLAILLON lit, au nom de M. Laroyenne (de Lyon), une lettre sur ce sujet :

M. Laroyenne écrit que, depuis longtemps, il ouvre par le vagin les collections purulentes qui siègent dans l'ovaire, la trompe ou les ligaments larges.

Il pratique la ponction de l'abcès avec un instrument spécial. Il débride ensuite, sans se préoccuper de l'hémorrhagie, qui peut être abondante. Pour arrêter le sang, M. Laroyenne glisse dans la plaie une éponge volumineuse soigneusement désinfectée. Il l'enlève le lendemain. L'éponge, en se dilatant, fait l'hémostase.

M. Laroyenne n'est pas du même avis que M. Bouilly. La bilatéralité des lésions des annexes n'est pas, pour le chirurgien de Lyon, une contre-indication à l'incision par la voie vaginale. Même quand il existe un abcès dans chaque trompe, une seule incision vaginale suffit pour ouvrir les deux collections purulentes et amener la guérison.

Des injections sont ensuite faites pour assurer l'asepsie.

Fracture des quatre derniers métatarsiens et de la première phalange du pouce; diabète; sphacèle; opération. — M. HACHE lit un travail sur ce sujet.

COMMUNICATION

Résection du genou. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. La statistique que présente M. Lucas-Championnière porte sur quarante-quatre cas. Il n'y a pas eu une seule terminaison fatale. Chez un malade déjà cicatrisé, il y a eu récidive et mort cinq mois après l'opération. Tous les autres sujets ont eu des membres utiles après l'intervention chirurgicale. Les muscles des opérés se développent.

Les opérés peuvent marcher deux mois environ après le début de leur première tentative de déambulation.

M. Lucas-Championnière a opéré des sujets jeunes. Un seul de ses malades avait cinquante ans. Il vaut mieux pratiquer la résection sur des sujets ayant dix-huit à trente ans.

M. Lucas-Championnière a toujours guéri ses opérés par première intention. Jamais ils n'ont eu de fistule.

La résection du genou n'a aucune action défavorable sur l'état général des tuberculeux. Bien au contraire, il a toujours vu l'état général s'améliorer considérablement après l'opération. Le sujet qui a subi la résection du genou se transforme à vue d'œil. Souvent les lésions tuberculeuses des poumons s'amendent et guérissent.

La résection du genou doit être une opération exacte, minutieuse, totale. Pour qu'elle réussisse, il faut qu'elle soit complète. Il ne s'agit donc pas de faire une opération rapide, brillante ; il faut enlever tout ce qui est malade.

Les suites opératoires ne sont pas douloureuses.

M. Lucas-Championnière se sert de la bande d'Esmarch, qui facilite le nettoyage de l'articulation. Le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis pratique une énorme incision courbe à convexité inférieure. Après avoir exactement nettoyé l'articulation, après avoir poursuivi et détruit les fongosités apparentes, M. Lucas-Championnière scie les os d'avant en arrière et commence par le fémur.

Lorsque les os ont été enlevés, il gratte soigneusement les fongosités avec une curette.

M. Lucas-Championnière se servait autrefois de catgut pour faire les sutures osseuses. Depuis dix-huit mois, il emploie des fils d'argent, qui permettent d'établir une juxtaposition parfaite.

L'auteur met un drain sur les parties latérales. M. Lucas-Championnière est, contrairement à M. Bœckel, partisan du drainage, qui présenterait de nombreux avantages. Le pansement post-opératoire est d'une grande importance. Il se fait avec de la gaze iodoformée et de l'ouate de tourbe autour du genou. Un appareil plâtré, avec attelle postérieure en fil de fer, immobilise la jointure.

On ne doit pas toucher au membre avant le vingtième jour. A ce moment, on met un appareil silicaté.

M. Lucas-Championnière insiste sur la nécessité d'obtenir une guérison sans suppuration. Il ne faut pas que l'opéré puisse s'asseoir, de façon à éviter tout déplacement. Après avoir enlevé l'appareil silicaté, M. Lucas-Championnière met à l'opéré une genouillère en cuir bouilli, qu'il doit porter indéfiniment.

On donne une chaussure à semelle élevée, mais il ne faut pas que la chaussure corrige complètement la différence de hauteur qui existe après l'opération.

Les opérés ne marchent bien que si les deux membres sont d'une longueur différente.

La résection du genou n'est pas une opération de choix chez les enfants.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Ablation du rein. — M. RECLUS présente un rein qu'il a enlevé par la voie transpéritonéale. Il s'agissait d'un malade atteint de pyélo-néphrite calculeuse diagnostiquée.

La séance est levée; la Société entre en vacances jusqu'au mercredi 1er octobre.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Cours élémentaire d'anatomie générale et notions de technique histologique (1), par S. Arloing, revisé et publié par X. Lesbre.

M. S. Arloing a longtemps enseigné l'anatomie générale dans les Écoles vétérinaires de Toulouse et de Lyon ; le cours devant être fait en quelques mois seulement, il a dû s'ingénier à le rendre à la fois élémentaire, clair, intéressant et utile. Il y a certainement réussi. Son exposition est d'une grande sobriété, mais en même temps d'une grande précision. Il passe successivement en revue les tissus, les systèmes et les organes, en prenant pour point de départ la division embryologique : liquides, tissus et systèmes dérivant du mésoderme ; tissus et systèmes qui dérivent de l'ectoderme ; tissu et système (tissu épithélial) dérivant de l'entoderme ; organes dérivant de la somatopleure ; organes dérivant de la splanchnopleure. A propos de chaque tissu, de chaque système, on trouve successivement exposés la structure et l'agencement de leurs éléments cellulaires, leur développement, leur rôle dans l'économie, leurs altérations principales.

De nombreux dessins disséminés dans le volume viennent aider et éclairer l'exposition.

Ce livre est surtout destiné aux élèves des écoles vétérinaires : cela se reconnaît seulement à ce que, de loin en loin, l'auteur donne quelques détails relatifs à la structure de certains systèmes chez les animaux ; c'est ainsi qu'à propos de la peau et de ses productions cornées, se trouve donnée la structure du sabot du cheval. Ce sont là des détails qui tiennent bien peu de place dans ces leçons ; cela ne doit pas empêcher les étudiants en médecine de mettre à profit cet enseignement. Au début de l'étude de l'histologie, on est souvent gêné pour se représenter l'ensemble des choses, pour grouper les notions acquises, pour leur attribuer leur véritable signification. A ce point de vue, le livre élémentaire de M. Arloing peut être un très bon guide. Plus tard, on le lira encore avec profit, lorsqu'on voudra se remettre rapidement en mémoire les notions d'anatomie générale qui sont absolument indispensables à tout médecin qui a le souci de n'être pas simplement un empirique et de voir les choses de haut, dans leurs relations et leur ensemble. L'anatomie générale est le fondement de la biologie et de toute philosophie médicale.

A. M.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale (2), par F. Kœnig, traduit par J.-R. Comte.

La publication de la traduction du traité de Kœnig s'est continuée régulièrement ; à peine commencée il n'y a guère plus d'une année, elle livre aujourd'hui le deuxième fascicule du troisième volume, qui termine l'ouvrage. Nos lecteurs ont déjà été mis au courant de la haute valeur de ce livre, qui représente l'état actuel de la chirurgie. Ce dernier fascicule comprend l'étude des lésions des membres.

A. R.

Étude sur les diverses méthodes de traitement de l'anus contre nature (3), par le docteur L.-Eug. Gœtz.

La thèse de M. Gœtz sur le traitement de l'anus contre nature a été, avec juste raison, couronnée par la Faculté de médecine de Genève. C'est une étude consciencieuse de toutes les méthodes que le chirurgien possède pour arriver à la cure de cette infirmité répugnante, constituée par l'anus contre nature. Désireux d'être complet, M. Gœtz n'a pas négligé l'étude des anciens procédés, les seuls usités par nos vieux maîtres d'autrefois ; mais, la majeure partie de son travail est consacrée à l'étude des procédés modernes qui sont tous longuement exposés et judicieusement appréciés. Près de deux cents observations viennent contrôler et appuyer les assertions avancées par l'auteur. On peut dire que cette thèse renferme tout ce qui a été écrit d'important au sujet de la cure de l'anus contre nature. Le parallèle qui se trouve établi dans les différents procédés, les statistiques nouvelles qui sont publiées, contribuent également à augmenter l'intérêt du travail de M. Gœtz. Pour le rendre tout à fait complet, il suffirait d'ajouter les nouvelles recherches de M. Chaput (1), qui, tout récemment, et depuis la publication du travail de notre confrère de Genève, a préconisé de nouvelles méthodes opératoires, sur lesquelles l'avenir devra se prononcer.

A. R.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

(2) Gr. in-8°, t. III, 2e fascicule. Prix : 7 francs. — Paris, E. Lecrosnier et Babé.

(3) Gr. in-8°. — Genève, Stapelmohr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 août 1890, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Reclus, chirurgien à l'hôpital Broussais ; Gruby (de Paris) ; Casanova, maire de Constantine ; Azémar, membre du Conseil général de la Haute-Garonne ; Vergely (de Bordeaux) ; Deluc (d'Orthevielle) ; Michel (de Bar-le-Duc) ; Brachet (d'Aix-les-Bains).

— Par décret, en date du 31 juillet 1890, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Jouin, Goubaut, Marciguey, Berruzier et Du Magny.

— Par décret, en date du 31 juillet 1890, M. Guilland, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans le corps de santé de la marine, pour compter du 30 juillet 1890.

— Pendant les vacances de la Faculté (du 28 juillet au 11 octobre), les bureaux du secrétariat seront ouverts tous les jours aux heures ordinaires.

M. le secrétaire de la Faculté recevra le jeudi de deux heures à trois heures.

— La bibliothèque de la Faculté de médecine sera fermée du 3 août au 31 août ; elle sera ouverte les mardis, jeudis et samedis de midi à quatre heures, du 1er septembre au 12 octobre.

— L'ouverture du concours pour les prix à décerner en 1890, à MM. les élèves internes de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux et hospices (concours de chirurgie et d'accouchement), aura lieu le jeudi 11 décembre 1890, à quatre heures, à l'hôpital de la Charité.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— Le Conseil municipal de Paris vient d'émettre le vœu suivant :

« Il sera ouvert un asile sanitaire dans lequel seront envoyées les femmes reconnues malades par les médecins du dispensaire municipal. Cet asile ne pourra être, ni comme emplacement, ni comme régime, confondu avec la prison de Saint-Lazare, ni avec aucun autre établissement pénitentiaire. Il y a lieu de fonder, pour les filles mineures en état de vagabondage immoral, originaires du département de la Seine, un établissement spécial, qui devra être rattaché au service des moralement abandonnées. Une infirmerie pourra y être annexée et devra recevoir les filles mineures se livrant d'habitude à la prostitution et reconnues atteintes de maladies vénériennes. »

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1058.

— *Hôpitaux de Toulouse.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Gally, Pech, Beaudron, Pierre, de Plouvecki, Soulié, Molinié, Dardenne, Laguerre, Boisserie, Escande, Capela, Durand, Liot et Vivent.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Un congé, pendant l'année scolaire 1890-1891, est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Beaunis, professeur de physiologie.

M. René, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de physiologie à ladite Faculté.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1890-1891, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. Parisot, agrégé, clinique des maladies des vieillards; Rémy, agrégé, accouchements; Schmitt, agrégé, clinique des maladies syphilitiques et cutanées; Simon, agrégé, clinique des maladies des enfants; Langlois, docteur en médecine, clinique des maladies mentales.

Sont maintenus, pour l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions ci-après désignées :

1° Chefs de travaux : MM. Prenant, chargé des fonctions, travaux anatomiques; Voirin, travaux du laboratoire de chimie; Guilloz, travaux du laboratoire de physique; Vuillemin, travaux d'histoire naturelle.

2° Préparateurs : MM. Jacques, chimie; Durand, laboratoire de chimie, travaux pratiques; Lambert, chargé des fonctions, physique; Colin, thérapeutique; Trèche, médecine légale; Mouginet, histoire naturelle, préparateur au lieu d'aide; Parisot (Paul), histologie, préparateur au lieu d'aide; Louviot, physiologie expérimentale, préparateur au lieu d'aide; Chambelland, anatomie pathologique, préparateur au lieu d'aide.

— L'examen d'aptitude exigé : 1° des docteurs en médecine et des étudiants en médecine, pourvus de douze inscriptions, pour être admis à bénéficier, comme engagés conditionnels sous l'empire de la loi du 27 juillet 1872, des dispositions prévues par la circulaire ministérielle du 12 octobre 1886;

2° Des officiers de santé et des étudiants en médecine, pourvus de douze inscriptions, candidats aux emplois de médecins auxiliaires (décret du 6 avril 1888);

3° Des docteurs en médecine, candidats au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve ou de l'armée territoriale; — commencera le mercredi 20 août, à neuf heures du matin, à l'hôpital militaire Saint-Martin.

Afin de faciliter aux candidats le moyen d'acquérir la connaissance des matières qui font l'objet de l'examen d'aptitude, des conférences auront lieu, à partir du 1er août, de deux à trois heures de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Martin.

Les candidats désireux d'assister à ces conférences devront en faire la demande en même temps qu'ils se feront inscrire pour l'examen, dans les bureaux de la Direction du service de santé (hôtel des Invalides, corridor d'Arles).

Les docteurs en médecine et les étudiants possédant douze inscriptions valables pour le doctorat, qui, ayant contracté leur engagement conditionnel d'un an, ou sous l'empire de la loi du 27 juillet 1872, désirent être admis à réaliser leur année d'engagement dans les conditions prévues par la circulaire ministérielle du 12 octobre 1886, devront en faire la demande avant le 1er octobre, au plus tard, au directeur du service de santé du corps d'armée dans lequel les intéressés ont signé leur engagement. Ces demandes devront être appuyées, en dehors d'une expédition de l'acte d'engagement, de pièces constatant : 1° la position des candidats au point de vue de leur scolarité (savoir : copie de diplômes, certificat d'inscription); 2° l'obtention du certificat d'aptitude.

Le programme de l'examen d'aptitude comprend les matières suivantes :

1° Notions sur l'organisation générale de l'armée, la discipline et la hiérarchie militaires;

2° Notions sur l'organisation du service de santé à l'intérieur (règlement du 28 décembre 1883);

3° Notions sur l'organisation du service de santé en campagne (règlement du 25 novembre 1889);

4° Fonctionnement des infirmeries régimentaires; composition les sacs et sacoches d'ambulance, des voitures médicales régimentaires;

5° Infirmiers et brancadiers régimentaires; postes de secours (manuel de 1882, hôpitaux militaires);

6° Secours à donner aux blessés sur le champ de bataille, bandages et appareils improvisés, relèvement et transport des blessés, brancards et voitures improvisés;

7° Composition et fonctionnement des ambulances et hôpitaux de campagne; hôpitaux d'évacuation; trains d'évacuation; infirmeries de gare; convention de Genève.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. les docteurs Deligny (de Saint-Gervais) et Hallez (de Lille).

— M. le docteur Latteux, chef de laboratoire de la Faculté, commencera les cours suivants : le 11 août, à quatre heures : Technique microscopique générale et anatomie pathologique; le 18 août, à deux heures : Technique bactériologique et microbiologie — On s'inscrit, 17, rue du Louvre, de une heure à deux heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 90. — JEUDI 7 AOUT 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 7 AOUT 1890. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les fauteuils se dégarnissent de plus en plus; mais les ordres du jour ne sont pas moins chargés ni les séances moins longues.

On se rappellera sans doute l'intéressante observation de rupture de l'utérus, récemment présentée à l'Académie par M. Thévard (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 616) et le rapport de M. Guéniot à son sujet (p. 673). Cet honorable académicien a quitté aujourd'hui son rôle de rapporteur pour communiquer une observation qui lui est personnelle. Il a profité de cette circonstance pour démentir un bruit sans fondement, à savoir le mauvais état sanitaire de la Maternité; jamais l'état sanitaire n'a été plus satisfaisant et la prompte guérison de cette malade, qui a passé par les accidents les plus redoutables, en est une nouvelle preuve.

Après M. Guéniot, M. Polaillon a lu un rapport sur un travail de M. Doléris, relatif au curettage de l'utérus (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 417). Sans nier l'utilité, dans certains cas, ni l'efficacité de cette opération, M. Polaillon lui préfère généralement la cautérisation à l'aide des flèches de chlorure de zinc. Nos lecteurs ont pu se faire une opinion sur ce sujet, qui a été traité, aussi complètement que possible, ici même, par notre collaborateur, M. Pichevin, dans une récente Revue générale (Voy. p. 420). Le rapport de M. Polaillon a soulevé quelques protestations de la part de M. Charpentier, en qui M. Doléris a trouvé un ardent défenseur du curettage de l'utérus.

Cette courte discussion a été suivie d'une longue et importante communication de M. Béchamp, sur la constitution histologique et la composition chimique comparées des laits de femme, de vache, d'ânesse et de chèvre. On trouvera au compte rendu les conclusions de ce travail, ainsi qu'une note de M. Berger sur un cas d'abcès central de la diaphyse du fémur, consécutif à une ostéomyélite chronique d'emblée, développée chez un adulte à la suite d'un anthrax; les conclusions d'un travail de M. Vidal (d'Hyères), sur le traitement de la scarlatine par l'acétate d'ammoniaque; enfin, une courte communication de M. Galezowski, sur la correction de l'astigmatisme irrégulier par des verres coniques, communication par laquelle la séance s'est terminée à cinq heures et demie.

Le Congrès de Berlin a été inauguré lundi à onze heures, sous la présidence de M. Virchow, qui a terminé son discours d'ouverture par les paroles suivantes :

« ... Non, Messieurs, nous sommes partisans résolus de la paix. Nous savons que la paix vivifie et que la guerre tue. Nous désirons vivre en paix avec le monde entier, pour pouvoir accomplir sans trouble le rôle d'humanité qui est dévolu à la science. Nous sommes heureux de nous voir entourés, en ce jour, d'un aussi grand nombre de collègues, qui tous partagent nos sentiments, et dont la participation sera pour nous une nouvelle incitation au travail. Encore une fois, soyez les bienvenus dans notre cité! Que chaque jour augmente entre nous la communion d'idées et la vraie amitié! »

Notre collègue, M. Bouchard, nommé président d'honneur, a remercié en ces termes :

« Au nom de mes collègues qui assistent à ce Congrès et comme délégué du gouvernement de la République française, je remercie les membres du comité d'organisation pour la courtoisie de leur invitation et pour la cordialité de leur accueil. Ils nous ont dit que l'on se réunissait ici pour travailler en commun au progrès d'une science qui nous tient particulièrement au cœur, car elle est l'une de celles qui peuvent le mieux améliorer le sort de l'humanité; nous sommes venus, et nous sommes venus en grand nombre.

Le sentiment humain qui nous a guidés se renforçait d'un sentiment plus particulier; nous avons pensé que, travailler dans une assemblée internationale comme celle-ci, et collaborer pour une part, quelque minime qu'elle soit, à élever encore la hauteur de l'esprit et à rendre plus supportable la condition de l'homme, c'était servir sa propre patrie.

De tout notre cœur, nous vous apportons nos meilleurs vœux pour le succès de votre entreprise. » (Applaudissements répétés.)

Dans cette première séance, trois communications importantes ont été faites : celles de M. Koch (de Berlin), sur l'état actuel de la bactériologie, de M. Lister (de Lon-

dres), sur l'état actuel de la chirurgie antiseptique, et de M. Bouchard (de Paris), sur une théorie de l'infection.

Nous donnerons un résumé de ces diverses communications dans un de nos prochains numéros.

HOTEL-DIEU. — M. Tillaux.

Tumeurs du sein.

Trois femmes atteintes de tumeur du sein sont, en ce moment, en traitement dans mes salles. Les néoplasmes mammaires se rencontrent si souvent dans la pratique, qu'il est toujours bon de revenir sur cette question. La comparaison de mes trois malades n'est pas sans intérêt.

La première est une femme âgée de cinquante ans. Elle a toutes les apparences d'une excellente santé. Ses antécédents personnels sont très bons. Une de ses sœurs est morte d'un cancer de l'utérus à l'âge de cinquante ans.

La malade, qui est en ce moment dans ma salle, a subi il y a neuf mois, un traumatisme sérieux au niveau du sein gauche. Ce traumatisme a consisté en un coup de pied, qu'un enfant lui a donné. Une douleur vive fut le résultat de ce traumatisme qui donna naissance à une ecchymose.

On trouve fréquemment le traumatisme parmi les causes occasionnelles des tumeurs du sein. Il ne me répugne pas de croire que, chez une personne en puissance de diathèse, un traumatisme détermine l'apparition d'un cancer.

Quoi qu'il en soit, cette femme constata qu'elle avait une tumeur du sein, il y a sept mois environ. La malade souffre beaucoup de sa tumeur. La douleur est le symptôme prédominant de l'affection que présente cette femme. Vous savez que la douleur n'est pas fréquente ou, du moins, n'est pas la note caractéristique des cancers du sein.

Une autre malade, âgée de quarante ans, a aussi une tumeur du sein gauche. Son père a été marié deux fois et a eu dix-huit enfants. Notre malade est du second lit. En ce moment, quatorze enfants sont encore vivants. Du côé de l'hérédité, on ne trouve rien. La région mammaire n'a subi aucun traumatisme. La menstruation a été réguière. Mais cette femme a, maintenant, quelques signes de grossesse. Il y a cinq mois, elle sentit une petite tumeur au niveau du sein gauche.

La troisième malade a quarante-six ans. La couperose, dont elle est atteinte, fait penser à l'alcoolisme. Cette femme a, en effet, quelques habitudes alcooliques. On ne trouve aucun antécédent cancéreux dans sa famille. Sa mère est morte de tuberculose.

La tumeur a pris naissance il y a dix mois et ne s'est ulcérée qu'il y a cinq mois.

La première de mes malades a le bout du sein rétracté. Sa mamelle a la consistance et le volume normaux. Le néoplasme part du mamelon, s'enfonce dans l'intérieur de la glande et occupe une assez large étendue du sein. Si l'on cherche à séparer la tumeur de la glande, on ne peut trouver une ligne de démarcation bien nette entre le néoplasme et le tissu glandulaire sain.

La peau qui recouvre la tumeur est adhérente. Le néoplasme, par contre, roule bien sur les parties profondes. On sent un ganglion dans l'aisselle. Il s'agit d'un cancer du sein.

Les deux seins de ma seconde malade sont semblables, du moins en apparence. Le bout du sein est normal. On trouve, à la partie externe de la glande, une tumeur du volume d'une mandarine et qui a refoulé les éléments glandulaires à la périphérie. Ce néoplasme, absolument indépendant de la glande, n'adhère pas aux parties voisines. Il semble être entouré d'une capsule.

Ce qui distingue ces deux néoplasmes, c'est l'existence d'une capsule dans la seconde tumeur, et l'absence de capsule dans la première.

La mobilité de la seconde tumeur, qui n'a pas déterminé la rétraction du mamelon et qui n'a pas infecté les ganglions de l'aisselle, différencie nettement ce néoplasme de celui que présente l'autre malade.

La troisième malade, celle qui a des habitudes éthyliques, a un sein très pendant. La glande mammaire se réfléchit et détermine un sillon entre la paroi thoracique et la face postérieure du sein.

Si on soulève le sein, on trouve dans ce sillon une tumeur ulcérée qui occupe la partie inférieure de la mamelle. Le bout du sein est normal. Le reste de la glande n'a rien.

La première malade est atteinte d'un carcinome.

Parfois, le cancer du sein est circonscrit. Il est difficile à diagnostiquer au début. On le confond avec la mammite.

Il existe une autre forme de cancer, c'est la forme diffuse. Celle-ci présente deux variétés. Tantôt, on trouve des noyaux durs et disséminés. La peau, le tissu cellulaire, tout est pris. La glande semble être congelée.

D'habitude, un noyau se développe autour du mamelon et pousse des ramifications dans tous les sens.

La première malade a un cancer diffus de la seconde catégorie.

La deuxième malade est atteinte d'une tumeur enkystée. Ce néoplasme fait partie du groupe adéno-sarcome du sein. Il est difficile de faire le diagnostic histologique de ces tumeurs.

Dans le cas actuel, je pense que nous sommes en présence d'un sarcome. La tumeur n'est ni un adénome, ni un fibrome. Le diagnostic sarcome est fait d'après la marche de la tumeur.

L'adénome et le fibrome du sein ont une marche lente. Ces tumeurs évoluent en huit ou dix ans. Or, cette femme a vu apparaître sa tumeur il y a quatre ou cinq mois. Le néoplasme a donc eu une marche rapide.

Faut-il opérer ? L'état de grossesse de cette femme rend la question de l'intervention fort discutable. Y a-t-il intérêt à attendre ? Je ne me prononce pas d'une façon catégorique.

La troisième malade a une tumeur ulcérée. Cette ulcération, qui date de deux ou trois mois, est survenue bien rapidement. Vous vous rappelez l'existence de ce sillon entre le thorax et la mamelle. Il est possible que cette femme ait eu un peu d'érythème chronique et que l'épithélioma se soit développé dans ce point. Pour moi, cette tumeur est un épithélioma ulcéré.

Au point de vue de l'intervention, je serai affirmatif dans ce cas. Il faut opérer cette troisième malade. La deuxième femme doit être opérée aussi. Mais c'est sa grossesse qui me fait réfléchir avant de prendre le bistouri !

Je dois opérer la première malade. Mais ce n'est pas de gaieté de cœur que je vais entreprendre cette opération. Je ne suis pas sûr de rendre service à cette malheureuse femme. Quand on a enlevé beaucoup de cancers, on se demande parfois s'il est utile d'opérer.

L'intervention rend des services, quand le cancer est cir-

conscrit. Mais, dans les cas de cancer diffus, on ne sait pas si l'opération est réellement utile.

Une opération de cancer est justifiable, quand on a des chances de tout enlever.

Faut-il opérer la malade qui a un cancer rameux? Ma malade souffre beaucoup et désire vivement une opération. Je vais donc lui enlever le sein et le ganglion engorgé qui se trouve dans l'aisselle.

Comment récidivent les cancers du sein?

Sur un total de 739 observations recueillies par un de mes internes, on constate que la récidive s'est produite 644 fois dans la cicatrice : ce qui équivaut à une proportion de 87 p. 100 de récidive locale. La récidive dans les ganglions n'a été relevée que dans 50 cas, soit 8,5 p. 100. Enfin, les autres malades (5 p. 100 environ) ont eu une récidive dans les viscères et ailleurs.

Ces chiffres nous permettent de résoudre une question de pratique. Faut-il faire le curettage de l'aisselle, même quand on ne trouve pas d'engorgement ganglionnaire dans cette région? Ce serait acceptable, si nous tentions la cure radicale du cancer. Mais, du moment où nous ne faisons que la cure palliative de ces néoplasmes malins, nous devons faire l'opération la moins dangereuse. Contrairement à ce qui a été dit et écrit, en France et à l'étranger, dans ces dernières années, il n'est pas nécessaire de fouiller l'aisselle dans tous les cas de cancer du sein. Je pense qu'il faut enlever les ganglions malades que l'on sent. Mais statistique en main, je dis qu'il ne faut pas ouvrir systématiquement l'aisselle, quand on enlève un sein. D'abord, l'opération est plus grave, quand elle se complique d'une exploration longue, souvent pénible, dans le creux axillaire.

J'ai déclaré qu'il fallait enlever les ganglions envahis par l'infection cancéreuse. Si la récidive dans l'aisselle a été notée dans une proportion que l'on peut estimer à 8 p. 100, peut-être faut-il accuser les chirurgiens de n'avoir pas enlevé les ganglions qui étaient altérés, lors de l'amputation du sein. Il faut donc explorer, avec le plus grand soin, le creux axillaire et ne se déterminer à prolonger l'incision dans cette région qu'après avoir senti une hypertrophie ganglionnaire. Si les ganglions ne sont pas perceptibles, n'ouvrez pas l'aisselle.

Les chiffres, cités plus haut, permettent d'affirmer que c'est du côté de la plaie qu'il faut redouter l'apparition d'une récidive. La statistique démontre, d'une façon indiscutable, que la récidive du cancer du sein se fait localement. Quelle est la conclusion? C'est qu'il faut enlever largement la tumeur, afin d'être bien sûr de dépasser les limites du mal. Toute opération parcimonieuse sera suivie d'une récidive. Les larges amputations du sein donnent quelques chances de guérison aux malades.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. GUÉNIOT.

Rupture complète de l'utérus; passage du fœtus dans le péritoine; extraction par les voies naturelles; guérison.

Une femme entre, le 14 juillet, à la Maternité, avec une rupture complète de l'utérus; le fœtus était en grande partie dans la cavité péritonéale. L'état général de cette femme étant mauvais, Mme Henry tenta immédiatement l'extraction par les voies naturelles; le fœtus fut assez facilement extrait; il était mort. Mme Henry avait pu saisir avec la main, pendant ces manœuvres, le ligament rond et le bord inférieur du foie; ceci prouve que le fœtus était bien dans la cavité péritonéale. Le placenta était également dans l'abdomen.

Je vis cette femme après l'extraction du fœtus, et je conseillai, en m'abstenant de toute intervention chirurgicale, de la réchauffer, de lui faire prendre des toniques, de lui faire des piqûres d'éther, en même temps qu'on exerçait une certaine compression de l'abdomen de haut en bas, afin de rapprocher les parties divisées. Des vessies de glace furent placées sur l'abdomen et des injections antiseptiques furent faites dans le vagin.

La malade eut, pendant quelque temps, une douleur vive au niveau de la déchirure, c'est-à-dire à la jonction du col et du corps, au-dessous de l'anneau de contraction. La température s'éleva, pendant quelques jours, à 39 degrés, mais se maintint principalement autour de 38 degrés. Après des menaces peu accentuées de péritonite, elle se remit complètement et est aujourd'hui guérie.

Cette observation semble prouver d'abord que la toilette minutieuse du péritoine, à l'aide d'une laparotomie, n'est nullement indispensable pour obtenir la guérison, à la condition que ni le fœtus, ni le délivre, ni la main ou les instruments de l'accoucheur, ne soient entachés de matières septiques. Elle prouve, en outre, que le milieu hospitalier, jadis si pernicieux aux blessés, est complètement affranchi de son ancienne malignité par l'antisepsie. C'est ainsi que les vieilles salles de la Maternité, quoique conservant à peu près toutes leurs défectuosités originelles, permettent aujourd'hui de traiter les parturientes avec les mêmes résultats favorables que dans la pratique des campagnes.

Pour donner à ce fait toute sa signification, il me suffira de rappeler la mortalité de la Maternité depuis ces dernières années :

Du 1er janvier au 1er août, il y a eu :

En 1888, 20 décès sur 1305 accouchements, soit 1,53 p. 100;

En 1889, 15 décès sur 1223 accouchements, soit 1,22 p. 100;

En 1890, 17 décès sur 1300 accouchements, soit 1,30 p. 100.

Ces chiffres représentent tous les décès pris en bloc. Pour l'infection puerpérale seule, on arrive aux proportions minimes de 0,77 p. 100 (1888), 0,58 p. 100 (1889) et 0,62 p. 100 (1890).

Je crois donc pouvoir tirer de mon observation la conclusion suivante :

Quoique toujours d'une extrême gravité, la rupture complète ou transpéritonéale de l'utérus, qui, naguère encore, entraînait un pronostic de mort, est devenue de nos jours une affection curable.

M. Thévard en a récemment montré un exemple remarquable chez une femme de la campagne. Ce fait en est un autre, observé chez une femme de la ville et dans un grand hôpital.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. TISON.

Traitement de l'érysipèle de la face par l'aconitine cristallisée et les badigeonnages d'éther camphré.

L'année dernière, j'ai exposé devant la Société de Médecine pratique (1), et devant la section de médecine de l'As-

(1) TISON. *Bulletins et Mémoires de la Société de médecine pratique*, 1889, p. 580.

sociation française pour l'avancement des sciences (1), le traitement rationnel que j'ai institué, depuis l'année 1884, contre l'érysipèle de la face. Je dis traitement rationnel, parce qu'il a été déduit logiquement des propriétés physiologiques de l'aconitine cristallisée, telles qu'elles sont consignées dans le beau travail de MM. J.-V. Laborde et H. Duquesnel (2). Il résulte, en effet, de cette savante étude, que l'aconitine cristallisée exerce une action manifeste sur les phénomènes de sensibilité, qu'elle atténue et affaiblit d'une façon incontestable. Cet affaiblissement peut même aller, disent ces auteurs, « jusqu'à l'extinction momentanée et complète, suivant la dose, de la propriété sensitive des filets nerveux ». Ils ajoutent qu'aux doses physiologiques et même très faibles de 1/2 et 1/4 de milligramme, répétées à distance, l'atténuation des phénomènes de sensibilité est déjà très manifeste. Enfin, ces modifications de la sensibilité se produisent surtout dans la sphère du nerf trijumeau.

En outre, l'aconitine cristallisée agit sur la tension sanguine, qu'elle augmente d'abord, pour l'abaisser ensuite plus ou moins rapidement; sur les nerfs vaso-moteurs qu'elle excite en produisant une action vaso-constrictive et, consécutivement, sur la température, qu'elle abaisse.

Par cette double action, sur la sensibilité et sur la circulation, MM. Laborde et Duquesnel ont été, disent-ils, « amenés à une indication rationnelle de cette substance dans certains cas morbides parfaitement déterminés, dans lesquels l'*hyperalgie* se combine avec la *fluxion*, c'est-à-dire la *congestion*, nous voulons parler des névralgies congestives ».

On sait, en effet, que l'aconitine est regardée comme le médicament spécifique de la névralgie faciale.

C'est en lisant ce travail que je me suis dit : du moment que l'aconitine cristallisée a une action si manifeste et si énergique sur les éléments *douleur* et *fluxion*, c'est-à-dire sur l'*hyperalgie* et l'*hyperhémie*, surtout lorsqu'il s'agit de la sphère du nerf trijumeau, elle est logiquement indiquée dans l'érysipèle de la face ou plutôt de la tête, car, dans aucune autre affection de cette région, la douleur et la fluxion n'atteignent un aussi haut degré.

Je n'hésitai donc pas à recourir à ce médicament lors du premier cas d'érysipèle de la face qui se présenta ensuite à mon observation, et comme le résultat fut heureux, je persévérai dans cette médication que j'ai employée trente fois, avec le même succès, jusqu'à ce jour.

Pour faire mieux comprendre comment je procède, je vais donner l'observation du dernier cas traité. Il s'agit d'un érysipèle intense et grave, survenu dans mon service à l'hôpital Saint-Joseph, chez une malade qui était entrée dix-huit jours auparavant, pour une affection différente. Le cas est d'autant plus curieux que c'est le premier érysipèle intérieur que j'observe dans cet hôpital, relativement neuf (son ouverture remonte au mois de septembre 1884), et où, après chaque maladie contagieuse, l'érysipèle notamment, je prescris une fumigation à la fleur de soufre de la chambre où le malade a été soigné. On doit, en outre, envoyer dans une étuve à désinfection toute la literie et les vêtements d'hôpital.

(1) Session de Paris, t. Ier, p. 364.

(2) J.-V. Laborde et H. Duquesnel. *Des aconits et de l'aconitine cristallisée, histoire naturelle, chimie et pharmacologie, physiologie et toxicologie, thérapeutique.* In-8°. Paris 1883, G. Masson.

Observation (1). — Le 10 mars dernier, se présentait à la consultation de l'hôpital Saint-Joseph, Jeanne C..., giletière, âgée de quarante ans. Elle avait vomi, le 3 mars précédent, sans éprouver de malaise, environ un litre de liquide composé de caillots noirs et de sang clair. Depuis ce moment, elle éprouvait de temps en temps des sensations d'étouffement. Cette hémorrhagie venait de se renouveler avec la même abondance, et c'est ce qui l'amenait à la consultation. Elle était pâle, affaissée, crachant encore du sang rouge dans son mouchoir. Les principaux symptômes accusés, surtout la sensation très nette d'une transfixion partant du creux de l'estomac et aboutissant à un point correspondant dans le dos, font penser à la présence d'un ulcère rond de l'estomac. On lui prescrit le régime lacté et une potion avec 2 grammes d'ergotine. L'hémorrhagie cessa, mais elle se reproduisit quelques jours plus tard; c'est ce qui motiva le retour de la malade à la consultation et son admission à la salle Sainte-Mathilde, n° 12, le 18 mars suivant.

A ce moment, cette femme est pâle et amaigrie. Les conjonctives ont un reflet bleuâtre. L'œil gauche présente un cristallin crétifié dans son tiers externe et les cornées présentent quelques taies datant de l'enfance. Elle a des crampes dans les mollets et elle se plaint d'avoir le sommeil traversé par des rêves pénibles. La langue est pâle mais nette, le pouls est petit, faible et irrégulier.

L'auscultation révèle l'existence de quelques râles sonores au sommet du poumon droit, en avant. En arrière, ces mêmes râles n'apparaissent que quand on fait tousser la malade. Mais l'expiration est prolongée dans cette même région.

L'auscultation du cœur fait entendre, à la pointe, un bruit systolique en jet de vapeur, bruit se prolongeant vers l'aisselle et s'entendant bien le long de la colonne vertébrale. A l'orifice aortique, le premier bruit est prolongé et rude, tandis qu'à l'orifice pulmonaire existe un souffle doux au premier temps.

Elle nous apprend qu'elle a été réglée à dix-sept ans et qu'elle l'est régulièrement depuis. Elle est mariée mais n'a jamais eu d'enfants à terme. A l'âge de vingt et un ans, elle a fait une fausse couche à quatre mois, à la suite de laquelle elle eut une péritonite, dont elle ne fut guérie que quatre mois plus tard. Elle éprouve même encore, de temps en temps, des douleurs dans l'abdomen. C'est à cette péritonite que remontent les lésions cardiaques, car elle n'a jamais eu de rhumatisme articulaire.

Il y a deux ans, elle a eu un érysipèle de la face, qui a guéri en trois semaines.

Vers le milieu de février dernier, elle ressentit au creux de l'estomac une vive douleur, correspondant à un autre point douloureux analogue, dans le dos.

Enfin, le 3 mars, elle vomit du sang caillé, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Le 19, on soumet la malade au régime lacté absolu, c'est-à-dire trois litres de lait environ par jour, sans autre nourriture et sans autre boisson.

Le 20, on constate un peu de submatité sous la clavicule droite et quelques râles humides à l'expiration.

La sensation de transfixion existe toujours. Aussi, se pose-t-on la question de savoir si les hémorrhagies abondantes qui ont précédé son entrée à l'hôpital, proviennent du poumon ou de l'estomac. Cette dernière origine paraît plus probable, mais délicate à affirmer en présence des phénomènes révélés par l'auscultation du cœur et des poumons.

Les jours suivants la situation s'améliore et la malade demande à manger, ce qu'on lui refuse, pour éviter le retour des hémorrhagies.

Le 28 mars, les règles surviennent et la malade est prise de douleurs vives siégeant aux bras, aux mollets et à la partie supérieure des cuisses. La face antérieure de la cuisse droite présente un œdème bien localisé, formant comme une tumeur molle, large de 2 à 5 centimètres, et s'étendant de la pointe du triangle de

(1) Recueillie par M. Bourbon, interne du service.

Scarpa à 10 centimètres au-dessus de la rotule. Cet œdème n'a envahi que les parties molles et laisse l'aponévrose complètement libre. La mère de la malade, actuellement soignée à la Salpêtrière, présente des œdèmes semblables depuis dix ans.

Le 1er avril, cet œdème a disparu, et c'est à peine si la peau paraît un peu plus ferme à l'endroit où il siégeait. La douleur de transfixion a disparu, mais les bruits du cœur n'ont pas varié.

Le 5 avril, la malade éprouve une douleur très aiguë le long du sterno-mastoïdien droit, douleur qui l'empêche de tourner la tête. A la palpation, on trouve un chapelet de ganglions engorgés et douloureux, situés le long de ce muscle, sur son bord interne. En même temps, elle se plaint de constriction à la gorge, ce qui l'oblige à faire de grands efforts pour avaler sa salive.

On examine la gorge avec d'autant plus de soin qu'il est impossible d'y découvrir la moindre altération. Mais on remarque que plusieurs racines de dents sont douloureuses et entourées d'une aréole rouge. On les enlève, mais la douleur persiste; pendant la nuit, l'érysipèle apparaît sur la joue droite.

Le 6 avril, au moment de la visite, la joue droite présente une surface rouge, douloureuse, gonflée et bien limitée par un bourrelet. Cette surface rouge a débuté par le nez et elle gagne l'œil droit et la partie latérale du cou du même côté. La langue est blanche, saburrale. La malade éprouve des nausées et la température axillaire s'élève à 39°9. Les urines contiennent beaucoup d'albumine.

Il est nettement indiqué d'administrer un vomitif, mais comme l'état du cœur s'y oppose, on donne 25 grammes de sulfate de magnésie dissous dans deux verres d'eau froide. En outre, la malade prendra, toutes les deux heures, une pilule contenant un dixième de milligramme d'aconitine cristallisée. Elle aura, pour boisson, du tilleul, du bouillon et de l'eau rougie. Enfin, toutes les deux heures environ, on badigeonnera les surfaces enflammées et douloureuses avec de l'éther sulfurique saturé de camphre, en ayant soin d'éviter les yeux qui seront lavés plusieurs fois avec une solution d'acide borique à 4 p. 100.

Le 7 avril, température du matin, 39°1; du soir, 39°7. La rougeur érysipélateuse gagne le côté gauche de la face et la moitié droite de la lèvre supérieure. On continue le traitement.

Le 8 avril, l'érysipèle a envahi le front, le cuir chevelu, l'œil gauche et les oreilles. On trouve une phlyctène sur la joue droite, une deuxième sur la glabelle et une troisième au-dessus du sourcil droit. Ces phlyctènes laissent écouler une abondante sérosité roussâtre et autour d'elles se forment des croûtes mélicériques analogues à celles de l'impétigo. La constriction de la gorge n'existe plus. Température du matin, 38°9; du soir, 38°4.

Le 9 avril, température du matin, 38 degrés; du soir, 37°6. Même traitement.

Le 10 avril, la rougeur a presque disparu, on en trouve cependant quelques traces derrière les oreilles. Les surfaces enflammées s'affaissent et se rident, les ganglions sous-maxillaires ont diminué de volume et ne sont plus douloureux. L'albumine a disparu des urines qui ont été examinées avec soin, chaque jour, depuis le début de l'érysipèle. Toutes les surfaces envahies par les phlyctènes sont recouvertes d'une couche épaisse analogue à du miel concrété. Le cuir chevelu reste toutefois douloureux. Il est le siège d'une sensation analogue à celle que détermine la douleur de l'érysipèle. Cette douleur s'exagère par la pression. Température du matin, 37°2; du soir, 37°4, c'est dire que la fièvre est tombée. Cette fièvre n'a donc duré que quatre jours. La chute en a été très rapide, ce qui se voit mieux quand on jette un coup d'œil sur la courbe des températures. Ce jour-là, on supprime l'aconitine.

Le mieux se continue les jours suivants.

Le 15 avril, le front et les joues pèlent, les cheveux tombent en grande quantité sur la partie antérieure de la tête. La légère teinte rouge qui restait encore sur les surfaces envahies par l'érysipèle pâlit peu à peu. Elle a même complètement disparu quand la malade sort de l'hôpital, le 28 avril, non sans avoir pris plusieurs bains, avoir fait des injections boriquées dans les fosses nasales et s'être fréquemment lavé la figure et la tête avec la même solution boriquée.

Au moment de la sortie, Jeanne C... a bon appétit. Elle n'éprouve aucune douleur. L'auscultation de la poitrine ne révèle rien d'anomal. Les signes suspects trouvés au début ont disparu. Seul, le cœur n'a pas bénéficié de cette guérison. On entend toujours, à l'orifice mitral, le souffle en jet de vapeur dont l'intensité est toutefois moindre. On perçoit également un souffle doux à l'orifice aortique, tandis qu'à l'orifice pulmonaire, le premier bruit est remplacé par un souffle râpeux qui, de temps en temps, se dédouble et offre quelque analogie avec le bruit de cuir neuf de la péricardite. Tous ces bruits anomaux sont systoliques.

Tel est ce traitement de l'érysipèle que nous pouvons résumer de la manière suivante :

Au début de la maladie, suivant l'intensité de la fièvre et l'état des premières voies digestives, on administre un vomitif, un éméto-cathartique ou un purgatif, puis on commence l'administration de l'aconitine cristallisée, à raison d'un quart de milligramme toutes les six heures, ou d'un dixième de milligramme toutes les deux heures. Il est inutile de dépasser 1 milligramme de cette substance en vingt-quatre heures. A cause de son activité considérable, à cause aussi de la difficulté d'un dosage exact, il est préférable de recourir aux pilules d'un dixième de milligramme. Dans l'observation actuelle, l'aconitine a été administrée pendant quatre jours, c'est-à-dire que la malade en a pris moins de 4 milligrammes. Dans beaucoup de cas, on ne l'a administrée que trois jours et même deux. Il est rarement nécessaire de dépasser quatre jours.

En même temps qu'on administre l'aconitine, on badigeonne, toutes les deux heures, les surfaces enflammées, c'est-à-dire envahies par l'érysipèle, avec un pinceau imbibé d'éther sulfurique saturé de camphre. Cette application plaît beaucoup aux malades, soit à cause de la fraîcheur qui se produit au moment de l'évaporation de l'éther, soit parce que la couche de camphre pulvérulent qui recouvre les surfaces enflammées et douloureuses est analgésique.

Je ne chercherai pas à expliquer l'action de l'aconitine, c'est un fait d'observation physiologique et clinique. D'un autre côté, comme le camphre a des propriétés microbicides, agirait-il contre le *streptococcus erysipelatus* qui, d'après les théories en vogue, est la seule cause de l'érysipèle? D'autre part, l'aconitine cristallisée s'oppose-t-elle au développement de ce microbe, ou bien, ce qui serait tout aussi raisonnable, constitue-t-elle un vaccin chimique qui annulerait ou détruirait les sécrétions des *streptococcus*? Ce sont des questions que je dois me contenter de signaler, laissant le soin de les résoudre à ceux à qui un laboratoire bien outillé permet d'aborder l'examen de semblables problèmes et d'en poursuivre la solution.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 août 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une observation de M. Queirel (de Marseille) sur une opération césarienne heureuse pour la mère et pour l'enfant;

2° Un mémoire de M. Baudin sur la suspension dans le traitement des maladies nerveuses;

3° Un pli cacheté de M. Barré sur la prophylaxie de la tuberculose;

4° Un mémoire de M. Laffon sur la grippe.

LECTURE

Protection de l'enfance. — M. RENÉ BLACHE lit un travail sur la protection de l'enfance dans le département de la Seine en 1888.

COMMUNICATIONS

Abcès central de la diaphyse du fémur, consécutif à une ostéomyélite chronique d'emblée développée chez un adulte à la suite d'un anthrax. — M. PAUL BERGER communique l'observation d'un homme de vingt-huit ans, qui avait été soigné, du mois d'octobre au mois de janvier 1890, pour un énorme anthrax de la nuque. Dès la convalescence on observa un gonflement douloureux de la partie moyenne du fémur qui se développa sans fièvre. M. Berger, croyant à une ostéomyélite centrale, trépana le fémur qui était le siège d'un abcès central, occupant le canal médullaire et contenant quelques séquestres déjà mobiles. L'examen du pus et du tissu médullaire, fait par M. Netter, donna des cultures pures de staphylococcus pyogenes aureus.

M. Berger insiste sur ce fait très rare d'ostéomyélite survenue d'emblée chez un adulte qui, à aucun moment de l'enfance ou de l'adolescence, n'avait présenté d'atteinte d'une affection de même nature. Ce fait est également curieux par la formation apyrétique, quoique rapide, d'une collection purulente dans le canal médullaire; on sait que les abcès des os siègent de préférence au voisinage des épiphyses. Enfin, il est une nouvelle preuve des relations qui unissent l'ostéomyélite au furoncle et à l'anthrax, relations indiquées par MM. Pasteur, Verneuil et Lannelongue. Cette relation est ici prouvée, non seulement par la succession observée entre ces deux affections, mais par l'identité de l'agent pathogène qui les a produites, le micrococcus pyogenes aureus, que M. Netter a retrouvé dans le pus de l'abcès osseux.

Traitement de la scarlatine par l'acétate d'ammoniaque. — M. VIDAL (d'Hyères) lit une note qui se termine par les conclusions suivantes :

1° Il est hors de doute pour nous que l'acétate d'ammoniaque est parfaitement toléré par l'organisme à la dose de 1 gramme par année d'âge, chez les enfants et chez les adultes. Cependant, pour ces derniers, nous n'avons jamais dépassé la dose de 35 grammes par jour;

2° Il y a lieu de croire qu'à cette dose l'acétate d'ammoniaque, en abaissant rapidement les hautes températures de l'organisme, constitue un moyen précieux de traitement de la scarlatine et peut-être aussi des autres fièvres éruptives;

3° L'action de ce médicament nous a paru d'autant plus rapide qu'il a pu être administré dans un moment plus rapproché du début de la maladie.

Rupture complète de l'utérus; passage du fœtus dans le péritoine; extraction par les voies naturelles; guérison. — M. GUÉNIOT fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 831.)

Métrite du corps et métrite du col. — M. POLAILLON lit un rapport relatif à un travail de M. Doléris sur ce sujet. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 417.)

Après avoir résumé le travail de M. Doléris, M. le rapporteur s'exprime ainsi :

M. Doléris s'élève, dans son mémoire, avec énergie contre la cautérisation; suivant lui, elle déterminerait de la sclérose de l'utérus, des atrésies du col, et consécutivement la stérilité. J'avoue, pour ma part, que je n'ai jamais rien vu de semblable survenir et je me figure que les cas auxquels fait allusion M. Doléris ont été l'objet d'un traitement peut-être mal appliqué.

Je crois que la cautérisation intra-utérine au moyen d'une flèche de chlorure de zinc reste un procédé facile à employer, ne nécessitant ni antisepsie très minutieuse, ni opération préalable, ni, enfin, l'emploi d'un anesthésique, et qu'elle permet d'obtenir, en peu de temps, d'excellents résultats. En un mot, si les procédés de curettage, d'écouvillonnage, de hersage recommandés par M. Doléris donnent souvent des succès, je ne crois pas qu'il faille les employer d'une façon exclusive et repousser la cautérisation qui est facile à appliquer et donne des résultats avantageux dans la plupart des cas.

M. CHARPENTIER dit que M. Polaillon semble préférer l'application de caustique au curettage parce qu'il est moins nécessaire de faire une antisepsie complète; cette antisepsie est indispensable pour toutes les opérations pratiquées sur l'utérus quelles qu'elles soient.

M. Charpentier a pratiqué cent fois le curettage et une seule fois il a eu des accidents légers qu'il aurait, d'ailleurs, pu éviter : il avait négligé une affection cutanée dont la malade était atteinte. Il n'admet pas la distinction établie entre le petit curettage et le grand curettage; le curettage limité au col n'est pas un curettage; on ne guérit la métrite invétérée du col qu'avec l'opération d'Emmet ou de Schrœder.

Le grand curettage ne doit être pratiqué que lorsqu'il n'y a pas d'inflammation des annexes de l'utérus, salpingite ou ovarite; il y a dans ces cas une cause de dangers reconnue depuis longtemps; cependant, une élève de Trélat, Mlle Finkelstein, a publié dernièrement une thèse dans laquelle elle montre les avantages que l'on peut retirer du curettage dans les cas d'inflammation chronique des annexes de l'utérus; la contre-indication n'est donc pas absolue.

Le curettage, fait dans de bonnes conditions d'antisepsie avec la curette tranchante, doit être complet, c'est-à-dire que l'opérateur ne doit s'arrêter que quand il perçoit le cri utérin; on doit le faire suivre d'un pansement avec un mélange, par parties égales, de créosote et de glycérine; ce mélange caustique ne rétracte pas les tissus; il n'amène pas d'atrésie et empêche les hémorrhagies; enfin, pour terminer l'opération, il faut faire passer dans la cavité utérine un courant d'une solution de sublimé à 1 ou 1/2 p. 1 000, destiné à enlever l'excès du caustique.

Pratiqué de cette façon, le curettage n'occasionne jamais d'accidents; il n'amène pas d'atrésie du col.

Le curettage guérit-il toujours? Non, sans doute, pas plus, d'ailleurs, que la cautérisation avec le chlorure de zinc; une seconde opération est parfois nécessaire, comme avec les autres procédés. Mais il a, sur les cautérisations, un grand avantage, c'est qu'une fois fait, il n'est plus douloureux, tandis que l'application du crayon de chlorure de zinc provoque parfois pendant deux et trois jours des douleurs intolérables.

M. POLAILLON fait observer que le curettage est une méthode compliquée; pour qu'elle réussisse, il faut une antisepsie des plus rigoureuses.

D'un autre côté, la douleur, pendant l'opération, est si vive que l'anesthésie est toujours indispensable.

Avec la flèche de chlorure de zinc, l'antisepsie n'est point nécessaire; l'opération est simple, facile; l'antisepsie n'est à réaliser que lorsque l'escharre se détache.

Dans l'ovarite, dans la salpingite, on peut faire des applications de flèches, à condition de ne pas abaisser l'utérus.

Enfin, il n'a que bien rarement vu des douleurs survenir après l'application de caustique; après quatre ou cinq heures, les douleurs, en tous cas, disparaissent toujours. Il ne croit pas les atrésies plus fréquentes après la cautérisation qu'après le curettage.

Sur la constitution histologique et la composition chimique comparées des laits de vache, de chèvre, d'ânesse et de femme et les conséquences qui en découlent pour la physiologie et l'hygiène. — M. BÉCHAMP lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

1° Le lait de femme, pas plus que les laits de vache, de chèvre et d'ânesse, n'est une émulsion;

2° Les globules laiteux de femme, comme ceux des trois autres

espèces, sont des vésicules dont la membrane enveloppante n'est pas formée de caséine. Les globules laiteux de femme ont l'enveloppe plus mince et plus extensible; de là leur énorme gonflement dans le lait éthéré; les globules du lait d'ânesse sont ceux qui se gonflent le moins;

3° Les globules laiteux de femme contiennent, outre le beurre, une matière albuminoïde soluble; il en est de même de ceux de la vache;

4° Le lait de femme absorbe beaucoup d'éther; la crème éthérée étant dépurée, le liquide sous-jacent devient limpide. Le lait d'ânesse est celui qui, toutes choses égales d'ailleurs, absorbe le moins d'éther; la crème éthérée qu'il produit est compacte et comme translucide. Les laits de vache et de chèvre absorbent proportionnellement moins d'éther que celui de femme; leur crème éthérée est plus consistante que celle de femme et moins que celle d'ânesse. La couche éthérée sous-jacente à la crème éthérée conserve l'aspect laiteux pour les laits de vache, de chèvre et d'ânesse. Avec le temps, la couche sous-jacente éthérée du lait de femme reste limpide; celle du lait d'ânesse s'éclaircit sans se cailler et un dépôt blanc s'y forme; celle du lait de vache se caille sans s'éclaircir;

5° Le sucre de lait est le principe immédiat organique commun aux quatre espèces de lait; mais il présente certaines particularités dans le lait de femme;

6° Le lait de femme ne contient point de caséine, ni celui d'ânesse. Les laits de vache et de chèvre sont essentiellement des laits à caséine;

7° Dans les laits de femme et d'ânesse, les matières albuminoïdes sont en dissolution à l'état de laits albuminates alcalins. Dans les laits de femme et de chèvre, la caséine et la lactalbumine existent pareillement en solution parfaite à l'état de combinaisons alcalines;

8° Le lait de femme et des trois autres ne contiennent point de phosphates à l'état libre; les phosphates y existent dissous par les albuminates ou comme parties intégrantes des globules;

9° Le lait de femme contient une matière albuminoïde insoluble dans le sesqui-carbonate d'ammoniaque; cette substance n'existe pas dans les laits de vache, de chèvre et d'ânesse;

10° La galactozymase de femme saccharifie énergiquement la matière amylacée; les galactozymases des trois autres espèces modifient l'empois de fécule sans saccharifier la matière amylacée;

11° Les mycrozymas et les membranes enveloppantes des globules laiteux de femme décomposent l'eau oxygénée avec moins d'énergie que les microzymas du sang et les enveloppes des hématies;

12° Le lait de femme et celui d'ânesse s'aigrissent spontanément sans se cailler; les laits de vache et de chèvre s'aigrissent spontanément et caillent ensuite; l'aigrissement se produit sous l'influence des microzymas propres à chaque espèce de lait;

13° L'ébullition altère le lait de femme dans sa lactalbumine et annihile la fonction de sa galactozymase: il en est de même des autres trois espèces;

14° L'ébullition, pendant deux ou trois minutes, n'empêche pas le lait de vache de se cailler, mais il se caille sans s'aigrir. Pour arriver au même résultat avec le lait de chèvre il faut, toutes choses égales d'ailleurs, une ébullition plus prolongée. L'ébullition empêche les laits de femme et d'ânesse de s'aigrir, mais non de s'altérer, sans se cailler toutefois. L'ébullition, selon sa durée et selon les cas, ne tue donc pas les microzymas, mais modifie leur fonction;

15° En principe, l'ébullition peut donc être inefficace pour rendre inoffensif le lait d'une bête malade;

16° Puisqu'il en est ainsi et que l'ébullition altère le lait et annihile la fonction de sa galactozymase, l'hygiène rationnelle veut qu'on ne fasse usage, pour l'allaitement artificiel des nouveau-nés, que de lait frais d'animaux sains;

17° Il peut être utile de faire bouillir le lait de vache pour l'allaitement des enfants;

18° La conclusion de M. Tarnier, que le lait d'ânesse est le meilleur pour remplacer le lait de femme dans l'allaitement des nouveau-nés et des enfants du premier âge, est expliquée par le fait que, comme le lait de femme, le lait d'ânesse n'est pas du lait à caséine.

Emploi des verres coniques dans l'astigmatisme irrégulier. — M. GALEZOWSKI rappelle qu'il est un astigmatisme, l'astigmatisme irrégulier, celui par lequel les courbures dans le même méridien sont inégales, qu'on n'avait pu corriger jusqu'ici. Il a imaginé d'utiliser, dans quatre cas de ce genre, des verres coniques, et il a obtenu d'excellents résultats.

La séance est levée.

Faculté de médecine de Montpellier. — Un congé, pendant l'année scolaire 1890-1891, est accordé, sur sa demande, à M. Engel, professeur de chimie médicale et de pharmacie.

— *École de médecine de Nantes.* — M. J.-B. Malherbe, professeur de clinique médicale, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à partir du 1er novembre 1890.

M. J.-B. Malherbe est nommé professeur honoraire.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'emploi des crayons à la pâte de chlorure de zinc dans le traitement des endométrites chroniques.

Par F. de Grandmaison,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Le 13 juin 1889, M. Dumontpallier faisait, à l'Académie de médecine, une communication sur le traitement local de l'endométrite chronique, par les crayons de pâte de Canquoin (1); 100 malades avaient alors été soumises au traitement. Depuis cette époque, le médecin de l'Hôtel-Dieu est resté fidèle à sa méthode, et actuellement, il possède environ 400 observations qui, par les résultats obtenus, affirment l'efficacité des cautérisations.

Dans le rapport qu'il fit à l'Académie sur la communication de son collègue (2), M. Polaillon revendiqua la priorité et cita des observations de 1882, attestant qu'il avait utilisé la pâte de Canquoin dans les cautérisations utérines. Nous pouvons affirmer qu'au moment où M. Dumontpallier fit sa communication, il n'avait pas connaissance des faits rapportés par M. Polaillon, et nous croyons intéressant d'indiquer comment il fut amené à employer la pâte de Canquoin dans le traitement des endométrites.

Brose [de Berlin (3)] venait de préconiser les solutions aqueuses de chlorure de zinc dans le traitement des endométrites (chlorure de zinc 1, eau 1) ; M. Dumontpallier utilisa ce traitement, mais n'obtint que des résultats incomplets. C'est alors qu'il substitua, aux solutions aqueuses de Brose, le chlorure de zinc employé à l'état sirupeux, qu'il obtenait en laissant s'effriter à l'air libre de la poudre de chlorure de zinc, qui, en absorbant l'eau de l'air ambiant, fournissait un liquide visqueux et absolument analogue comme couleur et comme consistance au sirop de gomme. Les résultats obtenus furent meilleurs ; mais cette nouvelle méthode n'était pas exempte d'inconvénients ; le chlorure de zinc pouvait fuser dans le cul-de-sac postérieur du vagin, et y déterminer des eschares ; le museau de tanche était souvent atteint dans sa lèvre inférieure, et les cautérisations étaient nécessairement de trop courte durée pour atteindre toutes les parties malades.

(1) Dumontpallier. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 605.
(2) Polaillon. *Bulletins de l'Académie de médecine*, juillet 1889.
(3) Brose. *Deuts. Med. Wochens.*, 18 octobre 1888, et *Gaz. d'Obst. et de Gynækol. de Berlin.*

C'est alors que M. Dumontpallier, convaincu que le chlorure de zinc devait donner de bons résultats dans le traitement de l'endométrite, eut l'idée d'utiliser la pâte de Canquoin dans les cautérisations utérines ; il se rencontra avec M. Polaillon, et leurs observations réunies ne donnèrent que plus d'importance à la communication qu'il fit à l'Académie.

Pour procéder avec ordre dans cette Revue, nous étudierons successivement :

1° Les conditions que doivent remplir, pour être utilisables, les crayons de chlorure de zinc;
2° Les indications et les contre-indications du traitement;
3° Le manuel opératoire;
4° Les suites immédiates de la cautérisation.

Enfin, dans les deux derniers chapitres, nous indiquerons le traitement complémentaire par lequel on peut éviter l'atrésie utérine et nous étudierons les suites plus éloignées du traitement, c'est-à-dire la menstruation et la grossesse.

II

De la composition des crayons de chlorure de zinc. — Bien que, dans sa thèse, M. le docteur A. Lauth (1) ait donné quelques détails sur la composition des crayons de chlorure de zinc, nous croyons utile de reprendre la question d'une manière plus explicite.

Les crayons de chlorure de zinc, qu'on emploie dans les cautérisations utérines, doivent être suffisamment durs pour ne pas s'effriter au moment où on les utilise, mais aussi suffisamment souples pour ne pas se briser au moment de l'application et pour s'adapter facilement aux changements de forme et de direction du canal cervico-utérin.

M. David, interne en pharmacie à l'Hôtel-Dieu, s'est atta-

(1) Lauth. *Traitement de l'endométrite par le crayon de chlorure de zinc*, Thèse de Paris, 1889.

ché, sur les indications de M. Dumontpallier, à remplir ces deux conditions. Dans ce but, il a fabriqué la pâte de ses crayons avec de la farine de seigle, qui donne un mélange plus homogène et plus compact que la farine de froment, et il a humecté sa poudre de chlorure de zinc avec quelques gouttes d'eau distillée seulement.

Après avoir utilisé des crayons fabriqués à différents titres, M. Dumontpallier s'est arrêté à la composition suivante :

Farine de seigle	2
Chlorure de zinc	1

Les deux substances sont d'abord exactement pesées à part : puis on humecte, avec trois ou quatre gouttes d'eau distillée, la poudre de chlorure de zinc, qu'on triture dans un mortier; quand on a ainsi obtenu une masse suffisamment pâteuse, on ajoute peu à peu les deux parties de farine de seigle et on les triture, jusqu'à ce qu'on obtienne une pâte homogène, qu'on laisse s'humidifier quelques minutes à l'air. Il ne reste plus alors qu'à faire les crayons. On peut se servir de moules dans lesquels on coule la pâte; mais M. David préférait diviser sa pâte avec un pilulier. Il obtenait ainsi une série de tiges de pâte de Canquoin, auxquelles il donnait ensuite la forme et les dimensions voulues, en les roulant dans la farine de seigle.

Les crayons fabriqués avec ces précautions ont environ 14 à 16 centimètres de longueur. Quant à l'épaisseur des crayons, M. Dumontpallier s'est tenu à deux modèles : les *gros bâtons*, qui ont environ 4 millimètres de diamètre; les *petits bâtons*, qui ont 2 millimètres; les crayons peuvent, d'ailleurs, quand il en est besoin, être réduits et taillés avec un canif, si bien qu'on peut atteindre avec eux le but que poursuit M. Polaillon en appliquant des lanières de pâte de Canquoin.

Pour conserver les crayons ainsi fabriqués, il suffit de les enfermer dans un tube à expériences rempli de farine de seigle.

III

Indications et contre-indications. — Les cautérisations avec la pâte de Canquoin ne doivent pas être employées indifféremment dans tous les cas d'endométrite : c'est ainsi que les endométrites limitées exclusivement au col de l'utérus, n'en sont pas justiciables. Le traitement doit être réservé aux métrites du corps et aux métrites totales; de plus, il ne doit être employé que dans les endométrites chroniques.

Les endométrites aiguës, qui surviennent à la suite d'un accouchement et s'accompagnent de symptômes généraux, contre-indiquent absolument l'emploi des crayons, et dans ces cas, il ne faut pas hésiter à recourir au curetage ou à l'écouvillonnage.

Les cautérisations ne sont pas non plus indiquées dans les métrites parenchymateuses chroniques, qui ne s'accompagnent pas d'hémorrhagies abondantes ou de suppurations copieuses; le travail inflammatoire, que subit alors le muscle utérin, serait plutôt accru que diminué, et la sclérose utérine serait plus à craindre.

Au contraire, quand il s'agit d'une endométrite chronique, dans laquelle l'endométrium surtout est malade, il ne faut pas hésiter à recourir au crayon de chlorure de zinc. Il donne les meilleurs résultats dans l'*endométrite hémorrhagique*, et par son application fait cesser immédiatement les métrorrhagies si abondantes qu'on observe dans cette affection.

Dans les *endométrites purulentes*, il donne aussi d'excellents résultats, ainsi que nous avons pu le constater sur les malades de l'Hôtel-Dieu, soignées par M. Dumontpallier.

Il faut, de plus, toujours se préoccuper de l'état des annexes de l'utérus avant d'instituer le traitement; M. Dumontpallier ne fait jamais de cautérisations, quand les malades, atteintes d'endométrites chroniques, ont en même temps des inflammations chroniques des annexes. Si, au contraire, ces inflammations sont de date récente et si elles ne sont qu'un épiphénomène aigu, entretenu par l'endométrite, l'expérience a prouvé qu'on devait recourir au crayon de chlorure de zinc; plusieurs fois, à l'Hôtel-Dieu, des malades atteintes à la fois d'endométrites chroniques et d'inflammations aiguës des annexes, ont été complètement guéries par les cautérisations.

Cette opinion avait d'ailleurs été soutenue pour le curetage, par M. Cantin (1), qui fit sa thèse dans le service de Trélat sur les lymphangites péri-utérines traitées par le curetage de l'utérus.

IV

Manuel opératoire. — Il comprend deux parties : 1° les soins préliminaires, par lesquels on prépare la malade à sa cautérisation; 2° l'intervention elle-même.

1° *Soins préliminaires.* — Bien que la cautérisation utérine par les crayons de chlorure de zinc semble, à première vue, être une opération de la plus parfaite innocuité, on ne saurait s'entourer de trop de précautions pour mener à bien le traitement.

La condition la plus essentielle, c'est d'opérer dans les *cinq jours* qui suivent la fin des dernières règles : de la sorte, on est certain que le traitement sera terminé quand reparaîtra la nouvelle menstruation. Le jour de l'opération étant fixé, dès que vingt-quatre heures se sont écoulées après la disparition de l'écoulement menstruel, on fait des injections vaginales fréquentes, environ trois par jour, dans la cavité du vagin, avec une solution de sublimé à 1/2000ᵉ ou 1/3000ᵉ; autant que possible ces injections doivent avoir une température de 45 degrés.

La veille de la cautérisation, on purge la malade, et, le matin même du jour de l'intervention, on donne un lavement et l'on fait une dernière injection vaginale.

Une précaution reste enfin à prendre : on s'assure, par le cathétérisme utérin, de l'état de la cavité de la matrice; si l'hystéromètre passe facilement, on peut intervenir immédiatement; si la pénétration du crayon semble difficile, il faut dilater la cavité utérine. Dans quelques cas, la dilatation extemporanée et progressive avec les mandrins d'Hégar suffit; mais M. Dumontpallier préfère introduire dans la cavité utérine une tige de laminaire maintenue aseptique dans un mélange d'éther et d'iodoforme : au bout de vingt-quatre heures la dilatation utérine est suffisante pour permettre l'introduction du caustique.

Il est juste d'ajouter, d'ailleurs, qu'au service de gynécologie de l'Hôtel-Dieu, on n'a recours que très rarement à

(1) Cantin, *Les lymphangites péri-utérines*, Thèse de Paris, 1889.

cette dilatation, et que 98 fois sur 100, elle est absolument inutile.

2° *Cautérisation.* — La malade peut être opérée dans son lit; mais le lit à spéculum est préférable pour le médecin qui va appliquer le crayon.

Quand la malade est placée dans la position voulue, on lave, avec une solution antiseptique, ses organes génitaux externes, on fait une dernière injection vaginale et l'on garnit la face interne des cuisses et la vulve de compresses bouillies dans la liqueur de Van Swieten.

Le spéculum est introduit de la main droite, tandis que l'index gauche indique la situation du col et déprime le plancher périnéal pour faciliter l'introduction. Le museau de tanche présente, entre les deux valves de l'instrument, son orifice externe dans lequel on introduit une sonde à double courant pour faire, avec une solution de sublimé, un lavage intra-utérin. L'excès de liquide qui remplit la cavité vaginale est enlevé au moyen de tampons d'ouate hydrophile et aseptique, que l'opérateur fabrique lui-même au moment de s'en servir, et qu'il fixe entre les deux mors d'une grande pince à pansements.

Ces précautions antiseptiques prises, l'utérus est prêt pour la cautérisation. On mesure avec un hystéromètre ou une petite sonde la profondeur de la cavité utérine, puis on taille un crayon ayant exactement les dimensions indiquées par l'instrument, et après l'avoir fixé à l'extrémité de la pince à pansement, on l'introduit lentement dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'il rencontre le fond de l'organe, et en prenant bien soin que son extrémité vaginale ne dépasse pas l'orifice externe du col utérin,

La cautérisation est alors terminée et il ne reste plus qu'à faire le pansement du vagin. Par un dernier lavage on retire les parcelles de caustique qui pourraient, en séjournant dans la cavité vaginale, déterminer par place de petites eschares de la muqueuse; on garnit d'ouate le cul-de-sac postérieur, de façon à le protéger si des bavures du caustique venaient à s'y rendre (ce qui ne nous est jamais arrivé); enfin, on bourre de gaze iodoformée ou salolée toute la cavité du vagin.

La malade est alors reportée dans son lit, où elle doit garder le décubitus dorsal pendant vingt-quatre heures.

Il ne reste plus alors qu'à surveiller attentivement la malade; nous allons étudier, jour par jour, les suites immédiates de la cautérisation, et nous indiquerons en même temps quels sont les soins journaliers que réclame le traitement.

V

Suites immédiates de la cautérisation et soins journaliers donnés a la malade. — *Premier jour.* — Dans une bonne moitié des cas, les malades n'éprouvent aucune douleur après la cautérisation, ou ne sont que très peu incommodées par leur caustique; mais à côté de ces cas qui satisfont pleinement les désirs de l'opérateur, nous devons ajouter que souvent les opérées éprouvent des douleurs très vives et qui effraient les médecins qui ne sont pas familiarisés avec le traitement.

Ces douleurs, quand elles surviennent, peuvent suivre immédiatement l'intervention : ce sont alors des coliques expulsives très vives, qui naissent de la région lombaire et irradient dans tout le bassin, en suivant les plis inguinaux. Ces coliques ont été quelquefois assez vives pour déterminer, chez les malades de M. Dumontpallier, un état en quelque sorte syncopal s'accompagnant d'une pâleur très marquée.

Le plus souvent, les douleurs que nous venons de décrire se montrent trois ou quatre heures après l'application du caustique; elles sont alors intermittentes et présentent des paroxysmes qui se prolongent de quelques minutes à une heure; elles reparaissent ainsi trois ou quatre fois dans le cours des vingt-quatre premières heures.

Ces douleurs semblent dues à deux causes : d'une part, à ce que l'utérus renferme un corps étranger qu'il cherche à expulser; d'autre part, à ce que les malades, atteintes d'affections utérines, possèdent une grande sensibilité nerveuse, qui s'exagère au moindre attouchement des organes génitaux. La rétention d'urine se remarque assez fréquemment dans le cours de cette première journée.

Nous ne signalons que pour mémoire les vomissements qui n'ont été observés qu'une fois dans le service de M. Dumontpallier. Malgré ces symptômes alarmants, l'état général des opérées est des plus satisfaisants, elles n'ont pas de fièvre, elles conservent leur appétit; mais surtout dès que le caustique est introduit dans l'utérus tout écoulement hémorrhagique et purulent cesse immédiatement.

La seule indication thérapeutique de cette première journée, c'est de combattre les douleurs et la rétention des urines : il ne faut jamais toucher à l'utérus et il faut exiger de la malade qu'elle conserve d'une façon absolue le décubitus dorsal.

Les douleurs disparaissent si l'on a soin, au moment des paroxysmes, de faire à la malade une injection d'une demi-seringue de morphine avec une solution à 1/100e, on peut ainsi injecter jusqu'à 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine. D'ailleurs, par la simple évacuation des urines, on calme le plus ordinairement les épreintes de la malade, exagérées par la rétention d'urine.

Enfin, pour éviter à la malade des mouvements inutiles, on peut entretenir la constipation en prescrivant un peu d'opium (5 à 10 centigrammes d'extrait thébaïque).

Deuxième jour. — Le matin de la deuxième journée, les malades, le plus ordinairement, ne souffrent plus du tout, elles n'ont plus de rétention d'urine et elles se considèrent comme guéries. Il faut se mettre en garde contre leur optimisme et exiger rigoureusement qu'elles ne quittent pas leur lit. Aucun écoulement ne se produit, les douleurs lombaires et la douleur rétro-pubienne ont disparu. Malgré cette amélioration notable, il faut se garder absolument de tout examen.

Troisième jour. — Le troisième jour est marqué par l'apparition d'un nouveau symptôme, qui souvent effraie les malades et leur fait croire au retour de leurs premiers accidents : c'est un écoulement, souvent très abondant, mais dont les caractères sont absolument tranchés. Cet écoulement se fait sans aucune douleur, souvent il est assez abondant pour se produire sous la forme de véritables jets intermittents. Il est constitué par un liquide séreux, louche, légèrement trouble, de coloration jaune-rosé, et qui, après avoir inondé les organes génitaux externes des malades, s'étend en larges taches roussâtres sur les linges mais sans les empeser.

Par ses caractères, cet écoulement se distingue donc absolument des écoulements épais et verdâtres de la métrite

purulente et des hémorrhagies copieuses de l'endométrite hémorrhagique. Il correspond au travail d'élimination de l'eschare et fait, pour ainsi dire, partie intégrante du traitement.

Il arrive souvent que le pansement, introduit dans le vagin le jour de la cautérisation, est expulsé par la malade; dans ce cas, il n'y a qu'à le renouveler.

A cette période du traitement, la malade peut s'asseoir dans son lit, reprendre une alimentation régulière, mais à aucun prix elle ne doit se lever. On peut profiter de ce que la malade peut accomplir quelques mouvements pour la purger, d'autant plus qu'au troisième jour, elle présente ordinairement quelques légers symptômes d'embarras gastrique.

Quatrième et cinquième jours. — Pendant ces deux jours, l'état de la malade se modifie peu, les écoulements séreux continuent. Le séjour au lit est rigoureusement prescrit. Les injections vaginales peuvent être reprises.

Sixième jour. — C'est ordinairement le sixième jour que les malades rejettent l'eschare produite par la cautérisation de leur muqueuse utérine. Dans le cours de cette journée, quelquefois à la suite de quelques coliques, mais le plus souvent sans aucun symptôme douloureux, à l'occasion d'un accès de toux, ou en prenant une injection, les malades rejettent une petite masse grisâtre qui représente la forme de la cavité utérine, c'est l'eschare produite par la destruction des parties malades.

Cette eschare se présente sous la forme d'un petit sac, ayant la longueur de la cavité utérine, renflé à son extrémité supérieure qui correspond au fond et sur laquelle on reconnaît facilement l'ouverture des trompes; l'extrémité inférieure correspond au canal cervico-utérin, elle est fendue transversalement et se continue avec un point légèrement rétréci qui correspond à l'isthme de l'utérus. Fendue suivant la largeur, l'eschare présente une cavité sur les parois de laquelle on reconnaît tous les détails de structure de la muqueuse utérine vue par sa face libre. Cette cavité contient, de plus, un léger magma de mucus et de farine emprisonnés au moment de la cautérisation. Immédiatement après l'élimination de l'eschare, si l'on introduit un spéculum, on constate que l'état de l'utérus est absolument modifié. Le col utérin ne présente plus aucune trace d'inflammation, il est rosé, légèrement entr'ouvert, et on peut faire pénétrer dans l'utérus un hystéromètre, qui ne détermine aucune douleur.

Après cette constatation, il ne reste plus qu'à débarrasser l'utérus des débris qu'il peut contenir, au moyen d'une injection intra-utérine; et dès lors on applique un traitement consécutif que nous décrirons bientôt pour s'opposer à l'atrésie utérine.

L'eschare en masse que nous venons de décrire se retrouve presque toujours, quand les cautérisations ont été faites avec un *gros* bâton; mais quand on s'est servi d'un petit bâton, l'élimination se fait le plus souvent par morceaux et on retrouve pendant trois jours environ des débris grisâtres dans le liquide qui a servi aux injections vaginales de la malade. Dans ces cas, l'injection intra-utérine constitue un précieux auxiliaire du traitement préconisé par MM. Dumontpallier et Polaillon.

Comme nous venons de le dire, l'élimination de l'eschare se fait ordinairement le *sixième jour*; mais elle peut avoir lieu le quatrième ou le cinquième jour. Elle peut aussi être retardée et ne s'accomplir que le huitième et même le dixième ou le douzième jour. Quand le sixième jour l'élimination n'est pas faite, on attend le huitième, mais alors, quoi qu'il soit arrivé, on examine la malade.

Huitième jour. — L'eschare peut s'éliminer d'elle-même et tous les phénomènes que nous avons décrits se retrouvent exactement comme au sixième jour. D'autres fois, elle ne s'est pas éliminée, on pratique alors l'examen au spéculum. Souvent, au moment où l'on ouvre les valves de l'instrument, on assiste à la sortie de l'eschare de la cavité utérine, mais elle peut encore apparaître sous la forme d'un corps grisâtre entre les lèvres du museau de tanche, il suffit alors d'exercer une légère traction au moyen d'une pince à polypes pour la détacher en tout ou en partie, et on achève le nettoyage de l'utérus au moyen d'une injection intra-utérine.

Dès que l'eschare est éliminée, l'endométrite est guérie, ce qu'il est facile de constater par l'absence complète des douleurs et des écoulements; il ne reste plus qu'à surveiller l'utérus de la malade pour éviter l'atrésie. C'est un traitement complémentaire que nous allons exposer en détail.

VI

De l'atrésie utérine et des moyens propres a la combattre. — Le reproche le plus sérieux qu'on ait adressé aux cautérisations par la pâte de Canquoin, c'est qu'elles déterminaient l'atrésie utérine. Ce reproche semble d'autant plus fondé que, dans sa thèse, M. Lauth (1), qui a recueilli ses observations dans le service de M. Dumontpallier, rapporte un nombre relativement considérable de cas d'atrésie (13,5 p. 100).

Il est juste de dire, pour la justification du procédé de M. Dumontpallier, que les atrésies rapportées par M. Lauth ont été produites tout à fait dans les premiers temps de l'application des crayons de chlorure de zinc au traitement de l'endométrite. Frappé des excellents résultats que donnaient de suite les cautérisations, le médecin de l'Hôtel-Dieu renvoyait les malades dès que, l'eschare éliminée, elles n'avaient plus ni douleurs, ni écoulements; mais quand, après plusieurs semaines, les malades se présentèrent sans avoir eu leurs règles, il ajouta, à son procédé curatif de l'endométrite, un traitement destiné à prévenir l'*atrésie*.

L'atrésie utérine peut être *précoce*; elle résulte alors de l'accolement des surfaces saignantes et bourgeonnantes mises à nu par la chute de l'eschare; nous avons pu une fois constater à l'aide du microscope qu'il en était ainsi. Il s'agissait d'une des premières opérées de M. Dumontpallier, qui vint mourir dans le service d'une affection indépendante de son ancienne endométrite, trois mois après qu'elle avait été cautérisée. Le point où les parois utérines étaient accolées était constitué par du tissu cicatriciel très limité. Il s'était produit, dans ce cas particulier, une cicatrisation vicieuse absolument analogue aux cicatrisations qui se produisent après les brûlures cutanées.

L'atrésie peut se produire *tardivement*, quand l'utérus a perdu, après l'élimination de l'eschare, l'élasticité de ses parois, et qu'on n'a pas eu soin de la rétablir par un cathétérisme graduel et progressif.

(1) Lauth. Loc. cit.

De ces deux variétés d'atrésie, l'atrésie *précoce* est la plus fréquente, c'est celle que nous avons toujours rencontrée dans les cas rapportés par M. Lauth. Les signes fournis par le cathétérisme utérin sont des plus nets, l'hystéromètre franchit facilement le canal cervical, mais, arrivé à l'isthme de l'utérus, il butte contre un obstacle absolument infranchissable, et ce fait appuie notre thèse, puisque c'est précisément au niveau de l'isthme utérin que les parois utérines s'accolent le plus facilement, même à l'état normal.

Il y avait donc deux indications essentielles à remplir pour combattre l'atrésie utérine :

1° *Empêcher l'accolement prématuré des parois utérines ;*
2° *Dilater graduellement l'utérus, pour lui rendre son élasticité.*

Ces deux conditions, M. Dumontpallier les a remplies en cautérisant avec le nitrate d'argent les surfaces utérines mises à nu par la chute de l'eschare et en faisant, pendant quelques semaines, le cathétérisme progressif de l'utérus. Or, depuis qu'il a inauguré ce traitement complémentaire, l'atrésie est devenue exceptionnelle à la suite des cautérisations par la pâte de Canquoin ; tout aussi bien qu'elle est exceptionnelle, mais cependant réelle, après le curetage.

Le traitement préventif de l'atrésie doit être mis en œuvre dès que l'eschare est complètement éliminée, c'est-à-dire le huitième ou le douzième jour après la cautérisation.

Par une injection intra-utérine on débarrasse l'utérus des détritus qu'il peut encore contenir, et immédiatement on fait le cathétérisme progressif de l'utérus. Les mandrins d'Hégar conviennent le mieux pour cette dilatation, on introduit l'un après l'autre les 15 premiers numéros ; quand le n° 15 a été introduit, on le laisse en place quelques secondes, et avant de renvoyer la malade du lit à spéculum, on cautérise avec le nitrate d'argent à 1/5e, qu'on introduit au moyen d'un porte-caustique flexible garni à son extrémité d'ouate hydrophile.

Ces manœuvres de cautérisation et de dilatation sont répétées tous les cinq jours, jusqu'à l'apparition présumée des nouvelles règles : quand les règles surviennent on les cesse ; si les règles ont un léger retard, on se contente de voir de temps en temps les malades, pour s'assurer de l'état sain de leur cavité utérine.

A la suite de ces manœuvres, il faut avoir soin de prescrire des injections antiseptiques à la malade qui peut, d'ailleurs, marcher et reprendre ses occupations journalières dès la première séance du traitement.

En observant rigoureusement les précautions que nous venons d'exposer, on évite l'atrésie et ses conséquences et, par suite, on peut être certain de l'excellence du traitement curatif des endométrites par les cautérisations à la pâte de Canquoin.

VII

Suites éloignées du traitement. — Il ne suffit pas de faire disparaître une endométrite, et d'éviter l'atrésie utérine, il faut encore se demander si, par la cautérisation au chlorure de zinc, on ne détermine pas des troubles profonds dans le fonctionnement de l'utérus : nous devons, en un mot, nous demander ce que deviennent les *règles*, et s'il y a possibilité de *grossesse?*

A. *Règles.* — Quand on a bien suivi, dans l'application des crayons de chlorure de zinc, le mode de procédé que nous avons indiqué, les règles reparaissent généralement à la suite du traitement à leur époque normale, ou six semaines après la chute de l'eschare.

Il n'est pas rare que les premières règles, lorsqu'elles se montrent quelques jours après le traitement, soient douloureuses, mais elles sont généralement peu abondantes. Elles durent trois à quatre jours et la malade, à leur suite, se trouve dans un état de santé très satisfaisant.

Dans un certain nombre de cas, comme nous venons de le mentionner, il s'écoule souvent six à sept semaines entre le jour de la cautérisation et le retour des règles, absolument comme cela se passe pour le retour de couches après l'accouchement.

Enfin, dans un certain nombre de cas, rares d'ailleurs, les règles subissent dans leur apparition un retard de deux ou trois mois, pour se produire alors normalement. Il ne faudrait pas, de ce simple retard, conclure immédiatement à l'existence d'une atrésie utérine, sans avoir préalablement cathétérisé la cavité de l'utérus, d'autant plus que souvent le retard est dû à un commencement de grossesse, comme nous l'avons observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Dumontpallier.

B. *Grossesse.* — On a reproché encore aux cautérisations utérines de pouvoir devenir un obstacle à la grossesse, et de fait, au moment où il a présenté sa communication à l'Académie de médecine, M. Dumontpallier n'avait pu apporter que des observations probables de grossesse. Le reproche semblait donc fondé, et cela d'autant mieux que l'endométrite n'est pas rare chez les femmes jeunes, très désireuses d'avoir des enfants.

Actuellement, il y a un an que le traitement est appliqué à l'Hôtel-Dieu, et il existe des observations certaines de grossesse. Toutes les femmes soumises au traitement, malgré les recommandations qui leur avaient été faites, ne se sont pas présentées à M. Dumontpallier ; mais au mois de janvier dernier, un certain nombre avaient des signes certains de grossesse et trois d'entre elles avaient fait des fausses couches, deux à trois mois et une à six mois. De ces trois faits dont nous avons eu la preuve évidente, on peut conclure que l'emploi des crayons de chlorure de zinc n'empêche pas le développement d'une grossesse. Nous ne doutons pas, d'ailleurs, qu'avec la généralisation de la méthode, les exemples se multiplient.

VIII

Conclusions. — Des détails que nous venons de donner sur le procédé de M. Dumontpallier, nous sommes autorisé à conclure que :

I. Le crayon de chlorure de zinc, introduit à demeure dans la cavité utérine, est une méthode de guérison certaine des endométrites chroniques.

II. L'atrésie et la sténose de la cavité utérine ne sont pas à craindre quand on prend les précautions voulues.

III. La fonction menstruelle se rétablit normalement après le traitement.

IV. La grossesse est possible après la cautérisation.

Il est donc permis de dire, en terminant, que le crayon de chlorure de zinc atteint le même but que le curetage, donne les mêmes résultats, et est surtout d'un emploi facile pour les médecins qui n'ont pas toujours, à leur disposition, les

ressources d'une antisepsie méthodique si nécessaire au curetage.

Enfin, le traitement par le crayon de chlorure de zinc n'expose les malades à aucune complication immédiate, telle que l'hémorrhagie ou l'inflammation péri-utérine; et il est absolument exceptionnel que l'on soit obligé d'avoir recours à une seconde application du caustique pour la guérison de l'endométrite chronique.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

Les travaux qui seront lus au Congrès sont de deux ordres : les uns, désignés sous le nom de conférences, seront faits en séance générale, par une personnalité scientifique d'une compétence universellement reconnue; les autres, beaucoup plus nombreux, consisteront en une série de communications faites chacune dans les sections.

Nous ne chercherons pas, dans notre compte rendu, à suivre les séances au jour le jour et à donner, en quelque sorte, un catalogue plus ou moins détaillé de ce qui s'est passé au Congrès. Nous comprenons autrement notre tâche. Aussi nous bornerons-nous à analyser les travaux importants et présentant un réel intérêt.

Essai d'une théorie de l'infection.

(Communication de M. Bouchard.)

Il est indispensable, avant de donner une théorie complète de l'infection, d'analyser : 1° les moyens par lesquels l'organisme agit sur les microbes, et 2° les procédés par lesquels les microbes peuvent influencer l'organisme.

1° *Moyens par lesquels l'organisme agit sur les microbes.*

A. Certaines espèces animales sont complètement réfractaires au développement de certains microbes. C'est l'*immunité* absolue; d'autres espèces, au contraire, sont particulièrement favorables à l'évolution microbienne. Entre ces deux extrêmes, il existe des cas où les espèces animales peuvent être dans un état variable de *réceptivité*.

L'immunité peut être le fait de la nature des tissus ou des humeurs de l'animal, puisque, même après sa mort, l'évolution de certains microbes est impossible dans leur humeur ou au milieu de leurs tissus. Mais, le plus souvent, l'immunité n'existe que sous l'influence de la vie. L'animal mort cesse d'être réfractaire au développement des bactéries qui, de son vivant, ne pouvaient évoluer et se cultiver sur lui.

Des nombreux procédés qu'on a imaginés pour expliquer comment les animaux échappent à l'action des microbes, M. Bouchard n'en retient que deux : le *phagocytisme* et l'*action bactéricide*. Ces deux procédés s'associent, en général, et se prêtent un concours presque indispensable pour obtenir l'immunité parfaite.

Le phagocytisme est une fonction des globules blancs du sang, des leucocytes de la lymphe et de quelques cellules fixes de certains tissus.

Dès que les microbes ont franchi les barrières tégumentaires qui protègent l'organisme, ils sont rapidement enveloppés et absorbés par les cellules lymphatiques, dans l'épaisseur desquelles ils se trouvent rapidement inclus. Dans ces cellules, reprises par la circulation lymphatique, le microbe subit une dégénérescence qui aboutit à la mort et va même jusqu'à la dissolution complète. C'est là le phagocytisme. Mais cette fonction, essentiellement protectrice, peut être entravée. Dès lors, des microbes, habituellement nos hôtes inoffensifs grâce au phagocytisme qui les détruit, peuvent devenir pathogènes dès que cette fonction se trouve altérée.

C'est ainsi qu'agit le froid, c'est ainsi que naissent toutes les maladies dites *a frigore*. Le refroidissement ne fait pas naître et pénétrer des microbes dans l'organisme, mais il fait que les microbes, habituellement détruits, échappent à l'action des cellules lymphatiques et pénètrent librement dans la circulation. M. Bouchard rappelle, à ce sujet, des expériences fort concluantes.

Le sang d'un animal bien portant ne renferme jamais de bactéries, ainsi que l'a établi M. Pasteur, et ainsi que cela est journellement démontré. Or, si l'on refroidit lentement et progressivement un animal, son sang, mis en culture, donne des colonies bactériennes.

Mais ce que fait le froid, une foule de conditions peuvent le réaliser : l'immobilisation prolongée, le surmenage, l'épuisement nerveux, etc.

Ces entraves au phagocytisme normal sont l'une des causes qui rendent la maladie infectieuse *possible*, *légère* ou *grave*.

B. L'état bactéricide est cet état des humeurs de l'organisme, dans lequel tous les microbes qui pénètrent dans cet organisme sont tués, dissous ou ralentis dans leur nutrition et leur multiplication.

Quand on sait quelles minimes différences, dans la composition chimique des milieux inertes, rendent plus ou moins active la végétation des microbes ; quand on peut, par l'addition ou la soustraction de faibles doses d'une substance chimique, arrêter toute manifestation de la vie bactérienne ou la laisser subsister en imposant au végétal des modifications considérables dans la rapidité de sa pullulation, dans sa forme, dans ses fonctions et, en particulier, dans celle de ses fonctions chimiques qui constitue sa virulence; quand on fait ainsi subir à la bactérie des dégénérescences ou des atténuations qui peuvent se continuer héréditairement pendant un temps plus ou moins long, même lorsqu'on la replace dans son milieu accoutumé; quand, par d'autres modifications du milieu inerte, on peut, au contraire, augmenter l'intensité de la vie du microbe, restituer et même exalter sa virulence, on comprend que les différences dans la composition des humeurs des animaux vivants puissent produire les mêmes résultats. Et, en effet, pour des raisons purement chimiques et nullement dynamiques, suivant les humeurs et suivant les espèces ou les races animales qui fournissent ces humeurs, les bactéries qu'on y sème peuvent être tuées et même dissoutes, ou simplement empêchées dans leur développement; ou bien, elles peuvent atteindre un très haut degré d'intensité dans leur vie et leur fonctionnement; enfin, entre ces deux extrêmes, elles peuvent présenter tous les degrés de l'atténuation.

Or, cet état bactéricide est, en particulier, produit par la *vaccination*. Ce fait a été scientifiquement et expérimentalement établi pour cinq microbes. L'existence d'un microbe dans l'organisme peut déterminer un état bactéricide pour une autre variété de microbe.

2° *Moyens par lesquels les microbes agissent sur l'organisme.*

M. Bouchard considère comme acquise cette notion, que les *microbes n'agissent sur les animaux que par les matières qu'ils sécrètent.*

Grâce à la pullulation des microbes (un seul vibrion peut, en moins de dix heures, en engendrer un million), les produits bactériens arrivent à constituer une masse importante.

Ces sécrétions bactériennes possèdent plusieurs propriétés. Les unes adaptent à leur besoin les tissus de l'organisme où elles pénètrent; elles les hydratent, les dédoublent, les dissolvent, et amènent leur mortification. Mais le plus souvent, l'action chimique du produit microbien est moins intense et l'on observe seulement certains troubles irritatifs, qui se traduisent par le gonflement et la karyokynèse, des dégénérescences variables des cellules, enfin, du côté des vaisseaux, par l'exsudation et la diapédèse.

Cette diapédèse, qui est le résultat d'une dilatation vasculaire active, serait, pour M. Bouchard, l'*effet d'un réflexe nerveux* sollicité par l'irritation des extrémités des nerfs, au contact des produits bactériens.

Quand l'infection se généralise d'emblée, c'est que les microbes de cette sorte sécrètent, en dehors des matières irritantes, une matière qui empêche la diapédèse de s'effectuer. L'injection des produits d'un tel microbe, empêchant la diapédèse, s'oppose ainsi à la phagocytose. Des expériences entièrement concluantes ont démontré le fait. M. Charrin a même démontré que ces substances entravent la diapédèse par une paralysie des centres vaso-dilatateurs. C'est ainsi, d'ailleurs, qu'agissent le froid, les commotions physiques ou morales, les veilles, la fatigue, etc.

L'existence préalable d'un autre microbe dans l'économie abolit le phagocytisme vis-à-vis d'un autre microbe. M. Roger a vu l'injection du *bacillus prodigiosus* rendre possible chez le lapin, animal réfractaire, le développement du charbon symptomatique. La clinique a depuis longtemps démontré qu'une première infection favorise l'apparition d'une seconde.

A côté des matières nuisibles, le microbe peut sécréter des matières *vaccinantes*. La liste des vaccins chimiques grossit chaque jour depuis les travaux de Salmon, Smith et M. Charrin. Ces matières ne sont ni toxiques, ni pyrétogènes.

En outre, les microbes sécrètent d'autres substances pyrétiques : ce sont des diastases ou des alcaloïdes. D'autres substances sont des poisons à proprement parler.

On comprend, dès lors, comment peut se faire l'infection.

Il faut, pour qu'il y ait infection, que le microbe traverse le revêtement épithélial, évite l'action des cellules lymphatiques, et, une fois transporté dans la lymphe, trouve un état non bactéricide favorable à son développement. S'il se développe, l'intensité de la maladie est proportionnelle à la pullulation des microbes et à la virulence des produits sécrétés. La résistance de l'organisme sera le résultat combiné du phagocytisme et de l'action bactéricide de ses humeurs.

Pour M. Bouchard, les matières vaccinantes n'agissent qu'en développant le pouvoir bactéricide des cellules de l'organisme. Ce serait là la vraie théorie de la vaccination.

De l'état actuel de la bactériologie.

(Communication de M. Koch.)

Après avoir rappelé les premières recherches relatives à cette science et ses progrès depuis une quinzaine d'années, M. Koch reconnaît que l'espoir qu'on avait eu d'isoler les micro-organismes de toutes les maladies infectieuses a été déçu. Aujourd'hui, dit-il, nous pouvons considérer comme acquis que les bactéries infectieuses sont des êtres organisés formant des espèces fixes et constantes, indépendantes aussi bien que les végétaux d'ordre supérieur, ayant des qualités morphologiques acquises. On peut déduire de l'existence de maladies infectieuses très anciennes, telles que la lèpre, la phthisie, la preuve que les bacilles conservent pendant des siècles leurs propriétés caractéristiques. Toutefois, sur un sol mauvais nourricier, il peut se développer des formes imparfaites de micro-organismes qui ont perdu les propriétés des microbes parfaits, qui se développent dans les corps vivants et forment des substances toxiques.

Pour déterminer l'espèce d'un bacille, il ne faudra pas se contenter de caractères isolés, fixes ou variables, mais il faudra noter la plus grande somme possible de caractères morphologiques et biologiques qu'il peut présenter, sinon il n'y a plus que des malentendus dans la bactériologie. La présence de bacilles de la fièvre thyphoïde dans les ganglions mésentériques, le foie, la rate, ne peut donner lieu à aucune erreur, parce qu'il ne se trouve jamais, dans ces organes, de bacilles analogues. Mais on peut facilement se tromper en cherchant le bacille typhique dans le liquide intestinal, l'eau ou l'air, car ces milieux contiennent un grand nombre de micro-organismes qui y ressemblent beaucoup.

Les recherches de M. Koch sur le bacille de la tuberculose, lui ont montré jusqu'où il faut pousser la prudence. On n'acquiert la certitude qu'après l'étude des réactions aux couleurs d'aniline, des cultures pures et des qualités pathogéniques. Il a pu reconnaître ainsi que le bacille de la tuberculose des poules diffère en plusieurs points de celui des autres animaux, soit en le cultivant, soit en l'inoculant. Il expose les différentes expériences qu'il a faites à ce sujet.

Les bacilles de la « tuberculose des poules » constituent donc une espèce différente, quoique très voisine, de ceux de la tuberculose commune. Les travaux récents de Mafucci ont confirmé ces résultats. On ne pourra pas dire que ce nouveau bacille est pathogène pour l'homme avant d'avoir constaté sa présence dans l'organisme humain.

Les recherches récentes ont éclairci aussi la question des rapports entre les bactéries et les maladies infectieuses. Quand on a établi que certaines bactéries se trouvent d'une façon constante dans telle ou telle maladie infectieuse, qu'elles ne se rencontrent jamais dans d'autres, qu'elles peuvent vivre hors du corps animal, et que, dans cet état-là, elles sont en mesure de reproduire la maladie, leur importance étiologique est établie. Cette preuve est faite pour la tuberculose, l'érysipèle, le tétanos et plusieurs maladies chez les animaux.

Par contre, le fait qu'on ne peut pas reproduire, avec des cultures pures, une maladie chez des animaux, ne suffit évidemment pas à prouver que ce bacille n'est pas la cause de la maladie chez l'homme. C'est le cas des bacilles de la

lèpre, du choléra asiatique, de la fièvre typhoïde, de la diphthérie, du typhus récurrent.

L'étude des questions suivantes a fait aussi de grands progrès : le parasitisme des bactéries, leur mode de pénétration et d'évolution dans l'organisme, les produits chimiques (toxalbumines) résultant de leur activité, les combinaisons de plusieurs maladies infectieuses chez le même individu, l'immunité, etc. La théorie de la phagocytose, par contre, perd chaque jour de son importance.

L'étude de l'action de la lumière et de la chaleur sur les bactéries nous a donné des résultats importants pour la prophylaxie :

La lumière solaire a une action destructive sur les bacilles de la tuberculose; suivant l'épaisseur de la couche de la culture exposée au soleil, les bacilles sont tués dans un temps variant de quelques minutes à quelques heures. La lumière diffuse elle-même a une action semblable, mais plus lente; des cultures exposées au jour, à une fenêtre, sont tuées en cinq à sept jours.

Toutes les bactéries ont besoin d'humidité pour se développer, mais elles ne peuvent, par contre, quitter le milieu où elles se sont développées et ne sont susceptibles de se répandre dans l'air que sous forme de poussière, à la faveur de la sécheresse.

Les recherches bactériologiques ont, en somme, donné bien des désillusions, mais aussi beaucoup d'encouragements.

Le fait qu'on n'est pas encore parvenu, malgré toutes les recherches, à découvrir les micro-organismes des maladies exanthématiques, prouve qu'on doit chercher à trouver pour cela des méthodes d'un autre ordre. Peut-être s'agit-il ici de microbes appartenant non au groupe des bactéries, mais à celui des protozoaires, dans le genre de ceux qu'on a trouvés dans le sang des malades atteints de malaria.

Quant aux résultats pratiques des études bactériologiques, ils sont déjà considérables.

La désinfection se fait d'une manière plus judicieuse et effective. Les eaux potables peuvent être examinées au point de vue de leur infectiosité, ainsi que le lait et d'autres aliments; de même l'air dans les égouts, dans les classes d'école, etc. Nous pouvons maintenant reconnaître à ses débuts, d'une façon certaine, une épidémie de choléra asiatique et prendre à temps les mesures prophylactiques nécessaires. Le diagnostic précoce de la tuberculose a été facilité.

Au point de vue de l'utilité thérapeutique directe pour l'individu, nous n'avons jusqu'ici guère que les inoculations préventives de M. Pasteur, contre le charbon, le charbon symptomatique, la rage, etc. Quant à la rage, ce n'est peut-être pas une maladie bacillaire, mais l'étude de cette maladie s'est du moins développée en entier sur le sol bactériologique.

Il y a lieu d'espérer, ajoute M. Koch, que, même au point de vue thérapeutique, la bactériologie verra de plus beaux jours. Pour la tuberculose, cependant, tous les agents employés jusqu'ici l'ont été sans succès direct; cela tient à ce qu'on a expérimenté d'abord sur l'homme au lieu de commencer par étudier l'influence de ces agents sur les cultures, puis sur les animaux.

Après de nombreuses expériences, M. Koch est arrivé à trouver plusieurs substances capables d'entraver le développement des bacilles de la tuberculose. Celles qui réussissent le mieux sont les huiles essentielles; certains composés aromatiques, tels que le naphtol β amine, la paratoluidine, la fuschine, le bleu de méthylène, le violet de gentiane, l'auramine, puis les vapeurs mercurielles et les combinaisons de l'argent ou de l'or avec l'acide cyanhydrique; ainsi, le cyanure d'or, en solution au deux-millionième, entrave la multiplication des microbes.

Mais ces substances ne réussissent pas chez les animaux; en dernier lieu, cependant, M. Koch en a trouvé qui se sont montrées actives chez des cobayes, soit en les rendant réfractaires à l'inoculation tuberculeuse, soit en faisant rétrograder la maladie chez des animaux déjà infectés antérieurement. S'il est démontré, dit en terminant M. Koch, qu'il existe des substances capables d'enrayer la marche de la tuberculose chez les animaux, on peut espérer qu'on en trouvera aussi pour d'autres affections.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

368. M. Martin. Des troubles psychiques dans la maladie de Basedow. — 369. M. Reyes. Contribution à l'étude de l'état mental chez les enfants dégénérés. — 370. M. Brionne. Contribution à l'étude de la forme nerveuse de la grippe et de ses complications. — 371. M. Jacob. Essai critique sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838. — 372. M. Frossard. Du lavage de l'estomac dans la sitiophobie des aliénés. — 373. M. Robert. Des myopathies dans la sclérodermie. — 374. M. Cousin. De quelques symptômes communs au rhumatisme chronique et aux affections nerveuses. — 375. Mme Kooindjy, née Pomeranez. Valeur diurétique de la théobromine. — 376. M. Vacher. De la thermométrie en clinique. — 377. M. Deleage. Étude clinique sur la maladie de Thomson. — 378. M. Caussade. De la néphrite pneumonique.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Par M. le docteur Passant.

Statistique du 1er avril au 30 juin 1890.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	6	12	1	19
2e	11	20	2	33
3e	25	45	18	88
4e	32	64	20	116
5e	22	24	13	59
6e	10	27	8	45
7e	7	19	8	34
8e	6	9	0	15
9e	6	16	4	26
10e	28	28	9	65
11e	74	124	74	272
12e	24	52	31	107
13e	37	57	40	134
14e	48	64	25	137
15e	33	66	27	126
16e	9	14	5	28
17e	48	75	29	152
18e	80	114	48	242
19e	50	72	25	147
20e	72	135	59	266
	628	1037	446	2111

La moyenne des visites par nuit est de 23,20. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 21,35.

Les hommes entrent dans la proportion de	33	p. 100.
Les femmes — —	50	—
Les enfants au-dessous de trois ans	17	—

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites	158
Croup	53
Coqueluche	14
Ophthalmie	2
Otite	2
B. Asthme	44
Affections du cœur	64
Bronchites aiguës et chroniques	121
Pleuro-pneumonie	93
Congestion pulmonaire	15
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	135
Cholérine	42
Dysenterie	4
Athrepsie	49
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	64
Hernie étranglée	30
Rétention d'urine	16
Blennorrhagie et orchite	4
Chute du rectum	3
D. Métrite, métro-péritonite	71
Métrorrhagie	42
Fausse couche	68
Accouchement, délivrance	158
Accouchements non terminés	28
E. Affections cérébrales	88
Convulsions, éclampsies	67
Névralgie	32
Névroses	81
Epilepsie	16
Aliénation mentale	3
Alcoolisme, delirium tremens	12
Catalepsie	3
Rage	1
Syphilis constitutionnelle	2
F. Rhumatisme	33
Affections éruptives	139
Fièvre intermittente	3
Fièvre typhoïde	49
Hémorrhagies de causes internes et externes	84
G. Plaies, contusions	103
Fractures, luxations, entorses	23
Brûlures	4
Empoisonnements	15
Asphyxie par le charbon	6
— submersion	1
Suicide	8
H. Mort à l'arrivée du médecin	58
Total	2111

Visites du deuxième trimestre de 1889	1 901
Visites du deuxième trimestre de 1890	2 111
Différence en plus	210

Voici le texte du projet de loi sur les Universités soumis récemment au Sénat :

TITRE PREMIER

DES UNIVERSITÉS

ARTICLE PREMIER. — Les Universités sont des établissements publics d'enseignement supérieur ayant pour objet l'enseignement et la culture de l'ensemble des sciences. Elles sont personnes civiles. Elles portent le nom des villes où elles siègent.

ART. 2. — Toute Université doit comprendre au moins les quatre Facultés du droit, des lettres, de la médecine et des sciences. Il peut y être rattaché d'autres établissements d'enseignement supérieur ressortissant au ministère de l'Instruction publique ou à d'autres ministères. Les conditions auxquelles se feront ces rattachements seront déterminées par des décrets rendus sur la proposition des ministres compétents, après avis du conseil de l'Université intéressée et du Conseil supérieur de l'instruction publique.

ART. 3. — Chaque Université sera instituée par un décret rendu en Conseil d'État, après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique.

ART. 4. — En outre des délégués attribués à chaque ordre de Facultés dans le Conseil supérieur de l'instruction publique, chaque Université est représentée dans ce conseil par un délégué spécial, élu parmi les professeurs titulaires, par l'ensemble des professeurs chargés de cours, maîtres de conférences et chefs des travaux pratiques pourvus du grade de docteur.

ART. 5. — Chaque Université est administrée, sous l'autorité du ministre de l'Instruction publique, par le recteur de l'Académie. Le recteur exerce vis-à-vis de l'Université les pouvoirs qu'il tient, en matière d'enseignement supérieur, des lois et règlements. Il exécute les décisions prises par le conseil de l'Université, dans la limite de ses pouvoirs, conformément aux dispositions de la présente loi.

ART. 6. — Il est institué, dans chaque Université, un conseil de l'Université, composé ainsi qu'il suit : le recteur, président ; les doyens des Facultés et, s'il y a lieu, le directeur de l'École supérieure de pharmacie ; deux professeurs titulaires de chaque Faculté et, s'il y a lieu, de l'École supérieure de pharmacie, élus pour trois ans par l'ensemble des professeurs titulaires, chargés de cours, maîtres de conférences, chefs des travaux pratiques de chacun de ces établissements, pourvus du grade de docteur. Les règlements prévus au § 2 de l'article 2 détermineront, s'il y a lieu, les conditions de la représentation au conseil de l'Université des établissements autres que les Facultés, rattachées à l'Université. Le conseil élit chaque année son vice-président.

ART. 7. — Le conseil de l'Université statue définitivement sur l'acceptation ou le refus des dons et legs faits à l'Université, quand ils ne donnent pas lieu à réclamation, sur l'exercice des actions en justice et sur l'administration des biens de l'Université. Il délibère sur les offres de subventions faites à l'Université par les départements, les communes, les associations et les particuliers ; sur les acquisitions, aliénations et échanges de biens meubles et immeubles. Il arrête, après avis de chaque Faculté ou École, le tableau général des cours, conférences et exercices pratiques. Il veille à ce que ces divers enseignements comprennent ceux qui sont nécessaires pour l'obtention des grades prévus par les lois et règlements. Il arrête l'organisation des groupes d'enseignement communs à plusieurs Facultés. Il fait les règlements des cours libres. Il fait, sous réserve de l'approbation ministérielle, les règlements relatifs au mode de nomination des auxiliaires de l'enseignement. Il donne son avis sur les créations et les transformations de chaires. Il donne son avis sur les projets de budgets de l'Université et de chaque Faculté, ainsi que sur les comptes administratifs du recteur et des doyens. Il adresse chaque année au ministre un rapport sur la situation de l'Université. Il exerce, en ce qui concerne l'enseignement supérieur public et libre, les attributions contentieuses et disciplinaires conférées au conseil académique par les lois du 15 mars 1850 et du 27 février 1880. Pour les affaires disciplinaires intéressant des membres de l'enseignement supérieur libre, il est adjoint au conseil de l'Université deux membres de cet enseignement, désignés par le ministre de l'Instruction publique.

ART. 8. — En outre des grades prévus par les lois et règlements, les Universités peuvent délivrer des diplômes particuliers et des certificats d'études. Les tarifs des droits afférents à ces diplômes et certificats et aux études qui y conduisent sont fixés par décrets rendus en la forme des règlements d'administration publique, après avis du conseil de l'Université.

ART. 9. — Les professeurs titulaires sont nommés par décrets rendus sur la proposition du ministre de l'Instruction publique, après présentations du conseil de la Faculté où la vacance s'est produite, du conseil de l'Université et de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique.

ART. 10. — Nul ne peut être nommé professeur titulaire, s'il n'est docteur de l'une ou l'autre Faculté, ou membre ou correspondant de l'Institut, s'il n'est âgé de trente ans et s'il ne justifie d'un stage de deux ans d'enseignement dans un établissement public d'enseignement supérieur.

ART. 11. — Il est établi, pour chaque Université, un budget comprenant les dépenses propres de l'Université et celles de chaque Faculté et École. Ce budget est arrêté par le ministre de l'Instruction publique. Il est pourvu aux dépenses au moyen des res-

sources suivantes : 1° les revenus de l'Université; 2° les revenus des Facultés ; 3° les subventions des particuliers, des associations, des communes et des départements ; 4° le produit des droits d'études et d'examens versés à l'Université par les étudiants des diverses Facultés ou Écoles ; 5° la subvention de l'État. Les Universités sont tenues d'accorder les dispenses de droits d'études et d'examens prévues par les lois et règlements, notamment par les lois du 26 février 1887, du 30 mars 1888 et du 17 juillet 1889. Les agents comptables des Universités sont nommés par le ministre des Finances. Le compte des opérations de recettes et de dépenses effectuées dans chaque Université sera présenté chaque année à l'appui du compte définitif des dépenses du ministère de l'Instruction publique.

Art. 12. — Les maires des villes, les présidents des conseils généraux des départements, les présidents des associations qui allouent des subventions aux Universités, ont entrée au conseil de l'Université, avec voix délibérative, dans les séances où sont discutés les projets de budgets, les comptes, les comptes administratifs et les rapports annuels sur l'état de l'enseignement.

Art. 13. — Des décrets rendus sur la proposition du ministre de l'Instruction publique, après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, détermineront les dispositions particulières à chaque Université, dans la limite des dispositions générales édictées par la présente loi.

TITRE II

DES CONSEILS GÉNÉRAUX DE FACULTÉS ET DES CONSEILS ACADÉMIQUES

Art. 14. — Dans les Académies où les Facultés ne seraient pas constituées en Université, le conseil général des Facultés, en outre des attributions qu'il tient des décrets du 25 juillet et du 28 décembre 1885, exerce, en matière disciplinaire et contentieuse, les attributions conférées par la présente loi au conseil de l'Université.

Art. 15. — A dater de la promulgation de la présente loi, le conseil académique cessera de comprendre des représentants de l'enseignement supérieur. Il comprendra : un professeur titulaire des lycées pour chaque ordre d'agrégation, élu dans les conditions déterminées par la loi du 27 février 1880; un maître des classes élémentaires des lycées, pourvu du certificat d'aptitude à ces classes, élu par les maîtres des classes élémentaires pourvus du même certificat; un maître répétiteur titulaire pourvu du grade de licencié, élu par l'ensemble des maîtres répétiteurs titulaires des lycées et des collèges. Le conseil de l'Université, le conseil général des Facultés et le conseil académique se réunissent, sur la convocation du recteur, pour délibérer en commun sur les questions qui intéressent à la fois l'enseignement supérieur et l'enseignement secondaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le cinquante-huitième Congrès de l'association médicale britannique s'est tenu la semaine dernière à Birmingham, sous la présidence de M. Wade, médecin de l'Hôpital général de cette ville. Après le discours d'ouverture du président, sur l'éducation du médecin, M. Forster a passé en revue les modifications qui se sont produites dans les théories médicales depuis trente ans. Il a surtout insisté sur les progrès accomplis dans la pathogénie et la thérapeutique. Nous sommes heureux de constater qu'il a rendu pleine et entière justice aux travaux français, en particulier à ceux de Villemin, de Davaine, de Pasteur. Il a fait ressortir les progrès considérables dus à la bactériologie, et il a terminé en rappelant l'importance qu'on attache aujourd'hui, dans tous les pays civilisés, à l'hygiène publique et privée.

L'éminent laparotomiste Lawson Tait a prononcé un discours sur l'éducation de la pratique chirurgicale et ses résultats. Il a particulièrement insisté sur l'importance pour le chirurgien « d'être doué de certaines qualités naturelles que les diplômes sont incapables de communiquer ». Il a fait un appel pressant à tous les chirurgiens, pour les engager à publier leurs résultats, seule manière, suivant lui, de juger de la valeur d'une opération. En terminant, il a fait un parallèle entre l'électrolyse et l'hystérectomie, dans le traitement des myomes utérins. La question, à son avis, n'est pas encore jugée.

Nous signalerons, parmi les travaux des différentes sections, une communication de M. Savage sur la gynécologie dans ses rapports avec la folie. Recherchant les causes de la folie chez la femme, il s'est appliqué à montrer l'importance étiologique, à ce point de vue, des altérations des organes génitaux et surtout des opérations pratiquées sur ces organes, en particulier de l'ovariotomie.

M. Hill, président de la section de médecine publique, a pris pour sujet de son discours d'ouverture : les Progrès accomplis par les réformes sanitaires. Il a montré que, grâce à l'application rigoureuse de certaines réformes, la mortalité a notablement baissé dans les dix-sept dernières années, dans les principales villes de l'Angleterre.

— Par décision ministérielle, en date du 3 août 1890, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Zaepffel, pour l'hôpital militaire de Rennes ; Lœwel, pour le 116e régiment d'infanterie, et Pitot, pour le 10e régiment d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Jarry, pour l'hôpital militaire de Belle-Ile-en-Mer; Loup, pour le 4e régiment de dragons; Escard, pour le 52e régiment d'infanterie; Félix, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Lelong, pour le 2e régiment de hussards; Troché, pour le 1er régiment de chasseurs; Demandré, pour le 157e régiment d'infanterie, et Chopard, pour le 3e régiment de hussards.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Florence, agrégé, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de matière médicale à ladite Faculté.

MM. Adenot et Rollet, aides d'anatomie, sont nommés prosecteurs, en remplacement de M. Albertin, dont le temps d'exercice est expiré, et de M. Condamin, appelé à d'autres fonctions.

M. Rossigneux, docteur en médecine, est nommé chef de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Meurer, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Curtillet (Joseph-Jean-Claude) est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Rollet, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Lille.* — MM. Morelle et Doumer, agrégés, sont maintenus, pour l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions ci-après désignées : M. Morelle, chef des travaux pratiques de chimie; M. Doumer, chef des travaux pratiques de physique.

Un congé, du 1er novembre 1890 au 30 avril 1891, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Legay, chef des travaux pratiques d'histologie et d'anatomie pathologique.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Domergue, suppléant, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de pharmacie.

M. Gourret, docteur ès-sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1890-1891, des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Toussaint (de Toulouse).

— M. Nélaton, suppléant M. le professeur Duplay, commencera ses leçons cliniques, à l'hôpital de la Charité, le mardi 12 août 1890, à dix heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par le professeur F. Kœnig. Ouvrage traduit de l'allemand par le docteur Comte, avec une introduction de M. le docteur Terrillon.

Tome III, deuxième fascicule. 1 vol. in-8° avec 37 figures intercalées dans le texte. — Prix 7 francs.

Prix de l'ouvrage complet, 3 forts vol. in-8° avec 338 figures intercalées dans le texte. — Prix : 42 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Traitement des maladies de la peau, avec un abrégé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses, par le docteur L. Brocq, médecin des hôpitaux de Paris. 1 fort vol. gr. in-8° de 940 pages. — Prix : 14 francs. — Paris, O. Doin.

La neurasthénie, épuisement nerveux, par L. Bouveret, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Lyon. 1 vol. in-8° de 220 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Action thérapeutique de Salies-de-Béarn contre l'évolution chronique des maladies et leurs complications microbiennes, par le professeur R. Petit. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 92. — MARDI 12 AOUT 1890. 63e ANNÉE. MARDI 12 AOUT 1890. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

CONFÉRENCES GÉNÉRALES

État actuel de la chirurgie antiseptique.

Par M. Lister (de Londres).

Depuis que Koch a fait connaître sa méthode de culture des microbes sur des milieux solides, l'extension de nos connaissances sur la nature, les habitudes des micro-organismes et sur les moyens par lesquels l'organisme vivant se défend contre eux, a été considérable. Metchnikoff a démontré que les cellules migratrices se nourrissent comme des amibes et ont un goût spécial pour les bactéries, les absorbent et les digèrent, empêchant ainsi leur propagation indéfinie. Il a appelé ces cellules des phagocytes. Si on accepte cette théorie, elle explique beaucoup de points restés mystérieux dans les rapports des micro-organismes avec les plaies. Par exemple, après l'opération du bec-de-lièvre, la plaie, à son extrémité postérieure, est constamment baignée par la salive, qui contient nombre d'espèces de bactéries septiques. Mais celles-ci ne pénètrent pas dans la fibrine qui réunit les deux surfaces sectionnées, comme elles le feraient certainement si ces surfaces étaient composées de verre ou d'une autre substance chimiquement inerte et dépourvue de vie, grâce à l'action phagocytique des cellules qui se pressent dans la lymphe, aussitôt après son effusion.

Cette théorie explique aussi pourquoi l'usage de ligatures de soie, qui n'ont subi aucune préparation antiseptique, peut n'être suivi d'aucune conséquence fâcheuse. Ziegler a montré que les leucocytes pénètrent rapidement dans des espaces très minces, entre des plaques de verre ou d'autres corps étrangers chimiquement inertes introduits dans les tissus. Ils doivent donc pouvoir également se glisser dans les intervalles des fibres d'un fil de soie et détruire tous les microbes qui peuvent s'y être logés.

Les succès obtenus par Bantock et Lawson Tait, soi-disant sans antisepsie, paraissent une pierre d'achoppement. Mais, en réalité, la pratique de ces chirurgiens n'est nullement dépourvue de moyens antiseptiques. Ils purifient leurs éponges, ils observent une propreté stricte, ce qui est certainement une précaution antiseptique ; ils lavent le péritoine avec de l'eau pour se débarrasser des coagula sans blesser la surface péritonéale en la frottant avec des éponges. Le drainage du péritoine est encore une mesure antiseptique.

Du reste, il faut éviter l'application directe de solutions antiseptiques fortes et irritantes sur le péritoine. Mais il serait certainement plus sage d'assurer, par des moyens germicides, l'absence entière des microbes des mains et des instruments ; quant à l'eau servant à la toilette du péritoine, il vaut mieux avoir recours à une solution très faible de sublimé, au 1/10000e par exemple, qu'à l'eau bouillie.

Dans la chirurgie du reste du corps, l'emploi de solutions antiseptiques plus fortes ne présente pas les mêmes inconvénients.

Quant au spray, M. Lister regrette de l'avoir recommandé autrefois dans le but de détruire les microbes de l'air. Les microbes n'ont pas le temps de perdre leur vitalité dans le nuage du spray.

Depuis qu'il a abandonné le spray, M. Lister entoure le siège de l'opération de linges imbibés d'une solution antiseptique. Si, outre le spray, on abandonne lavages et irrigations, la vigilance doit redoubler.

Jugeant d'après l'analogie de blessures sous-cutanées, il espérait qu'une plaie, faite sous des précautions antiseptiques, pourrait immédiatement être fermée en recouvrant d'un vernis antiseptique la ligne de réunion. Mais il constata que l'acide phénique amenait par irritation une sécrétion si abondante de sérum sanguin, que son issue nécessitait une ouverture. D'où le drainage des plaies.

D'après la nouvelle méthode de traitement des plaies par le sublimé, la sécrétion séreuse est déjà beaucoup moindre et le drainage moins nécessaire. Il serait très important d'arriver à le supprimer entièrement.

Quant au pansement extérieur, quelques chirurgiens ont pensé réunir la simplicité et la sûreté par l'emploi du coton-ouate stérilisé par la chaleur. Cette désinfection peut être facile dans un hôpital ; elle serait impraticable en ville. En outre, il est clair que de l'ouate simplement aseptique ne peut empêcher l'infection que si elle est sèche. Une fois humectée à sa surface externe par une sécrétion

abondante, il est clair qu'elle peut devenir septique en masse. Et il y aura toujours des plaies où la sécrétion restera abondante.

Dans de tels cas, un pansement antiseptique, absolument sûr, peut être une affaire de vie ou de mort. Or, des substances antiseptiques chimiques peuvent seules empêcher, dans ces cas de sécrétion abondante, le développement d'organismes septiques. M. Lister se sert, dans ce but, d'une combinaison des cyanures de zinc et de mercure, qui réunit, à une énergie antiseptique suffisante, l'absence de propriétés irritantes.

Développement de la puberté et son rapport avec les maladies observées dans la jeunesse des écoles.

Par M. Axel Key (de Stokholm).

La plus grande croissance a lieu dans la huitième année, l'accroissement devient ensuite régulier jusqu'à treize ans; puis, chez le garçon, la dix-septième année est remarquable par un accroissement rapide en longueur et en poids; chez les filles, l'accroissement est surtout marqué de douze à quinze ans.

Le développement varie dans les différentes nations. Mais partout le moment de la puberté est un âge critique. Les influences climatériques et sociales activent ou retardent le passage à la puberté et les phénomènes de la croissance. Les enfants des pauvres se développent plus lentement et moins bien, l'accroissement en poids est plus marqué pendant les mois d'été que pendant l'hiver.

Au point de vue de l'état sanitaire de la jeunesse au moment de son développement, plus du tiers des enfants sont atteints de maladies chroniques. Leur santé s'altère davantage chaque année scolaire. La courbe des maladies s'abaisse après la puberté pour s'élever de nouveau vers l'âge de dix-neuf à vingt ans.

On demande un temps d'école si prolongé et des travaux si soutenus à la jeunesse suédoise, qu'elle manque du sommeil nécessaire. L'excès du travail empêche le développement spontané de l'intelligence des jeunes enfants.

SECTION DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Myocardites expérimentales.

Par M. Charrin (de Paris).

L'auteur présente une collection de myocardes qui démontrent, par leur simple inspection, qu'au cours d'une même maladie infectieuse et chez le même animal, on peut observer sur le même organe les lésions les plus disparates. Il s'agit de cœurs provenant de lapins ayant succombé à l'affection que détermine l'inoculation du bacille pyocyanique devenu virulent.

On constate dans ces différents cœurs de l'hypertrophie, de l'atrophie, de la dilatation, de la dégénérescence amyloïde, de la sclérose, de l'inflammation à divers degrés, et, enfin, l'absence de lésions.

Pour expliquer ces variétés dans les lésions, il convient sans doute de tenir compte de la quantité et de la qualité du virus, de la porte d'entrée, des réactions organiques, particulières suivant les individus d'une même espèce; toutefois, il est nécessaire d'admettre comme facteur important la durée de l'affection; si l'on veut voir se développer des scléroses, des dégénérescences, il importe de conserver les animaux durant des mois et des années; quand le microbe ou ses produits ont disparu, la pathologie cellulaire poursuit son rôle. Enfin, une autre cause doit s'ajouter aux précédentes. On sait, aujourd'hui, qu'il y a multiplicité, parmi les substances toxiques sécrétées par les microbes. Or, dans ces sécrétions, suivant la prédominance de tels ou tels principes, les effets de toxicité varieront.

Des associations microbiennes.

Par MM. Cornil (de Paris) et Babès (de Bucharest).

Ces associations sont basées, en partie, sur l'affinité de certaines espèces microbiennes, les unes pour les autres, démontrées expérimentalement.

Elles sont ou fatales ou nécessaires pour constituer une maladie donnée.

Elles sont presque la règle dans la plupart des maladies infectieuses de l'homme, et c'est souvent l'infection secondaire qui détermine la mort.

Pour distinguer les divers modes de ces associations, les auteurs proposent la classification suivante :

1° Association de microbes appartenant à des variétés très rapprochées de la même espèce : variétés très voisines du microbe de la pneumonie ou du bacille de la fièvre typhoïde dans ces deux maladies;

2° Association à peu près constante d'un microbe avec un autre dans une maladie donnée : le streptococcus et le bacille de la diphthérie dans cette maladie; le microbe de Schutz et celui de la septicémie hémorrhagique dans la fièvre typhoïde du cheval;

3° Association, dans les maladies par plaies, de microbes équivalents comme valeur pathogène; association de divers streptocoques, par exemple, avec un ou plusieurs staphylocoques;

4° Association accidentelle de microbes septiques ou pyohémiques aux microbes des maladies infectieuses : fièvre typhoïde, dysentérie, choléra, etc. Le plus grand nombre des cas rentre dans cette division. Souvent, on peut déterminer la porte d'entrée des microbes secondaires, mais comme il n'en est pas toujours ainsi, nous n'assimilons pas simplement les faits de cette catégorie aux conséquences des plaies;

5° Association dans laquelle le second microbe reste localisé et n'entre pas dans la lésion et les symptômes de la maladie primitive;

6° Association où les microbes secondaires dominent la scène et déterminent une maladie mortelle; par exemple, une broncho-pneumonie à la suite d'une tuberculose ancienne localisée ou, au contraire, une tuberculose miliaire à la suite d'une coqueluche;

7° Association d'un microbe pathogène avec un autre microbe habituellement inoffensif, d'où résulte une maladie spéciale. Dans ce groupe rentrent certains faits de gangrène pulmonaire, notamment dus au staphylococcus aureus uni à des microbes pathogènes;

8° Association de bactéries à des parasites autres que des bactéries. Telle est l'union de bacilles septiques et hémorrhagiques au parasite de l'hémoglobinurie du bœuf; telle est l'association du bacille de la tuberculose et de l'aspergillus fumigatus (Cornil);

9° Bactéries et tumeurs. On sait, depuis M. Verneuil, que les tumeurs sont un siège de prédilection pour les bactéries.

Nous ne sommes, cependant, pas en mesure d'affirmer l'origine parasitaire des tumeurs épithéliales ;

10° Association de parasites autres que des bactéries à certaines mycoses pulmonaires (diphthérie des pigeons).

Dans l'état actuel de nos connaissances, alors que le virus vivant des maladies les plus contagieuses et les plus infectieuses nous est inconnu, il est de la plus haute importance de bien connaître les parasites bactériens qui les accompagnent et qui paraissent constituer la plus grande partie des lésions et en font souvent la gravité.

SECTION DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement du diabète sucré.

Par M. Dujardin-Beaumetz.

Le traitement du diabète comprend à la fois un traitement pharmaceutique et un traitement diététique, le second de beaucoup plus important que le premier.

La part la plus importante revient au régime alimentaire, la suppression des féculents et des sucres est le plus actif des agents curatifs du diabète. Il faut faire prédominer les graisses dans l'alimentation.

La privation du pain est un des points les plus délicats du traitement du diabétique. Le pain de gluten contenant de la fécule, on s'est efforcé de le remplacer par d'autres pains, en particulier par le pain de soja.

Aujourd'hui, on fait commercialement, soit associé au gluten, soit sans gluten, un pain qui est accepté par nombre de diabétiques, et qui est supérieur au meilleur pain de gluten. Malheureusement, le goût spécial et un peu fort du soja limitera toujours l'usage de ce pain.

Sous le nom de *fromentine* et de *légumine*, on a utilisé les embryons des grains de blé ou de légumineuses.

Ces dernières renferment, en effet, beaucoup d'azote et à peine d'amidon.

M. Dujardin-Beaumetz a été un des premiers à proposer de substituer la pomme de terre au pain de gluten. Mais, dans cette voie, on a été trop loin et on a conseillé les pommes de terre dans le régime des diabétiques, ce qui est une profonde erreur.

Il faut limiter à une seule pomme de terre, du poids de 100 grammes environ, cuite à l'eau, et accompagnée de beurre, l'usage de ce féculent pour remplacer le pain chez les diabétiques.

Il y a une autre prescription qui est bien rarement observée par les diabétiques, c'est la suppression absolue des fruits. Le sucre des fruits est un de ceux qui passe le plus facilement dans les urines des diabétiques. Il faut donc défendre tous les fruits chez les diabétiques.

De même pour le lait qui doit être proscrit, sauf pour les diabétiques avec albuminurie ; dans ce dernier cas, il faut peser les inconvénients de l'insuffisance urinaire avec ceux produits par le diabète, et si les premiers l'emportent sur les seconds, il faut mettre le malade à un régime lacté.

La prescription des boissons offre un grand intérêt. Les diabétiques sont de grands buveurs, et supportent sans ivresse des doses considérables d'alcool. On ne sera donc pas étonné de rencontrer l'alcoolisme fréquemment chez les diabétiques. Aussi, il est bon de défendre l'alcool, les liqueurs et les vins alcooliques et ne permettre que du vin coupé.

Les bières doivent être prises avec beaucoup de ménagement et il faut défendre absolument les extraits de malt et les bières de malt.

Le thé, le café, le maté, les préparations de kola sont, au contraire, très favorables. Toutes ces substances à base de caféine relèvent l'organisme des diabétiques.

La saccharine constitue un très grand progrès dans l'hygiène alimentaire des diabétiques.

Prescrire l'hygiène alimentaire des diabétiques ne suffit pas ; il faut y joindre d'autres prescriptions hygiéniques, et en particulier la gymnastique. L'entraînement des diabétiques ne doit pas dépasser certaines limites, et des fatigues prolongées sont plus nuisibles qu'utiles. Tous les exercices sont favorables, en particulier ceux qui peuvent être pris en plein air, surtout dans un air salubre.

L'hydrothérapie est un précieux adjuvant de la médication hygiénique.

Les eaux alcalines s'imposent dans le traitement des diabétiques, soit à l'état d'eaux thermales, soit à l'état d'eaux transportées et, dans ce dernier cas, elles deviennent l'eau de table des diabétiques.

L'association du carbonate de lithine avec l'arsenic donne, chez les diabétiques d'origine arthritique, et c'est le cas du plus grand nombre, d'excellents résultats.

Mais le progrès le plus considérable introduit dans la médication pharmaceutique du diabétique est celui du groupe des antithermiques analgésiques.

On peut grouper les antithermiques en trois classes : les premiers qui abaissent la température en agissant directement sur le système nerveux, les seconds qui obtiennent cet effet thérapeutique en diminuant le pouvoir respiratoire du sang ; enfin, les troisièmes, qui ont une double action et sur le système nerveux et sur les globules sanguins. C'est au premier de ces groupes qu'il faut s'adresser si l'on veut obtenir une diminution dans la sécrétion urinaire, et à leur tête se place l'antipyrine.

D'autres médicaments ont encore été conseillés contre le diabète insipide. Trousseau avait beaucoup vanté la valériane. Récemment, M. Bucquoy a vanté l'usage du seigle ergoté, qu'il donne à la dose de 75 centigrammes par jour.

On peut aussi obtenir ces effets anuriques avec la phénacétine, l'acétanilide et l'exalgine.

Faut-il, chez les diabétiques, maintenir avec grande rigueur le régime alimentaire, pendant de longs mois et de longues années ? Si, pendant les premiers mois, il faut montrer une extrême rigueur dans le régime alimentaire du diabétique, il faut, dès qu'on a observé la disparition du sucre ou une diminution très considérable dans la quantité de glycose excrétée dans les vingt-quatre heures, apporter des adoucissements à la sévérité du régime.

Mesures à prendre contre la diphthérie.

Par M. Roux (de Paris).

1° Pour arrêter la propagation de la diphthérie, il faut reconnaître la maladie le plus tôt possible. On ne saurait donc trop recommander l'emploi des moyens bactériologiques, qui permettent un diagnostic rapide et précis ;

2° Le virus diphthérique actif pouvant persister longtemps dans la bouche, après que la maladie est guérie, il ne faut rendre les diphthériques à leur vie ordinaire, qu'après s'être assuré qu'ils ne sont pas porteurs du bacille ;

3° Le virus diphthérique se conservant longtemps à l'état sec, surtout à l'abri de la lumière, il est nécessaire de passer à l'eau bouillante ou à l'étuve, tous les objets qui

ont été en contact avec les diphthériques. Il faut désinfecter les linges, les couvertures, etc., avant leur transport au blanchissage.

Les logements où il y a eu des diphthériques, les voitures qui ont transporté des diphthériques, doivent être désinfectés.

Les parents, qui visitent leurs enfants diphthériques internés dans les hôpitaux, rapportent souvent les germes de la maladie dans leur famille. Ces visites doivent être aussi rares que possible. Avant de permettre l'entrée des salles aux personnes étrangères au service, il faut les obliger à revêtir un habit spécial qui recouvrira leurs vêtements et qu'elles quitteront à la sortie. Il faut exiger aussi qu'elles se désinfectent la figure et les mains.

Les enfants des écoles doivent être souvent examinés au point de vue de l'état de leur gorge, surtout quand il s'est produit un cas de diphthérie parmi eux.

4° Dans les affections de la gorge, surtout chez les enfants, et notamment dans les angines rubéoliques et scarlatineuses, il faut, dès le début, pratiquer des lavages antiseptiques fréquents de la bouche et du pharynx.

SECTION DE CHIRURGIE

Traitement de la péritonite tuberculeuse.

Par M. Kœnig (de Gœttingen).

L'auteur a eu quatorze malades atteints de péritonite tuberculeuse. Son traitement consiste dans une laparotomie, suivie d'un lavage aussi complet que possible du péritoine avec de l'eau bouillie. Sept de ces malades sont en bonne santé actuellement, trois sont morts de causes non liées à l'opération, un seul est mort de collapsus causé par l'opération; M. Kœnig a perdu de vue les trois autres malades.

Parmi les opérés des autres chirurgiens, il y en a beaucoup qui sont encore aujourd'hui en excellente santé. L'une de ces guérisons (cas de Spencer Wells) remonte à vingt-cinq ans. M. Kœnig a trouvé qu'en somme l'opération donnait 25 p. 100 de guérison.

La guérison ne dépend pas du procédé opératoire, car tous les procédés ont été employés et tous ont donné quelques succès. Les chances de guérison dépendent de l'étendue de l'infection du péritoine. Cette infection est ordinairement la conséquence des lésions tuberculeuses de l'intestin. La guérison s'observe probablement dans les cas où les altérations de la muqueuse intestinale sont peu profondes ou déjà en voie de guérison. Après le lavage de la cavité péritonéale, l'infection du péritoine ne se faisant plus, la guérison se maintient.

Traitement de l'anus contre nature

Par M. Chaput (de Paris).

1° La résection n'est jamais formellement indiquée dans le traitement de l'anus contre nature. On peut être amené à la faire quand le malade désire une guérison rapide, mais elle restera toujours un procédé d'exception.

2° Les anus contre nature accessibles doivent être traités par l'entérotomie, puis par l'oblitération de l'orifice.

3° Les anus contre nature inaccessibles comportent l'entérotomie employée avec précaution et le procédé de l'abrasion avec ligature en masse. Si l'on est obligé d'ouvrir le péritoine, on suturera l'intestin à la paroi afin de fermer la séreuse.

4° Les anus avec éperon épais seront attaqués prudemment par des applications successives d'entérotome.

5° Les anus siégeant sur l'intestin grêle et compliqués d'oblitération du bout inférieur indiquent la recherche de ce bout et son adduction à la peau. Dès lors, on n'a plus affaire qu'à un anus accessible qu'on traitera comme nous l'avons indiqué plus haut.

6° Les cas compliqués d'oblitération du bout inférieur siégeant à l'ombilic, sur le colon-transverse, contre-indiquent l'adduction du bout inférieur à la peau (brièveté du mésentère). Je conseille de les traiter par l'entéro-colostomie iliaque, à l'aide du procédé de la pince.

7° Les autres complications (éloignement des deux bouts, orifices multiples, échecs répétés des procédés anciens) n'exigent pas davantage la résection. On pourra toujours régulariser l'anus contre nature et le traiter ensuite comme un cas simple.

INFIRMERIE SPÉCIALE DU DÉPOT

Deux cas d'automatisme ambulatoire : 1° automatisme d'origine alcoolique; 2° automatisme hystérique (1).

Par M. Henri Colin,
Interne des asiles de la Seine et de l'Infirmerie spéciale du Dépôt.

II

AUTOMATISME AMBULATOIRE HYSTÉRIQUE

S... (François), né à Montaron (Nièvre), le 7 janvier 1861, jardinier.

Cet individu est amené à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, dans le service de M. Paul Garnier, le 21 mars, vers onze heures du matin. Il est, à ce moment, dans un état d'agitation extrême, parlant, gesticulant, etc.

Lorsqu'on l'examine, on constate d'abord un tremblement vibratoire alcoolique des mains, et des idées délirantes très accusées. Il dit que sa femme a été enlevée par le Pape, qu'elle est à Rome, et nous fait promettre formellement de l'envoyer auprès d'elle au Vatican.

Il existe chez lui une amnésie bizarre; il ne sait dire ni son nom, ni son âge, ni l'endroit où il demeure, ni celui où il est né.

Voici, d'ailleurs, le rapport du commissaire de police de Saint-Germain-l'Auxerrois, devant lequel il s'était présenté le matin même pour faire ses réclamations.

Extrait du rapport : « Le nommé S... se présente au commissariat, disant qu'il désirait aller à Rome pour retrouver sa femme que le Pape lui avait enlevée. Paraît avoir perdu la mémoire; il ne sait ni où il est né, ni où il demeure, ni combien il a d'enfants. Demande s'il est à Paris; raconte qu'il a cherché le Vatican, qu'il n'a pu le retrouver, qu'il a quitté son domicile pour se mettre en route, il ne sait quand. »

Cet individu allait être envoyé à Sainte-Anne, comme atteint d'alcoolisme aigu, lorsque, frappé de son attitude étrange, je demandai son ajournement à M. le docteur Legras.

Deux heures plus tard, à la deuxième visite, quelle ne fut pas notre stupéfaction, en trouvant le malade complètement revenu à lui, et raisonnant parfaitement. Il ne se rappelait absolument rien de ce qu'il avait dit le matin; la mémoire était revenue tout entière et il put nous fournir tous les renseignements désirables.

Nous apprîmes qu'il était sujet à ces sortes de crises, et que

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 794.

justement, pour éviter toute difficulté, il portait toujours sur lui des papiers indiquant son adresse, et établissant son identité. Effectivement, au procès-verbal du commissaire, étaient joints un extrait de naissance, une quittance de loyer et des certificats de travail.

La fugue d'aujourd'hui n'est pas la première ; on pourra en juger par la narration suivante que nous avons prié le malade de nous donner, et que nous abrégeons un peu.

« Je me nomme S..., âgé de vingt-neuf ans. Depuis l'âge de quinze ans, je suis atteint d'une maladie nerveuse qui devient peu à peu folie.

Ce fut en 1875 que je ressentis les premières atteintes de cette maladie ; sur trente élèves, dont se composait la ferme école de Saint-Michel, tous furent atteints, au dire des médecins, de la danse de Saint-Guy, folie curieuse qui se manifestait par des courses effrénées et des contractions nerveuses. Tous les détritus rencontrés par nous étaient dévorés, mais je fus un de ceux à qui cette maladie dura le plus. Je fus malade trois mois. Depuis cette époque, la phase en changea peu à peu ; c'est ainsi qu'en 1879, alors élève à Versailles, où j'étais cité comme le meilleur, un jour, à la suite d'une fête, je quittai brusquement l'école, poussé par une force inconnue, et errai trois ou quatre jours à l'aventure. A partir de cette époque les crises se produisirent de plus en plus souvent, lors même qu'elles n'étaient engendrées par aucune liqueur. C'est alors que je devins gardien de la paix. Un jour, sans motifs, je donnai ma démission, toujours poussé par cette main mystérieuse.

A dater de ce moment, la misère plus ou moins grande me poussa à boire, les crises devinrent plus violentes et plus précipitées. Une des plus fortes fut celle de janvier 1881. Après une discussion d'intérêt avec ma femme, je me mordis profondément la paume de la main gauche, puis j'errai jusque dans l'après-midi, allant de pharmacie en pharmacie me faire cautériser, puis finalement chez M. Pasteur, disant que je croyais réellement être mordu par un chien. Le soir, rentrant chez moi, je fus pris d'une crise violente, voulant mordre tout le monde et brisant tout chez moi. On me fit transporter à l'hôpital Laënnec où je restai cinq jours. Quelque temps après, ma femme me parla de ma morsure, je ne pouvais le croire. Les crises augmentèrent sensiblement, mais je ne décris que les plus grandes. Au mois d'août 1889, ma femme étant absente, je rentrai chez moi le soir après ma journée. Le lendemain je fouillai tout le quartier de Grenelle, je m'étais fait cinq blessures aux bras et à la poitrine avec mon rasoir, et je recherchais des ennemis supposés. Ce n'est que le dimanche suivant qu'en prenant mon rasoir pour me raser, je m'aperçus qu'il était taché de sang, et plusieurs personnes vinrent me raconter mes courses dans le quartier.

A l'hôpital Cochin, où j'étais jardinier, j'étais aimé par M. le Directeur et tous les employés. Un matin, sans aucune provocation, je me fis régler et, en habits de travail, je partis pour le Havre ; j'avais donné tous mes meubles et disais à qui voulait l'entendre que je partais avec un lord anglais. Revenu chez nous je fus pendant trois jours sous l'empire de crises nerveuses plus ou moins fortes, mais interrompues. De tous ces faits, la plus grande partie m'en a été révélée par des amis. J'en ai oublié le plus grand nombre.

Mon affection, que je nomme maladie nerveuse, a pour cause trois cas principaux qui sont : la dispute, le chagrin et, par dérivation, la boisson.

Je ressens d'abord (que je sois à mon travail ou en tout autre lieu) comme un grand tressaillement, puis une contraction nerveuse générale ; la tristesse s'empare de moi, un profond dégoût de tout ce qui existe, et je pars. Me voilà donc parti sans aucun but déterminé, marchant, marchant toujours ; à partir de ce moment, je n'ai plus conscience de mes actes. Au début de mes pérégrinations, j'évite les personnes que je connais, sans doute parce que je crains qu'elles ne me détournent du but que je poursuis. Il existe donc, en ce moment, encore une lueur de raison. Cette puissance qui me conduit est tellement forte que, si je suis avec un camarade à travailler, je trouve toujours un prétexte pour m'esquiver. Il m'est impossible de me rappeler l'endroit où je demeure, ou de le retrouver. A la fin de la crise, j'ai de fortes contractions nerveuses, je pleure abondamment, puis la mémoire me revient (non pas entière), et je retrouve mon domicile.

Souvent il me prend un violent désir de boire, c'est absolument la même chose. Je bois le plus possible, mais dans ce cas, je ne perds pas complètement la mémoire : je sais regagner mon domicile. »

Comme on le voit par ce récit imagé reproduit textuellement, notre malade est très intelligent.

Revenons sur quelques points de ce récit.

Signalons d'abord cette épidémie bizarre de l'école de Saint-Michel qui semble avoir été une épidémie de chorée rythmée. Les élèves attribuaient cela à l'emploi du seigle ergoté.

Le père et la mère du malade sont bien portants, mais le frère, de trois ans plus âgé que lui, et sa sœur, de cinq ans son aînée, furent également atteints par l'épidémie de Saint-Michel. La sœur était bonne dans cet établissement ; elle eut à la suite plusieurs attaques de nerfs.

Quant à notre malade, il n'a jamais cessé depuis ce temps d'avoir des attaques sur lesquelles nous reviendrons.

Quoi qu'il en soit, cela ne l'empêchait pas d'être fort intelligent et d'avoir d'excellentes places qu'il perdait toujours de la même façon. Il était entré premier à l'école d'horticulture de Versailles, où il était boursier de l'État : les élèves y restent trois ans, on a vu qu'au bout d'un an notre malade l'a quittée. De même pour sa place de gardien de la paix, sa place de jardinier à Cochin, etc.

Les attaques chez lui se divisent, comme il dit lui-même, en grandes et petites. Ces dernières sont très fréquentes, surviennent presque tous les jours. Il ne perd pas connaissance, mais se tord les bras, fait des mouvements, est énervé, il a, dit-il, des « contractions nerveuses ».

Les grandes crises sont beaucoup plus rares, elles se produisent trois ou quatre fois par an. Il est triste, ne pense plus à son travail, est poursuivi par l'idée fixe de partir, de s'en aller. Il sait fort bien, dit-il, qu'il fait mal, mais il faut qu'il parte, et rien ne peut le retenir. C'est pendant ces « crises » que surviennent de grandes attaques d'hystérie, terribles comme il dit. Il perd connaissance et il faut quatre ou cinq hommes pour le tenir.

Il se rappelle fort bien les circonstances qui précèdent la crise et le départ ; mais dès qu'il est parti, il ne se souvient plus de rien. C'est ainsi qu'il a perdu toutes ses places. Sa fugue de l'hôpital Cochin est trop curieuse pour que nous n'y insistions pas : elle ressemble à s'y méprendre à une fugue d'épileptique.

Étant jardinier à Cochin, le 15 octobre 1889, à sept heures du matin, il venait de se mettre au travail, ayant laissé sa femme à son domicile. Poursuivi par son idée, et sans avoir fait d'excès alcooliques, il signe un papier par lequel il donne tous ses meubles à un garçon de l'hôpital, passe à la caisse, se fait régler et s'en va.

Le lendemain matin, il se réveille au Havre assis sur le port. Un douanier, lui trouvant l'air étrange, lui demande ce qu'il fait là ; il lui répond : « Je respire au bord de la Seine. » Le douanier lui explique alors qu'il est au Havre. Là-dessus le malade reprend le train et rentre à Paris. Il avait mangé en sortant de Cochin, n'avait rien pris au Havre — n'ayant fait aucune dépense — et ce n'est qu'en rentrant qu'il mange au buffet de Rouen. Il était alors en pleine possession de lui-même.

Autre détail : toutes les fugues se terminent par une crise de larmes ; dès que la conscience revient, il se met à pleurer ; il n'est bien qu'après s'être ainsi soulagé. C'est ce qu'il a fait au Dépôt où il a pleuré, dans sa cellule, pendant environ une heure.

Ces fugues sont toujours entremêlées d'attaques hystériques. Il est probable que c'est dans le délire qui suit ces attaques que notre homme, dans sa crise de 1881, s'est mordu ; il a dû en être de même pour les coups de rasoir. Il a ensuite cherché dans tout Grenelle l'individu qui avait pu le blesser.

Nous nous sommes enquis, de la façon la plus minutieuse et à plusieurs reprises, du fait de savoir si le malade buvait avant ses fugues. Il nous a affirmé énergiquement que non ; avant de partir, il ne boit pas, mais une fois parti, il se rattrape, il entre partout pour boire, et, en même temps, se montre d'une générosité extrême ; il donne tout son argent aux pauvres.

Ce qui domine, par conséquent, c'est cette impulsion qui le force à partir, à marcher.

Le malade obéit, et alors se passe un phénomène curieux.

S'il ne boit pas, pendant ses pérégrinations, il lui arrive souvent de rentrer chez lui trois ou quatre heures après ; s'il boit, au contraire, on ne le revoit plus, et il a des attaques nerveuses terribles. C'est comme cela qu'on voit qu'il a bu. Dans ses attaques, il perd connaissance, et il faut trois ou quatre hommes pour le tenir.

Le jour où on nous l'a amené au Dépôt, il avait pris cinq absinthes, et, sur la place du parvis Notre-Dame, il a eu une attaque très violente. Les agents l'ont secouru, l'ont laissé aller, et quelques instants plus tard, il s'est rendu au commissariat de police.

La boisson, d'autre part, ne produit pas le même effet sur lui, suivant qu'il est en imminence de crise et sous l'influence de son impulsion, ou suivant qu'il est dans son état normal.

Ainsi, il lui est arrivé très souvent d'aller faire la noce avec des camarades et de boire beaucoup, sans en être incommodé ; il se rappelle fort bien ce qu'il fait dans ces cas-là.

Mais lorsque la crise survient, trois ou quatre fois par an, il est poussé à boire et le tout se termine par une attaque.

C'est ce qui s'est encore passé lors de la fugue qui l'a amené au Dépôt.

Interrogé sur l'heure à laquelle le prennent ce qu'il appelle ses « grandes crises », le malade nous répond que c'est presque toujours vers deux ou trois heures de l'après-midi.

La cause occasionnelle la plus ordinaire est un chagrin.

La dernière a été provoquée par le départ de sa femme qui l'avait abandonné environ dix jours auparavant.

Au point de vue des stigmates, nous trouvons : une hypo-anesthésie généralisée, et, sur tout le côté droit du corps, des plaques d'anesthésie complète.

Le membre supérieur droit est complètement anesthésié, il en est de même des membres inférieurs et surtout des genoux qui, au dire du malade, sont toujours froids et insensibles.

La sensibilité est conservée sur le devant de la poitrine et sur le dos. — Les testicules sont un peu douloureux à la pression.

Zones hystérogènes au niveau de l'appendice xyphoïde et sous les omoplates. — Anesthésie pharyngée complète.

Goût amoindri, surtout à gauche.

Odorat très diminué, surtout à droite. L'ammoniaque n'est perçu qu'à gauche.

Nous n'avons pu mesurer exactement le champ visuel qui est certainement rétréci.

Le malade serait facilement hypnotisable.

Notre sujet a le sommeil troublé par des rêves, des cauchemars. Il voit quelque chose qui le poursuit, des bêtes bizarres, quelquefois des hommes. Il a continuellement mal à la tête.

Dernier détail à noter, il n'a jamais commis d'actes délictueux pendant ses fugues.

Le malade, parfaitement sain d'esprit, est remis en liberté le 23 mars.

Deux grands faits se dégagent de cette observation : 1° notre malade est hystérique ; 2° il est dipsomane.

Ces deux faits, suivant nous, le classifient immédiatement au point de vue mental. C'est un dégénéré héréditaire, un déséquilibré. Cela vient à l'appui de la thèse que nous avons soutenue dernièrement dans le *Bulletin médical* (1) et d'après laquelle l'état mental des hystériques ne diffère en rien de celui des dégénérés héréditaires. C'est ce que, d'ailleurs, nous espérons pouvoir démontrer dans un travail de plus longue haleine.

(1) COLIN. De l'hystéro-neurasthénie avec délire chez les dégénérés, *Bulletin médical*, 30 mars 1890.

A quoi faut-il donc attribuer ses accès d'automatisme ambulatoire : à l'hystérie ou à l'alcool ?

Sur ce point notre conviction est faite : ils relèvent directement de l'hystérie. Cela résulte, d'une façon inéluctable, de l'examen minutieux auquel nous nous sommes livré. L'alcool, ici, ne vient que par surcroît, tout en augmentant, bien entendu, le désordre des facultés mentales.

Pour nous, ces crises d'automatisme sont la transformation d'une attaque d'hystérie. Ce qui nous autorise à penser ainsi, c'est que notre malade présente très nettement la quatrième période de l'attaque ordinaire, la période de délire. C'est dans cette période qu'il s'est mordu et s'est cru ensuite blessé par un chien enragé ; c'est dans cette période encore, qu'il s'est donné des coups de rasoir.

Voici donc une attaque d'hystérie qui se transforme en automatisme ambulatoire. Et, à ce propos, nous ne pouvons être complètement de l'avis de M. J. Voisin (1) qui établit, entre l'automatisme hystérique et l'automatisme épileptique, des caractères bien tranchés. Pour lui, le commencement et la fin des crises d'automatisme sont marqués par des phénomènes hystériques très nets ; le diagnostic avec l'automatisme comitial est facile. D'abord les hystériques sont hypnotisables, puis leurs actes dans les fugues sont coordonnés, méthodiques. Ils ont l'apparence extérieure de personnes normales. Au contraire, chez les épileptiques, les actes sont incoordonnés ; les malades errent sans but, souvent ils délirent ou sont en proie à la fureur.

Cette description de la fugue comitiale n'est pas exacte pour tous les cas. Nous n'avons qu'à renvoyer le lecteur aux leçons de M. Charcot pour le prouver (2). Et ici, supprimons tout le reste de l'histoire de notre malade, et prenons simplement la fugue du Havre. En quoi diffère-t-elle d'une fugue comitiale ?

Un mot en terminant. On a signalé et nous avons observé nous-même des faits d'automatisme somnambulique. M. le docteur Paul Garnier en a publié un cas extrêmement intéressant (3), et dans lequel nous relevons les mêmes caractères que dans celui que nous avions observé à la Salpêtrière. Les yeux du malade, pendant l'accès de somnambulisme, étaient à moitié ouverts, et si on le touchait dans cet état, on provoquait une attaque d'hystérie.

Ce malade fut pris une fois d'un accès d'automatisme et, en plein jour, se fit arrêter au moment où il déménageait la boutique d'un brocanteur. Enfin, il présentait fréquemment des attaques de sommeil.

Rien de tout cela chez notre malade. Ici, il s'agit simplement d'automatisme ambulatoire hystérique. Cela est démontré non pas par l'accès d'automatisme lui-même, mais par les accidents hystériques variés qui l'accompagnent (4).

(1) J. VOISIN. Congrès de médecine mentale, 1889, in *Semaine médicale*, 10 août 1889, p. 291.

(2) CHARCOT. *Leçons du mardi*, 1887-1888, p. 155 ; 1888-1889, p. 303 (11e leçon).

(3) Paul GARNIER. L'automatisme somnambulique devant les tribunaux, *Annales d'hygiène et de médecine légale*, avril 1887.

(4) Nous avons rencontré dernièrement ce malade. Il nous a dit avoir eu, depuis sa sortie de l'Infirmerie spéciale, un nouvel accès d'automatisme ambulatoire. Il aurait été conduit à l'hôpital Laënnec, où il serait resté en traitement assez longtemps, paraît-il.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

47. M. DE FLEURY. Contribution à l'étude de l'hystérie sénile. — 48. M. LECŒUR. Contribution à l'étude des luxations exposées de l'épaule. — 49. M. JAUBERT. Étude comparative des divers modes de traitement de la cystocèle vaginale. — 50. M. DHOMÉ. Contribution à l'étude de la résection costale. — 51. M. LASSELVES. Contribution à l'étude de quelques procédés d'intervention dans les positions occipito-postérieures et, en particulier, du procédé du docteur Loviot. — 52. M. CHEVALIER. La paralysie générale à l'asile de Dijon (de 1843 à 1889); considérations statistiques, étiologiques et cliniques. — 53. M. DUMAS. Des sillons congénitaux. — 54. M. FORGET. De la syphilose pulmonaire compliquée d'adénopathie trachéo-bronchique. — 55. M. FOURQUET. Contribution à l'étude de la sciatique réflexe dans les affections des organes génitaux chez l'homme et chez la femme. — 56. M. CHEVALIER-LAVAURE. Des auto-intoxications dans les maladies mentales; contribution à l'étude de la pathogénie de la folie. — 57. M. BORDARIES. Contribution à l'étude de la neurasthénie. — 58. M. CONIL. Contribution à l'étude du développement des ganglions lymphatiques. — 59. M. VERNET. Étude critique sur le traitement chirurgical de la névralgie du nerf dentaire inférieur et, en particulier, sur la résection. — 60. M. COMPANS. Denucé. Son œuvre scientifique.

Congrès de Berlin. — Il a été distribué 7056 cartes aux membres du Congrès. L'Amérique compte 623 représentants, la Russie 421, l'Angleterre 353, la France 173. — C'est à Rome que se tiendra le prochain Congrès, en 1893.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Bernard, docteur en médecine, est institué, pour deux ans, à partir du 1er novembre 1890, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Désir de Fortuné, démissionnaire.

M. Royet, docteur en médecine, est institué, pour deux ans, à partir du 18 novembre 1890, chef de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Belous, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Audry, docteur en médecine, est institué, pour deux ans, à partir du 16 novembre 1890, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Vallas, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Paliard, docteur en médecine, est institué, pour deux ans, à partir du 16 novembre 1890, chef de clinique médicale, en remplacement de M. Mousset, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Vallois, chef des travaux du laboratoire d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy, est institué, pour trois ans, chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Schuhl, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. le docteur Félix Brémond nous prie d'annoncer qu'il est étranger à la rédaction du journal *la Clinique française*, dont la paternité lui est attribuée à tort dans le monde médical.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'attention du monde médical est, en ce moment, ailleurs qu'à l'Académie; elle est, à la fois, à Berlin, à Birmingham, à Limoges, à Rouen, où se tiennent les divers Congrès, qui tous comptent un grand nombre d'adhérents. Si l'on joint à cela les vacances annuelles, on comprendra que le public habituel de l'Académie se soit singulièrement restreint et que l'ordre du jour de cette séance ait été épuisé à quatre heures,

M. Paul Gibier, directeur de l'Institut Pasteur à New-York, a fait une communication sur l'action antiseptique de l'eau oxygénée. Les résultats obtenus par M. Gibier sont absolument conformes à ceux qui ont été constatés, il y a quelques années, dans le service de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis, et qui ont été consignés dans la thèse de M. Larrivé.

La parole a été donnée ensuite à M. Terrillon pour la lecture d'une intéressante observation : il s'agit de l'ablation d'un morceau de foie, contenant plusieurs kystes hydatiques, par la ligature élastique, suivie d'une parfaite guérison. Puis la séance s'est terminée par une communication de M. Le Dentu sur l'examen histologique d'un testicule atteint de lésions éléphantiasiques.

HOTEL-DIEU. — M. VERNEUIL.

Traitement des hémorrhoïdes par les pulvérisations phéniquées.

Je profite de l'occasion qui m'est offerte par un malade pour vous parler du traitement des hémorrhoïdes. La fréquence de cette affection m'autorise à vous entretenir des différents moyens dont vous pouvez disposer pour mettre fin aux accidents, parfois si pénibles, qui mettent les patients dans l'obligation de consulter un chirurgien.

Le malade que vous avez pu voir dans nos salles est atteint d'hémorrhoïdes, qui se présentent dans des conditions un peu spéciales, comme vous pourrez vous en assurer par la suite.

La dilatation de l'anus, que j'ai préconisée depuis longtemps, est la méthode de choix dans le traitement des hémorrhoïdes. Que celles-ci soient fluentes ou qu'elles ne le soient pas, qu'elles aient un gros volume ou qu'elles soient petites, la dilatation anale assure leur guérison, du moins dans la très grande majorité des cas. Cependant, on a noté quelques insuccès, et certains auteurs en ont pris texte pour proclamer l'inefficacité de la méthode. L'expérience a démontré que ces reproches n'étaient pas justifiés et que la dilatation anale devait être conservée dans la cure de toutes les hémorrhoïdes.

Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'hémorrhoïdes donnant lieu à des accidents, il faut avoir recours à la dilatation anale. Cette opération, que je pratique à l'aide d'un spéculum bivalve, amène la cessation de la douleur et des hémorrhagies. La guérison se fait promptement. La première selle est un peu douloureuse et contient une petite quantité de sang; la deuxième garde-robe se fait sans douleur et ne renferme plus de sang. Le sphincter se referme très vite. Le quatrième jour, tout est fini et j'ai l'habitude de donner la liberté à mes opérés dès ce moment.

Mais les choses ne se passent pas toujours d'une façon aussi simple. Les hémorrhoïdes sont parfois enflammées ou étranglées. En examinant les malades, on voit, au niveau de l'anus, un gros bourrelet rouge, dur, douloureux au toucher et irréductible pour deux raisons : le sphincter est trop serré pour que la tumeur puisse rentrer dans l'anus, ensuite le bourrelet hémorrhoïdal est si douloureux qu'il est impossible de tenter les manœuvres de taxis et qu'il serait préférable de pratiquer la dilatation.

Dans ces conditions, faut-il opérer ? Je ne le crois pas. Les hémorrhoïdes étranglées doivent être traitées par des moyens moins violents. Il faut laisser le malade tranquille, et se borner à combattre l'inflammation hémorrhoïdale. Les tumeurs se flétrissent et les douleurs diminuent assez rapidement; on obtient ainsi une cure radicale sans intervention bien active. Il faut s'abstenir d'opérer, parce que le chirurgien peut détacher un caillot et produire une embolie pulmonaire. Parfois, cependant, on a la main forcée; les malades souffrent horriblement. On est obligé d'opérer.

Anciennement, on ne traitait pas ou on traitait mal les hémorrhoïdes enflammées. Parfois on prescrivait des bains, des embrocations émollientes. On parvenait, dans quelques cas, à augmenter les douleurs. Le plus souvent l'intervention était inefficace et illusoire.

Lisfranc employait une méthode moins anodine dans le traitement des hémorrhoïdes enflammées. Il pratiquait la saignée des hémorrhoïdes avec une lancette. Cette saignée locale avait un effet local assez satisfaisant. Mais il est assez périlleux d'ouvrir des veines. Vous n'ignorez pas qu'à une époque pas très éloignée de nous, les solutions de continuité qui intéressaient les veines étaient suivies d'accidents graves, parfois mortels. Aussi, dans cette période où l'on ne connaissait pas les moyens de lutter efficacement contre l'infection, quelques chirurgiens étaient-ils d'avis d'exhorter les malades atteints d'hémorrhoïdes enflammées à la patience. On agissait sur leur moral et on les laissait souffrir pendant deux ou trois jours.

J'ai pensé qu'on pourrait être utile aux patients, en employant un procédé qui m'a donné d'excellents résultats dans le traitement de certaines phlegmasies. Voici dans quelle circonstance je fus appelé à pratiquer la pulvérisation phéniquée.

Un de mes anciens élèves arrive chez moi, avec une mine désolée, et pouvant à peine marcher. Il avait des hémorrhoïdes étranglées et tous les traitements avaient été inutilement employés.

J'eus l'idée de soumettre les bourrelets hémorrhoïdaux à la pulvérisation phéniquée. Je confiai à mon ancien élève un gros pulvérisateur. Ce médecin s'en retourna à son domicile, se coucha sur le côté et dirigea le jet du pulvérisateur sur sa région anale. Il fit deux pulvérisations. Chacune d'elles durait une demi-heure. Le surlendemain, je revoyais mon malade. Il était gai et content. Il ne souffrait plus de ses hémorrhoïdes, il était à peu près guéri.

J'ai eu l'occasion d'employer les pulvérisations phéniquées dans un autre cas.

Une dame grosse, grasse, puissante, avait une fracture du fémur. Les médecins qui avaient donné les premiers soins à cette malade croyaient à l'existence d'une luxation et s'étaient livrés à des manœuvres extrêmement pénibles pour la patiente.

Quand je vis cette dame, je commençai par la mettre dans une gouttière de Bonnet. Mais cette malade avait des hémorrhoïdes étranglées et souffrait beaucoup de la région anale. La fracture condamnait cette femme au repos absolu dans le décubitus dorsal. Il était difficile de traiter les hémorrhoïdes. J'eus l'idée de hisser la femme, couchée dans la gouttière de Bonnet, à une certaine hauteur et de diriger sur la région anale le jet d'un pulvérisateur, chargé d'une solution phéniquée.

Ce traitement fit merveille. Les hémorrhoïdes se décongestionnèrent rapidement. La guérison était obtenue le quatrième ou le cinquième jour.

J'ai constaté le même résultat dans deux autres circonstances.

Il faut savoir que l'on n'a pas, dans tous les cas, par la dilatation, un succès absolu. Les douleurs et les hémorrhagies cessent et le bourrelet ressort. Deux de mes malades m'ont donné des insuccès relatifs. Mais ces faits rares ne doivent pas vous faire renoncer à la dilatation qui est la méthode de choix.

Vous avez vu ce matin la malade que j'ai traitée par des pulvérisations phéniquées. Le résultat n'est pas bon. Néanmoins, je vous donne le conseil d'employer les pulvérisations phéniquées pour guérir les hémorrhoïdes enflammées. Il ne s'agit pas de constater l'insuccès, il faut en connaître la cause.

La pulvérisation agit comme antiseptique, surtout quand elle renferme une substance antiphlogistique comme l'acide phénique. Cela vaut mieux que tous les cataplasmes plus ou moins émollients. La pulvérisation chaude agit très bien sur les tissus enflammés. Vous savez que la chaleur, plus que le froid, décongestionne les tissus. La chaleur agit aussi sur l'élément spasmodique. Somme toute, les pulvérisations faites sur des hémorrhoïdes enflammées doivent être chaudes.

Or, chez ma malade, les pulvérisations qui lui ont été faites étaient froides. J'ai interrogé cette femme qui a été très affirmative à ce sujet. Les pulvérisations étaient froides et déterminaient une sorte de contraction locale.

Mais comment peut-on faire des pulvérisations chaudes?

M. Nicaise a publié une série d'expériences intéressantes qui permettent d'obtenir à volonté un jet chaud ou un jet froid. Quand le pulvérisateur est à 1 mètre environ, le jet est froid, à 80 centimètres la pulvérisation est fraîche. Lorsqu'on prend la température du jet à 25 centimètres du pulvérisateur, la pulvérisation est chaude. Ces faits ont été soigneusement établis par M. Nicaise.

Pour avoir une pulvérisation chaude, il suffit de ne pas éloigner l'instrument de plus de 25 centimètres.

A l'avenir je me mettrai à l'abri d'une cause d'échec facile, du reste, à éviter.

Si la pulvérisation échoue, on doit faire la dilatation. C'est ainsi que j'ai agi chez ma malade. Le premier jour, le toucher anal était impossible. Il existait une contracture spasmodique du sphincter.

Vous savez que la dilatation anale, si souvent pratiquée dans la cure des hémorrhoïdes, est basée sur l'existence de la contracture anale. La dilatation a pour but de mettre fin à cette contracture musculaire.

Pour faire l'opération, j'anesthésie le malade. J'introduis dans le rectum un doigt et ensuite un spéculum bivalve. Chez le malade qui fait l'objet de cette leçon, la contracture du sphincter avait sensiblement diminué, sous l'influence de la résolution musculaire produite par le chloroforme. Mais, comme je soupçonnais que la contracture reparaîtrait après la cessation de l'anesthésie, je n'hésitai pas à pratiquer la dilatation de l'anus. J'emploie volontiers le spéculum de Trélat, qui permet de faire une large dilatation. Les valves peuvent s'écarter jusqu'aux ischions.

Il faut agir avec une grande douceur dans toutes ces manœuvres. La fragmentation d'un caillot situé dans les veines hémorrhoïdales est toujours à redouter. C'est la raison qui m'invite à procéder sans brutalité.

Dans certains cas, la dilatation ne fait pas disparaître les hémorrhoïdes. Des bourrelets plus ou moins lourds restent dehors. Il est impossible de les faire entrer. Que faire? Rien de plus simple. Il faut les laisser dehors. La guérison, quoique retardée, s'obtient néanmoins. Les hémorrhoïdes subissent une rétraction spontanée.

La dilatation anale donne des résultats remarquables. Le soulagement éprouvé par les malades est presque immédiat. Les grandes douleurs sont vite apaisées. Au bout de cinq jours, le bourrelet hémorrhoïdal a subi une diminution fort notable. Dix jours après l'opération, la guérison est à

peu près complète. Il reste un bourrelet muqueux dû au gonflement œdémateux de la muqueuse anale.

La dilatation est un moyen qui n'échoue pas souvent. Mais il faut savoir qu'il y a deux modes de guérison. La guérison peut se faire instantanément ou plus lentement. Il sera bon de prévenir le malade qu'on opère de cette double éventualité. La guérison peut être obtenue en quatre ou cinq jours ou dans trois ou quatre semaines. Les malades, atteints d'hémorrhoïdes, consentent volontiers à consacrer un mois à leur guérison.

Je vous ai dit que les hémorrhoïdes guérissaient suivant deux modes, je rectifie pour dire trois modes.

Voici ce qui arrive dans certains cas. On fait la dilatation. Les pertes et les douleurs cessent. Les hémorrhoïdes sortent mais ne causent aucune douleur. Peu à peu, le bourrelet a moins de tendance à sortir. Au bout de deux ou trois mois, la guérison survient spontanément.

Cette constatation a son importance. Lorsqu'on croit être obligé de procéder à une nouvelle opération, après un insuccès apparent de la dilatation anale, il faut attendre. Cependant, chez deux ou trois malades, j'ai été obligé de faire une nouvelle opération.

Une dame avait subi la dilatation anale. Je l'ai revue plusieurs mois après. Elle présentait une hernie de la muqueuse. Au cinquième jour, elle eut une petite hémorrhagie au niveau de la cautérisation. Ce petit accident n'a pas entravé la guérison.

Une bijoutière, traitée par la dilatation anale, était dans le même état que la dame précédente. Elle avait une petite hernie de la muqueuse qui la faisait souffrir. Une pointe de feu pratiquée sur la muqueuse anale fut suivie d'un heureux résultat.

Un autre malade, très pusillanime, avait couru à travers l'Europe pour consulter les médecins et les chirurgiens les plus célèbres. Il fut obligé, à la fin, de se confier à un chirurgien. Je lui fis la dilatation. Il tira un grand bénéfice de l'opération, mais il se plaignait toujours. Il avait, au niveau de l'anus, un petit point qui le gênait un peu. Je lui proposai de lui faire une pointe de feu. Il s'y refusa. La guérison spontanée eut lieu après quelques mois.

Ces petites récidives d'hémorrhoïdes se produisent à la partie antérieure de l'anus. Je vous ai dit qu'avec la pointe d'un thermocautère on pouvait remédier à ce petit accident.

Avant de conclure à l'insuccès de la dilatation, il faut examiner l'opéré pendant un certain laps de temps. Parfois il suffit de faire une simple pointe de feu sur la muqueuse anale pour amener la disparition d'une récidive insignifiante.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

Traitement du mal de Bright chronique.

Par M. Lépine (de Lyon).

Tout le danger de la maladie de Bright vient de l'insuffisance de la sécrétion rénale. Cette insuffisance de la dépuration sanguine par le rein conduit à l'urémie, c'est là le véritable péril. Il faut donc faire uriner le malade, mais à la condition de ne pas surmener le rein. Il faut, de plus, soutenir et exciter les forces du malade.

Pour cela, il faut, dans l'alimentation, diminuer la proportion des matières albuminoïdes relativement aux substances grasses et hydrocarbonées, dont les déchets ne sont pas éliminés par la voie rénale.

Toutes les substances qui, dans leurs déchets, renferment des produits azotés, doivent être restreintes le plus possible.

La viande doit donc être ingérée en très petite quantité, et les viandes noires ou faisandées, très riches en déchets azotés, doivent être rigoureusement interdites.

Le lait, quoique riche en matières albuminoïdes, ne renferme pas de matériaux de déchets, tout son azote est utilisé, il est riche en graisse, aucun de ses principes ne paraît susceptible d'irriter le rein, et le lait est diurétique, c'est-à-dire que non seulement le lait ne paraît pas fournir de matériaux à éliminer par le rein, mais que, par son pouvoir diurétique, il contribue à éliminer les principes toxiques qui existeraient déjà dans l'organisme.

Cependant la plupart des malades, condamnés au régime lacté absolu, s'en dégoûtent, refusent de s'y soumettre plus longtemps et finissent même par ne plus digérer le lait.

Aussi, il y a tout avantage à ne pas astreindre les malades au régime absolu du lait; on leur permettra des légumes frais et secs, du pain, des farineux, toutes substances qui augmentent la proportion des hydrocarbures.

Il faut, dans le choix des aliments que conseille le médecin, tenir compte des prédispositions particulières: tel aliment, que l'on pourrait conseiller chez certains, devient nuisible chez d'autres, qui le digèrent mal. Les produits d'une mauvaise digestion sont riches en déchets, susceptibles d'irriter le rein, s'ils s'éliminent en totalité, ou capables d'intoxiquer l'organisme, si leur élimination est insuffisante.

L'albuminurie doit être suivie et appréciée, jour par jour, dans ses variations. On reconnaîtra aussi qu'il convient d'éliminer les œufs et surtout les blancs d'œufs de l'alimentation des brightiques, car leur ingestion est suivie immédiatement d'un redoublement dans l'albuminurie. Il en serait de même, sans qu'on puisse préciser pourquoi, de l'ingestion de certains poissons de mer.

La diurèse se trouve excitée par les eaux alcalines, la tisane de queues de cerises, de barbes de maïs, mais la lésion si fréquente du cœur, chez les brightiques, rend nécessaire l'usage des médicaments cardiaques. Au premier rang de ces médicaments il faut placer la digitaline cristallisée ou chloroformique, à la dose de 1 milligramme et parfois même de deux milligrammes, mais il est prudent de ne pas user deux jours de suite de ce médicament, et d'attendre quelques jours pour que son élimination soit complète.

La caféine est très recommandable, à la dose de 1 gramme au moins, surtout en injection. Le salicylate de théobromine est moins actif, même à la dose de 3 grammes. Le strophantus, la scille sont à rejeter à cause de leur action irritante sur le rein. Dans les cas d'artério-sclérose, l'iodure de potassium donne de bons résultats.

Des révulsifs sur la région lombaire sont fort utiles, surtout dans la période de congestion rénale. Le repos au lit, bien couvert, est à recommander, de préférence aux bains de vapeur, qui peuvent être dangereux et provoquer l'urémie. La marche n'est pas à conseiller, elle est plutôt nuisible, quoique à un moindre degré que le froid et l'humidité.

Des troubles de la sécrétion pancréatique chez les enfants.

Par M. Gillet (de Paris).

M. Gillet a pratiqué quelques digestions pancréatiques artificielles, chez l'enfant, à l'état de santé ou de maladie. Il a, par un hiver rigoureux, recueilli, très peu de temps après la mort, des pancréas qui lui ont fourni les matériaux nécessaires aux expériences.

Il a ainsi pu constater, chez deux enfants de vingt-quatre jours, morts de débilité congénitale, que le suc artificiellement obtenu était d'une activité médiocre; que la transformation de l'amidon en glucose était à peine marquée chez l'un, avant quarante-huit heures ; qu'elle ne commençait, chez l'autre, que vers vingt-quatre heures, bien qu'elle eût existé à l'état de trace dès une heure. Chez un enfant de huit mois et demi, non débile, l'amidon était réduit en dix minutes.

Dans un cas de lientérie, l'albumine ne se transformait pas en peptone en quarante-huit heures, l'amidon ne donnait pas de sucre en trente-six heures. Le pancréas d'une petite fille de cinquante-trois jours, morte athrepsique avec diarrhée bilieuse, ne modifiait qu'une minime quantité de la caséine en digestion; l'amidon ne se transformait pas avant vingt-quatre heures.

Dans des cas de tuberculose, de rougeole avec diphthérie, la saccharification des féculents avait lieu.

Ces expériences confirment donc l'absence de digestion de l'amidon dans les premiers mois de la vie. De plus, elles semblent montrer que, dans les entérites, le pancréas perd ses propriétés, et que celles-ci seraient conservées dans des affections plus graves n'intéressant pas directement l'intestin.

Antisepsie obstétricale.

Par M. Stadfelt (de Copenhague).

Conclusions. — 1° L'antisepsie convenablement dirigée permet de faire, des maisons d'accouchement, des centres d'instruction sans dangers pour les accouchées;

2° Le principe, d'après lequel on joint aux maisons d'accouchement une succursale sous la surveillance des sages-femmes, est inutile, souvent même dangereux ;

3° L'introduction de l'antisepsie dans les accouchements a été très salutaire pour les nouveau-nés;

4° Dans la pratique privée, les sages-femmes doivent tenir aseptiques leurs vêtements, leur personne et leurs appareils. Il faut recommander une propreté scrupuleuse, des antiseptiques facilement maniables et peu coûteux, de préférence l'acide phénique, et les sages-femmes ne doivent pas soigner les suites de couches quand l'accouchée est malade:

5° Il faut veiller à ce que l'accouchée et son entourage soient aussi antiseptiques, mais il est à craindre que les injections vaginales, pratiquées par les sages-femmes, soient plus nuisibles qu'utiles ;

6° Les sages-femmes doivent, pendant l'accouchement, pratiquer aussi peu que possible le toucher vaginal ;

7° Les cas de fièvre survenant pendant la puerpéralité doivent être signalés au médecin sanitaire, aussi bien par le médecin, quand il a fait l'accouchement, que par la sage-femme. Plusieurs cas de fièvre, survenant chez les accouchées d'une même sage-femme, nécessitent des mesures de désinfection énergiques et éventuellement une suspension de quelque temps.

Nosographie et histoire de l'arthrite alvéolaire symptomatique.

Par M. le docteur Magitot (de Paris).

La maladie décrite sous ce nom est bien connue des médecins et surtout de ceux qui s'occupent de stomatologie. C'est elle qui est caractérisée par la déviation, l'ébranlement, puis la chute des dents, par la suppuration des alvéoles et enfin par des destructions osseuses entraînant la disparition des bords alvéolaires et parfois de portions plus ou moins étendues des maxillaires.

Cette affection très fréquente, très rebelle et souvent grave par ses complications et ses conséquences, a été successivement désignée par les auteurs sous les noms les plus divers : suppuration des alvéoles et des gencives (Jourdain); pyorrhée alvéolo-dentaire (Toirac); gingivite expulsive (Marchal de Calvi); ostéo-périostite alvéolo-dentaire (de plusieurs auteurs); gingivite arthro-dentaire infectieuse (Galippe); péri-odontite expulsive (Cruet, Richer); maladie de Fauchard, maladie de Rigg, etc.

Cette multiplicité extrême de dénominations amène d'abord M. Magitot à tracer une étude de nosographie dans laquelle l'auteur, suivant les anciennes doctrines françaises de Louis Pinel, Rostan, etc., arrive à cette conclusion que l'affection dont il s'agit, portant sur une véritable articulation et sur des tissus ligamenteux, doit recevoir le nom d'*arthrite alvéolaire.* L'épithète de *symptomatique* s'adresse aux états généraux qui constituent une prédisposition ou un terrain favorable à son développement. Tel est surtout l'*arthritisme* dans toutes ses formes, diabète, albuminurie, manifestations hépatiques, muqueuses, cutanées, etc. Tels sont aussi la syphilis, le rachitisme et les diathèses diverses, dont l'arthrite alvéolaire devient souvent l'une des manifestations, parfois même la manifestation unique.

En adoptant le terme d'arthrite, M. Magitot accepte franchement les résultats des recherches des anatomistes modernes : Richard Owen, Charles Tomes, en Angleterre, MM. Ranvier et Malassez, en France, et abandonne à la fois ses idées antérieures sur la nature périostique des tissus intra-alvéolaires et, par suite, le terme d'*ostéo-périostite* donné par lui, en 1867, à cette maladie.

Après cette étude, M. Magitot aborde des considérations sur l'étiologie et la pathogénie de l'arthrite, sur sa contagiosité et sa nature microbienne et infectieuse, mise en lumière par les travaux récents de MM. Galippe et Vignal, en France, puis sur sa marche et sa terminaison ; insistant sur les vastes résorptions osseuses qui ont, à plusieurs reprises, attiré l'attention des chirurgiens et dont la cause restait inexpliquée.

En ce qui concerne le traitement, M. Magitot, se conformant aux modifications qu'ont subies ses opinions premières sur la nature essentielle de la lésion, apporte à la thérapeutique quelques changements correspondants. Après avoir préconisé l'acide chromique, à titre de caustique presque exclusif, allié à divers agents modificateurs locaux, il formule une nouvelle méthode de traitement qui repose :

1° Sur l'emploi des antiseptiques locaux et, en particulier, du bichlorure de mercure ;

2° Sur les applications du feu au galvanocautère et dirigées contre l'élément arthritique ;

3° Enfin, sur le traitement des manifestations générales ou diathésiques.

Quelques considérations à propos de la syphilis.

Par M. Leloir (de Paris).

1° *De l'excision du chancre induré comme traitement abortif de la syphilis.* — M. Leloir considère le médecin comme autorisé à enlever le syphilome primaire, quand il se trouve dans les conditions suivantes : 1° chancre au début; 2° chancre situé dans une région où l'excision peut se pratiquer très facilement et sans aucun danger (petites lèvres, prépuce); 3° chancre non encore accompagné d'adénopathie; 4° chancre unique ou tout au moins chancres pouvant être enlevés facilement; 5° sujet non diabétique, non albuminurique, etc.

Il a suffisamment excisé ou vu exciser de syphilomes primaires pour ne plus redouter les complications signalées par les auteurs qui n'admettent pas la destruction du chancre. Tel est également l'avis de M. Cornil, de Auspitz, de Unna, etc. En somme, la plaie en quelques jours est complètement cicatrisée; les réindurations, les réapparitions du syphilome primaire au niveau de la surface d'opération sont chose rare, lorsque l'opération est faite d'après les règles précitées. La cicatrice est des plus minimes.

Donc, ce traitement par excision est légitime dans certains cas, et peut-être évite-t-on ainsi diverses complications du syphilome primaire. En tout cas, on débarrasse le malade d'une lésion toujours incommode.

Mais en enlevant le chancre, fait-on avorter la syphilis ?

Les exemples, que rapporte M. Leloir, ne sont pas encourageants à cet égard, car dans les trois nouveaux cas qu'il communique, l'évolution de la syphilis n'a pas été entravée. Et cependant, dans un cas, le chancre infectant fut excisé dès sa naissance et cela aussi largement que possible; malgré cette excision, les accidents secondaires se montrèrent à la date ordinaire.

Cette fois encore, l'éradication des tissus infectés par le virus syphilitique a été insuffisante. Et ce qui le prouve, c'est que l'examen histologique de la papule enlevée a permis de constater, bien au delà de la région cliniquement malade, l'existence de traînées de cellules embryonnaires, s'étendant au delà de la préparation histologique et qui sont comme les prolongements, les racines du syphilome primaire.

De ces faits, on doit conclure que l'éradication a été insuffisante, car M. Leloir se refuse d'admettre, ainsi qu'on l'a cru longtemps, que le chancre soit une manifestation locale d'un état général, le premier des accidents secondaires, comme l'a dit Ricord.

Ce qui tendrait à prouver qu'il est peut-être possible d'éradiquer parfois complètement, au début, le syphilome primaire, ce sont les observations d'Auspitz et Unna, de Langenbeck, de Rydigier, de Kœlliker, de Pick, de Pospelow, de Spiellmann, de De Amicis et deux observations que M. Leloir a déjà relatées dans ses leçons sur la syphilis.

Depuis lors, le docteur Lenger (de Liège) lui a communiqué un cas analogue.

Faut-il admettre que, dans ces cas heureux, le virus syphilitique a avorté sur place à la période primaire, comme l'a dit M. Lancereaux au dernier Congrès international de dermatologie (Paris 1889), et que, dès lors, le virus ne devait pas amener l'infection générale avant cette excision ?

M. Leloir pense avec M. Diday : Lorsque nous ne réussissons pas, c'est que l'éradication a été insuffisante.

Malheureusement, c'est le plus souvent, pour ne pas dire toujours, que cette éradication paraît être insuffisante. Le virus est déjà passé, jusqu'où? On n'en sait rien, mais certes au delà de la surface d'excision.

En attendant de nouveaux faits, on doit continuer à exciser, mais n'excisons que lorsque le malade le veut, et lorsque nous lui aurons résumé l'état de la question sur ce sujet. Mais si le malade n'est pas convaincu, s'il préfère conserver son chancre, nous ne devons pas insister davantage.

2° *Traitement préventif général de la syphilis.* — M. Leloir ne croit pas que l'on soit autorisé à établir comme règle le traitement général, dès que le chancre est diagnostiqué.

Il ne donne, en général, le traitement spécifique que dès le début des accidents secondaires, et voici pourquoi :

1° Le diagnostic du syphilome primaire n'est pas toujours chose facile.

Si donc l'on donne, dès le début, le traitement préventif au malade, il peut arriver que, supposant que celui-ci ait empêché l'apparition des accidents secondaires, on ne sache jamais si le malade a la syphilis ou non.

Or, il n'est pas indifférent de savoir si l'on a la syphilis. Certains malades, en effet, pècheront par excès et, se croyant syphilitiques, s'altèreront la santé en se bourrant de mercure et d'iodure, et cela inutilement; d'autres pècheront par défaut contraire.

2° Il semble qu'il existe des cas très exceptionnels, il est vrai, où la syphilis avorte à la période primaire. Tel serait peut-être un cas relaté en 1889, par M. Leloir, au Congrès international de dermatologie (Paris 1889), avec Dubois-Havenith (de Bruxelles), et où une lésion, présentant tous les caractères du chancre infectant, ne fut pas suivie d'accidents secondaires.

Au même Congrès, MM. Lancereaux et Barthélemy dirent avoir observé plusieurs faits semblables.

3° Pendant de longues années M. Leloir a suivi l'opinion qui prescrit de donner le mercure dès la constatation du syphilome primaire. Or, en dépouillant ses nombreuses observations, il constate qu'il est bien difficile de dire que ce traitement ait diminué l'intensité de l'explosion des accidents secondaires.

4° Ses statistiques lui montrent que les accidents ultérieurs tardifs n'ont pas été plus fréquents, chez les malades traités dès le début du chancre, que chez ceux traités dès le début de la période dite secondaire.

5° Il lui a semblé même que, dans bon nombre de cas, les accidents ultérieurs, en particulier les syphilides cutanées, et principalement les syphilides muqueuses, étaient plus tenaces, plus résistantes au traitement antisyphilitique, chez les sujets traités dès la période du syphilome primaire que chez les sujets traités seulement au début de la période secondaire.

6° Bien des faits cliniques portent à admettre que ce n'est qu'au début de la période secondaire que l'infection générale, l'infection sanguine est constituée.

7° Enfin, il ne faut pas oublier que le traitement spécifique est un traitement fatiguant la santé du sujet; or, nous devons donner au malade la quantité de mercure ou d'iodure suffisante pour combattre la syphilis, mais ne pas lui en donner trop longtemps en trop grande quantité, de crainte d'altérer sa santé.

Par contre, M. Leloir traite l'accident primitif par les préparations mercurielles.

Voici la méthode qu'il emploie ordinairement pour le traitement de la syphilis :

Pendant quinze jours à trois semaines, le malade est mis aux frictions mercurielles de 2 à 4 grammes par jour. Après un repos de huit jours, ces applications sont continuées pendant dix mois environ. Pendant ce temps, les manifestations locales sont traitées par des pansements spéciaux.

Si les syphilides cutanées sont rebelles et multiples, les bains de sublimé sont à recommander (7 grammes par bain). Il convient d'insister sur l'hygiène de la bouche et sur l'hygiène générale.

Au bout de dix mois, les frictions mercurielles sont faites pendant dix jours seulement avec un intervalle de repos variant de trois semaines à deux mois. Il est bon de prescrire de temps en temps des purgatifs, des sudorifiques, et de recommander l'exercice.

Si les céphalées et les douleurs persistent, on peut prescrire momentanément 2 à 3 grammes d'iodure de potassium associés à 50 centigrammes à 2 grammes de bromure de potassium.

Vers la troisième année, tous les trois mois, il est encore utile de prescrire dix jours de frictions mercurielles; les préparations internes, suivant M. Leloir, ne devant être données que dans certains cas tout spéciaux.

Pendant la troisième ou quatrième année, si les accidents syphilitiques ont disparu depuis plus d'un an, on se borne à prescrire, deux fois dans l'année, dix jours de frictions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 août 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

COMMUNICATIONS

L'antisepsie par l'eau oxygénée. — M. PAUL GIBIER. Malgré plusieurs travaux importants démontrant le pouvoir antiseptique de l'eau oxygénée (bioxyde ou peroxyde d'hydrogène), l'usage de cette substance ne s'est pas encore répandu. Cela tient à diverses causes dont la plus importante est l'inégalité de composition du produit fourni par l'industrie sous le nom d'eau oxygénée.

Néanmoins, si l'on parvient à se procurer cette substance à l'état de pureté, on peut s'assurer qu'elle possède des propriétés germicides extrêmement énergiques. Les expériences que j'ai faites sur différents microbes pathogènes (choléra, fièvre typhoïde, charbon, fièvre jaune, pyocyanogène, pyogènes variés, rage, etc.), m'ont prouvé que l'action destructive de l'eau oxygénée sur les microbes est presque instantanée. Mais ce qui me paraît tout à fait remarquable c'est que, malgré son action si énergique sur les cellules végétales microbiennes aux doses où il détruit ces parasites, le bi-oxyde d'hydrogène n'est pas seulement inoffensif pour les cellules animales, mais qu'encore il augmente leur vitalité. Le dégagement d'oxygène à l'état naissant, tout en amenant la mort des bacilles, revivifie, en quelque sorte, les cellules animales attaquées par l'invasion microbienne. C'est un fait que j'ai constaté pour les plaies causées par les morsures de chien. J'ai pu, dans une autre circonstance, par des lavages et des pansements à l'eau oxygénée, arrêter instantanément un phagédénisme très grave, consécutif à un ulcère spécifique.

Un fait pourra donner une idée de la tolérance des tissus pour l'eau oxygénée à la dose antiseptique. Lorsque j'essayai l'action de ce liquide sur le virus rabique, je fis, en me servant du lapin, l'injection sur la dure-mère, sur le cerveau ; quand je retirai l'aiguille, un bouillonnement se produisit, amené par le dégagement de l'oxygène, mais l'animal n'éprouva aucun malaise immédiatement après l'injection, ni jamais depuis.

Il semblerait que c'est sous forme d'ozone que l'oxygène agit dans l'eau oxygénée ; ce qui paraît le démontrer, c'est que ce liquide donne les réactions de l'ozone et non celles de l'oxygène. Ce qui le prouverait encore, c'est que de la glycérine combinée, selon le procédé découvert par M. C. Marchand, à quinze fois son volume d'ozone (glycozone), possède des propriétés antiseptiques très nettes, quoique à un moindre degré que l'eau oxygénée.

Les résultats que je viens de relater, obtenus dans des expériences faites à l'Institut Pasteur de New-York ou sur des malades de la clinique française de la même ville, m'ont engagé à signaler, une fois de plus, la valeur de l'eau oxygénée comme un antiseptique énergique et inoffensif à la fois.

Ablation partielle du foie. — M. TERRILLON communique l'observation d'une femme de cinquante-trois ans, chez laquelle il a enlevé, avec succès, par la ligature élastique, un fragment de foie, formé de kystes hydatiques. Cette femme, malade depuis 1884, présentait depuis quelque temps, à la suite d'un coup, des douleurs sourdes dans le foie, devenues bientôt intenses. Elle eut en même temps des troubles menstruels graves, des pertes abondantes. M. Terrillon porta le diagnostic de tumeur kystique de la face inférieure du foie, et conseilla une ponction, suivie au besoin d'une intervention plus large. La malade s'y refusa et quitta son service.

Elle suivit divers traitements et finalement revint à la Salpêtrière au commencement de 1890. Les crises douloureuses étaient devenues violentes, l'affaiblissement, l'amaigrissement avaient progressé. Vers les fausses côtes, à droite, il y avait une tumeur manifeste, faisant certainement corps avec le foie, fluctuante, mais non dans toute son étendue, douloureuse à la pression. Une ponction exploratrice ramena du liquide hydatique, mais la tumeur ne s'affaissa pas, elle était donc multiloculaire. M. Terrillon pratiqua la laparotomie, il trouva une portion du foie farcie de petits kystes. Le toucher et la vue permirent de constater que la partie malade était nettement limitée; il fallait donc faire une ablation. Il essaya du thermocautère, mais le sang vint en abondance ; alors il pédiculisa la masse morbide avec un gros fil de caoutchouc, sutura ce pédicule artificiel à la paroi et ne réséqua pas le champignon hépatique; il se borna à le recouvrir de gaze iodoformée. Au septième jour survint un peu de fièvre, et on trouva du liquide dans le sillon du pédicule; M. Terrillon abrasa alors le foie mortifié et pansa à plat cette vaste plaie, qui se cicatrisa en trente jours.

La malade est actuellement bien portante, six mois après l'opération.

La littérature médicale contient trois faits de résection du foie, tous les trois suivis de mort.

M. Terrillon croit que la ligature élastique du pédicule extra-péritonéal est le moyen le plus sûr pour ces sortes d'opérations.

Examen histologique d'un testicule atteint de lésions éléphantiasiques. — M. LE DENTU a présenté, il y a trois ans, à la Société de chirurgie, un travail sur l'orchite paludéenne et l'éléphantiasis du testicule en dehors de l'éléphantiasis du scrotum. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 1128.)

Il a montré que ces lésions pouvaient être primitives et ne se compliquer jamais de lésions de la peau. Aujourd'hui, il rapporte l'examen histologique fait à l'occasion d'une autoplastie pratiquée sur un homme atteint d'éléphantiasis du scrotum et d'une induration lymphatique considérable du testicule droit. Dans la couche qui séparait le testicule de ses enveloppes, se trouvaient de grandes lacunes remplies d'une sérosité bleuâtre, sortes de kystes que l'examen histologique montra n'être que des débris de la tunique vaginale.

Le testicule était enveloppé d'une couche fibreuse épaisse, se confondant avec l'albuginée et s'infiltrant entre les tubes de l'épididyme. Il était peu altéré, mais présentait une consistance un peu molle.

L'examen histologique a montré que le processus déterminatif est, d'une façon générale, une lymphangite chronique d'emblée dans certains cas, tandis que, dans d'autres, la marche chronique succède à plusieurs poussées aiguës. Il faut admettre que les vaisseaux profonds ne sont pas toujours pris, car, dans le cas présent, si l'albuginée était altérée, les cloisons profondes étaient, au contraire, respectées.

M. Le Dentu n'a pas rencontré une seule filaire dans les nombreuses coupes qui ont été pratiquées.

Histologiquement, il s'agit d'une sclérose qui a envahi toutes les couches du scrotum, depuis la peau jusqu'à l'albuginée, et qui a respecté relativement le testicule; cette sclérose est surtout caractérisée par la présence d'un grand nombre de lymphatiques dilatés, à parois épaissies. La peau est aussi un peu hypertrophiée au niveau de ses papilles, et, à la base de celles-ci, on voit de nombreuses lacunes lymphatiques étoilées ou en forme de fentes. Il s'agit donc de lésions analogues à celles de l'éléphantiasis des Arabes.

La séance est levée.

— Par décret, en date du 8 août 1890, M. le docteur Raymondaud, directeur de l'École de médecine de Limoges, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 18 août 1890.

On peut appeler la quinzaine qui vient de s'écouler la quinzaine des congrès médicaux. Il y en avait partout : en France, en Allemagne, en Angleterre. La France n'était d'ailleurs pas en retard sur les pays voisins, car, simultanément, se réunissaient chez elle deux congrès : à Rouen, le premier Congrès des aliénistes français; à Limoges, le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences. Nous continuerons à faire connaître à nos lecteurs les communications importantes qui ont été faites dans ces différentes réunions.

Le congrès qui s'est tenu à Birmingham réunissait les membres nombreux de l'Association médicale britannique. M. Wade, médecin de l'Hôpital général de Birmingham, président, a pris comme sujet de son discours d'ouverture « l'Éducation du médecin ». L'orateur a cherché à démontrer que l'enseignement du latin et du grec était loin d'être nécessaire pour les jeunes gens qui se destinent aux études médicales. Il doute que peu de praticiens aient conservé un souvenir bien profond de ces langues classiques, à l'étude desquelles ils ont sacrifié toute leur jeunesse. M. Forster, professeur de médecine au Queen's College de Birmingham, fait ensuite l'histoire des modifications qui se sont produites dans les théories médicales depuis une trentaine d'années. M. Lawson Tait était chargé de prononcer un discours sur la chirurgie; il a choisi comme sujet : « De l'éducation chirurgicale, de la pratique chirurgicale et des résultats en chirurgie. » Le discours de notre honorable collègue a été quelque peu révolutionnaire, sur plusieurs points. M. Tait s'est élevé avec énergie contre la perte de temps occasionnée, non seulement par l'étude des sciences accessoires, mais encore par l'étude de la physiologie et même de l'anatomie, telle qu'on l'enseigne actuellement! Pour résumer la pensée du laparotomiste anglais, nous pourrions dire : « En chirurgie, la théorie n'a aucune valeur, la pratique est tout. » Nous protestons absolument contre une telle manière de comprendre le chirurgien et la chirurgie. Adopter à la lettre de telles idées, c'est sauter en arrière de quelques centaines d'années et réduire le rôle du chirurgien à celui d'un artisan en dissection humaine. Nous différons complètement d'avis avec notre collègue d'outre-Manche, considérant le chirurgien comme un savant, dont la dextérité opératoire ne constitue qu'une des qualités au milieu des autres nombreuses qu'il doit posséder. Suivant M. Lawson Tait, l'apprenti chirurgien doit se spécialiser de bonne heure, pour se faire la main, comme l'apprenti mécanicien ou l'apprenti serrurier. C'est un retour complet aux barbiers du moyen âge. A notre avis, M. Lawson Tait sert mal la cause qu'il est chargé de défendre. Nous ne comprenons pas bien un chirurgien sans notions physiologiques et sans connaissances anatomiques bien assises. Pour nous, la chirurgie est une science complète, exigeant, outre des notions spéciales de l'art opératoire, une connaissance indispensable de tout ce qui touche à l'art de guérir. C'est que, chez nous, on ne se spécialise pas laparotomiste comme on se spécialise dentiste, et que le chirurgien, appelé à s'attaquer à toutes les maladies qui concernent son art, doit posséder toute l'instruction nécessaire. Si, mûri par l'expérience, le chirurgien français incline plus tard ses études favorites de tel ou tel côté, on pourra être sûr ainsi de sa grande compétence et de son profond savoir.

M. Tait met trop au premier plan les qualités manuelles du chirurgien; toutefois, nous nous associons pleinement à ses paroles quand il dit : « Ce n'est pas en passant des examens qu'on acquiert l'habileté chirurgicale. En chirurgie, comme dans n'importe quel art, il faut naître doué, il est nécessaire d'avoir certaines qualités de nature, que ne confèrent pas les diplômes. Ces qualités naturelles, le travail peut les perfectionner, mais ne saurait les créer. »

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE. — M. G. PHOCAS.

Mammites chroniques.

La récente communication de M. le professeur Verneuil sur l'emploi des pulvérisations phéniquées dans la cure de certaines affections mammaires (1), me fournit l'occasion

(1) VERNEUIL. Société de chirurgie, séance du 14 mai 1890, in *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 533.

de revenir, encore une fois, sur un sujet qui est en somme peu connu, malgré les discussions très intéressantes de la Société de chirurgie (1) et les remarquables leçons cliniques publiées par M. Reclus (2).

Dans ma Thèse inaugurale (3), j'ai peut-être eu le tort de confondre, dans une seule et même description, les mammites reconnues vraies par tout le monde et cette singulière maladie kystique de M. Reclus, sur laquelle l'accord est loin d'être fait.

Au sein de la Société de chirurgie, quelques chirurgiens, parmi lesquels je dois noter M. Quénu, ont soutenu la nature inflammatoire de la maladie. Kœnig (4), dans son traité, abonde dans le même sens. Il décrit, sous la rubrique *mastites*, la mastite interstitielle *diffuse* et la mastite interstitielle *circonscrite* et *multiple*. Cette dernière est ce que M. Reclus appelle la « maladie kystique de la mamelle ». Kœnig a exposé dans ce paragraphe, mieux que nous, tout ce qui était contenu dans notre Thèse. Enfin, dernièrement, Schimmelbusch (de Berlin) est de nouveau revenu sur la description de cette forme de maladie que Riedel attribue à une mammite (5).

On le voit, le dernier mot n'a pas été dit sur cette maladie, et notre intention n'est pas de renouveler les discussions que nous avons, un peu malgré nous, provoquées dans le temps.

Mais, à propos des observations de M. le professeur Verneuil, je désire dire quelques mots sur une maladie dont personne ne conteste la nature : je veux parler de la *mammite diffuse*. Elle fut toujours placée en dehors de la discussion, et une nouvelle observation que j'ai recueillie servira peut-être à exposer son histoire clinique.

Voici d'abord mon observation :

Dans le courant de l'année dernière (1889), je fus consulté par une femme âgée de quarante ans environ, bien portante d'habitude, pour une affection du sein gauche survenue sans cause connue, affection qui ne datait que de quelques jours.

A la suite de fatigues et de surmenage, Mme X... a ressenti du côté de ce sein des picotements et elle remarqua bientôt une tuméfaction qui a rapidement acquis un volume considérable. En l'examinant, j'ai constaté l'existence d'une tumeur visible située dans le sein gauche. Sous une peau indemne de toute altération, il existait là une tumeur, grosse comme une orange de petit volume. Cette tumeur occupait les deux tiers supérieurs et externes de la glande. Elle envoyait aussi un prolongement vers le mamelon qui paraissait soulevé. Sa consistance était dure et uniforme ; sa surface légèrement bosselée et sinueuse. Sa périphérie se confondait insensiblement avec le tissu glandulaire qui présentait çà et là quelques nodosités. La peau était légèrement adhérente, en ce sens qu'en la saisissant de loin on pouvait produire un léger *capiton*. Enfin, circonstance importante, sur laquelle je désire encore une fois appeler l'attention, on trouvait dans l'aisselle du même côté deux ganglions durs et douloureux. La palpation du sein était légèrement douloureuse. Enfin, il existait quelques douleurs spontanées. Cette malade avait déjà consulté M. le docteur Desormeaux, chirurgien honoraire des hôpitaux et cet habile chirurgien a dû penser à l'existence d'un cancer, car il a fait entrevoir à la malade la nécessité probable d'une opération. Il faut dire que tout conspirait ici pour dérouter le diagnostic. Non seulement la tumeur par ses caractères locaux avait l'aspect du pire des cancers, mais l'état général venait corroborer cette mauvaise impression. L'état général de la malade était véritablement mauvais. Je connaissais cette femme depuis quelque temps et je fus frappé du dépérissement qu'elle avait subi. Elle est devenue maigre, pâle et essoufflée ; elle fut forcée d'interrompre son travail. Cependant, au milieu de ces signes de mauvais augure, on pouvait découvrir un renseignement qui donnait quelque espoir et mettait sur la voie du diagnostic. Je veux parler de la *marche oscillante* de cette tumeur. La malade m'a affirmé, à maintes reprises, que sa tumeur n'avait pas tous les jours le même volume. Elle diminuait, nous disait-elle, parfois et devenait plus petite. Je rapprochai ce signe, dont je connaissais l'importance pour l'avoir décrit après M. Tillaux dans ma thèse, de la sensibilité de la tumeur au toucher, et je conseillais l'expectation, aidée d'une légère compression et de l'onction avec une pommade.

En somme, j'étais peu rassuré sur l'avenir de cette femme. Mais au bout d'un mois, toutes mes craintes étaient dissipées, la tumeur avait considérablement diminué de volume et quelque temps après, j'ai pu constater par moi-même la complète disparition de la tumeur. En même temps, l'état général s'est relevé, la femme a repris ses occupations ordinaires.

La malade de M. le professeur Verneuil était âgée de quarante ans, ayant les apparences de la santé et une constitution athlétique. Elle était atteinte d'une tumeur du sein gauche. La tumeur était dure, proéminente, tendue, adhérente. A la surface, la peau était granulée. Il n'y avait pas de ganglions dans l'aisselle. Mais on constatait un peu d'œdème sur la peau épaissie de la mamelle. Il existait aussi à ce niveau un certain degré de sensibilité au toucher. On avait pensé au sarcome et M. Verneuil lui-même n'était pas éloigné de faire ce diagnostic qui lui semblait être l'hypothèse la plus probable. Cependant il fait des réserves. L'œdème de la peau, la sensibilité, phénomènes insolites de la tumeur maligne, lui ont fait penser à la possibilité d'une mammite. La malade fut soumise aux pulvérisations phéniquées. La résolution de la tumeur est à présent complète.

Je citerai encore deux observations contenues dans ma thèse (Obs. XXIV et XXV), l'une due à M. Le Dentu, l'autre à M. Tillaux.

L'observation de M. Le Dentu a trait à une femme de cinquante ans, qui avait une grosseur dans le sein gauche. M. Le Dentu fait les plus grandes réserves dans le diagnostic. Au bout d'un mois il y avait diminution, au bout de six mois disparition de la tumeur.

La malade de M. Tillaux, âgée de trente-neuf ans, portait au sein droit une tumeur ferme, à contour mal limité, disparue sous l'influence de la compression dans l'espace de quelques jours (du 24 mai au 8 juin).

On remarquera que, dans toutes ces observations, il s'agit de femmes ayant atteint ou approchant de la ménopause. Sans cause connue ou à la suite d'une irritation chronique (corset neuf de l'observation de M. Tillaux), du surmenage (notre observation), il survient une tumeur de la glande mammaire. Cette tumeur, absolument indépendante des phénomènes de la lactation, offre les caractères suivants : elle occupe la plus grande partie de la glande mammaire ; son volume est en général considérable, sa forme souvent hémisphérique, sa consistance dure et uniforme; sa surface est bosselée et sinueuse. Par sa périphérie elle envoie des prolongements de la glande, qu'elle semble s'être appropriée à la manière des cancers. Dans les deux cas (celui

(1) Société de chirurgie, février-mars 1888.
(2) Reclus. *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 388.
(3) Phocas. Thèse de Paris, 1886.
(4) Kœnig. *Traité de pathologie*, t. II, p. 91.
(5) XIXe Congrès de la Société allemande de chirurgie, et *Mercredi médical*, no 16, p. 195.

de M. Tillaux, le nôtre), la tumeur envoyait un prolongement du côté du mamelon. La peau est souvent indemne, cependant on peut la trouver légèrement adhérente, comme dans le cas de M. Verneuil. Dans aucune observation on n'a noté l'adhérence profonde de la tumeur au grand pectoral. Les signes subjectifs sont des picotements et quelques douleurs. Ajoutons qu'on a constaté quelquefois une certaine sensibilité au niveau de la tumeur et un certain œdème du tissu cellulaire (Verneuil). Trélat a souvent insisté sur la signification pour lui pathognomonique des ganglions dans l'aisselle, coïncidant avec une tumeur mammaire. A plusieurs reprises, il est revenu dans ses Cliniques sur l'importance de ce signe. Mon observation et celle de M. Tillaux montrent qu'il ne faut pas être excessif et que l'engorgement ganglionnaire n'a pas une signification aussi désastreuse qu'on a bien voulu le dire. Il peut très bien accompagner la mammite.

Dans aucune des trois observations détaillées que je rapporte, on n'a noté la *marche oscillante* de l'affection que j'ai retrouvée dans mon observation et que M. Tillaux (1) a indiquée dans des cas analogues. La tumeur, au lieu de progresser uniformément d'une façon lente ou rapide, présente dans sa marche des ressauts brusques, aujourd'hui présentant un volume considérable qui aura diminué le lendemain.

A côté des mammites des nouveau-nés, de celles qui surviennent à la puberté ou qui sont liées à l'allaitement, il faut donc placer une forme de mammite chronique que j'appellerai volontiers *mammite de la ménopause*, et qui offre dans sa physionomie les plus grandes ressemblances avec le cancer diffus de la mamelle. Elle peut simuler si bien cette affection dans son état actuel, qu'il faut plutôt se rapporter à la marche de la tumeur pour juger la question.

On pourrait nous objecter que, de cette façon, on risque de laisser inopéré un cancer, croyant toujours avoir affaire à une mammite. L'argument serait très sérieux s'il s'agissait d'un cancer au début. Malheureusement, si le diagnostic cancer venait à se confirmer, ce serait, dans ces cas, à un cancer en masse qu'on aurait affaire. La gravité de cette forme de cancer n'est certainement pas influencée par une temporisation de quelques jours, d'autant plus que, toujours dans les observations, on a noté la diminution de volume de la tumeur au bout d'un temps relativement court (un mois, par exemple), quand il s'agissait d'une mammite chronique.

Cet argument est, du reste, amoindri par le traitement de M. Verneuil. A l'aide des pulvérisations, qui agissent peut-être là comme le massage, on verra rapidement les tumeurs inflammatoires disparaître, tandis que le cancer n'en sera que peu modifié, sauf s'il est ulcéré.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

Nature et traitement du diabète sucré.

Par M. Pavy (de Londres).

La déviation de l'état de santé résulte de la perte de sucre par l'urine.

Tandis que, chez le sujet sain, les aliments ingérés sont employés dans l'organisme de façon à ne pas amener une perte de sucre, chez le sujet diabétique la nourriture passe en partie inemployée et se perd dans l'urine. Les hydrates de carbone, au lieu d'être consommés et utilisés, sont éliminés comme tels.

Aucune considération théorique ne peut aller contre ce fait.

Dans une série d'observations, M. Pavy a précipité le sucre par l'acétate de plomb et l'ammoniaque, après avoir d'abord séparé l'acide urique par l'acétate de plomb seul. Il décomposait ensuite la combinaison de sucre et de plomb par l'hydrogène sulfuré et dosait le sucre en faisant bouillir avec le réactif cuprique, rassemblant le précipité d'oxyde de cuivre et amenant, à l'aide du courant galvanique, le dépôt de cuivre sur un cylindre de platine. La quantité de sucre a varié entre 0,096 et 0,530 p. 1000 parties d'urine.

Quant à la constitution du sang au point de vue du sucre, elle peut être définie avec précision par l'application des procédés d'analyse que nous possédons. On arrive facilement à extraire la totalité et à déterminer la quantité de sucre dans un spécimen donné de sang. D'après un grand nombre d'observations, M. Pavy a vu que le sucre, dans le sang normal, ne monte pas à plus de 0,5 à 0,8 p. 1000. Sur sept cas d'analyse du sang, chez les diabétiques, on peut constater une relation entre la quantité de sucre excrétée par l'urine et celle contenue dans le sang. Il est donc permis de dire que la proportion de sucre dans l'urine est en rapport avec celle du sang.

Le sang contenant une proportion un peu élevée de sucre étant anomal, l'activité générale de l'organisme en entier doit s'en ressentir, et c'est du degré de cette anomalie que dépendra la gravité des symptômes du diabète.

Nous ramenons donc les symptômes de cette maladie à la condition pathologique produite par la présence d'une proportion exagérée de sucre dans la circulation générale.

D'où vient cette anomalie ?

L'observation montre que la proportion de sucre dans le sang dépend de la quantité d'hydrates de carbone ingérée. On peut affirmer, sans faire de théorie et sans sortir des faits, que le mal vient de ce que l'organisme est impuissant à amener l'utilisation et la disparition des hydrates de carbone. Mais l'excès de sucre dans le sang est-il dû à ce que ce sucre y arrive en excès ? Ou bien devons-nous admettre comme normal que tout le sucre éliminé dans le diabète arrive dans la circulation générale, la faute consistant en ce qu'il n'y est pas détruit ensuite pour éviter l'accumulation ?

Les expériences de M. Pavy lui permettent d'affirmer que le sucre présent dans le sang et éliminé dans le diabète doit être attribué au fait qu'il lui est rendu possible, contre la règle, de pénétrer dans la circulation générale. Ces vues cadrent parfaitement avec les symptômes observés dans le diabète.

A l'état de santé, les hydrates de carbone n'apparaissent pas dans l'urine, parce qu'ils ne peuvent pas traverser le foie et atteindre la circulation générale. Dans le diabète, ils y arrivent sous forme de sucre, en proportion des quantités ingérées : le foie a perdu le pouvoir de les arrêter au passage.

Le sang de la veine porte, pris dans la période de la digestion et après l'ingestion d'aliments, contient des hydrates de carbone et un sensible excès de sucre vis-à-vis du sang de la circulation générale. Mais il faut se rappeler qu'en dosant le sucre avec le réactif cuprique ordinaire, on

(1) Tillaux. *Chirurgie clinique*, t. I, p. 705.

s'expose à des erreurs pour les raisons suivantes : le sucre se transforme, dans le tube digestif, tout au plus en maltose, qui ne réduit le réactif en oxyde de cuivre que dans la proportion de 61 (si la glycose le réduit de 100); une bonne partie n'arrive même qu'à l'état de dextrine, dont la capacité réductive est encore plus faible. Il faut donc, pour ces formes-là, les amener d'abord à l'état de glycose, en les portant à l'ébullition en présence d'acide sulfurique dilué.

Les cas auxquels s'appliquent ces remarques sont ceux dans lesquels l'excrétion du sucre peut être influencée par le traitement, et cette classe embrasse la majorité des cas où la maladie se déclare dans la période moyenne de la vie.

Si les processus chimiques dans le corps pouvaient être ramenés à la normale, et le sucre empêché d'arriver dans la circulation générale, la maladie serait vaincue. Mais il peut n'être pas possible de rétablir le pouvoir de transformation ou d'assimilation, pouvoir affaibli ou perdu, et alors la seule voie à suivre est de supprimer l'introduction dans l'organisme des principes alimentaires qui, étant donnée l'impuissance de les transformer, restent inutiles, et deviennent même positivement nuisibles par leur passage dans le sang sous une forme anomale.

Tant que le passage du sucre à travers l'organisme est empêché, tout va bien. M. Pavy n'a jamais vu arriver rien de grave pendant la période de la maladie où l'urine était maintenue libre de sucre. Tant, au contraire, que le sucre circule dans l'économie, non seulement on peut observer des symptômes qui en résultent d'ordinaire, mais on reste dans un état constant d'insécurité, provenant du danger qu'on court de voir survenir des complications graves. Comme conséquence, l'état général s'affaiblit ou s'épuise prématurément, et l'organisme perd la faculté de résister aux influences pernicieuses.

Le contraste entre ces deux états, celui où on laisse librement le sucre circuler dans le sang et celui où on l'en empêche, devient très apparent dans les cas où la maladie a suivi son cours pendant un certain temps sans être reconnue, et se trouve ensuite soumise au traitement diabétique; nous voyons alors la santé s'altérer graduellement, les symptômes s'aggraver; tandis que, la maladie ayant été reconnue, si le cas est susceptible d'amélioration par le changement de régime, ce dernier seul suffira, non seulement à arrêter l'aggravation du mal, mais à rendre la santé et les forces au malade.

Il faut donc, en premier lieu, empêcher, au moyen du régime alimentaire, le passage du sucre à travers l'organisme. Mais le but à atteindre est de rétablir le pouvoir d'assimilation des éléments hydrocarbonés; jusqu'à ce que ce but soit atteint, on ne pourra pas dire qu'il y ait guérison, mais seulement que la maladie est momentanément entravée.

L'opium et ses dérivés, codéine et morphine, sont les agents médicaux qui, mieux que tous autres, peuvent contribuer à la guérison de la maladie.

L'influence de ces agents peut être constatée dans des cas où l'excrétion du sucre a été abaissée jusqu'à un certain point, mais ne peut être supprimée complètement par le régime seul. Ces médicaments peuvent alors quelquefois amener sa disparition complète.

Quand des cas favorables, c'est-à-dire débutant après la période moyenne de la vie, sont traités par ces mesures combinées, et que le traitement est suivi régulièrement et assez longtemps, il n'est pas rare que le malade devienne capable de supporter une certaine quantité d'aliments hydrocarbonés sans que cela ramène la glycosurie. Le pouvoir d'assimilation peut ainsi se rétablir dans une notable proportion, mais il faut avoir soin de rester en dessous du point où l'excrétion du sucre se produit.

L'orateur regarde comme absolument nécessaire le dosage fréquent du sucre dans les urines, non seulement pour régler le traitement d'après les progrès constatés, mais aussi pour garder un contrôle sur la manière dont le traitement est suivi.

Traitement précoce du pied bot congénital.

Par M. Bilhaut (de Paris).

Après avoir exposé quelques généralités sur le pied bot congénital, sa pathogénie, ses lésions anatomo-pathologiques et son traitement chirurgical, l'orateur émet l'avis que la cure de cette malformation serait des plus simples, si l'on n'avait la fâcheuse habitude de laisser s'écouler plusieurs mois, quelquefois même plusieurs années, avant de s'occuper de cette difformité.

Pour M. le docteur Bilhaut, tout pied bot congénital devrait être soigné dès les premières semaines qui suivent la naissance. A cette époque, la réduction est facile; elle n'exige aucune opération sanglante, aucune manœuvre de force. Quand le pied a été convenablement réduit, il faut le laisser plusieurs semaines dans sa nouvelle attitude.

Trente observations ont permis à l'auteur de poser les conclusions suivantes :

1° Le traitement le plus efficace contre le pied bot est le traitement précoce;

2° Il est absolument inoffensif;

3° Le redressement doit être complet, le pied doit être amené à l'angle droit et maintenu dans cette position jusqu'à guérison;

4° Quand on fait l'immobilisation, on doit placer le pied dans une situation exactement semblable à celle du pied sain et ne pas transformer une déviation en une autre;

5° Des divers appareils à employer, le plus utile, c'est le bandage roulé avec attelle contentive en gutta-percha;

6° Chez le nouveau-né, les opérations sanglantes sont inutiles, parfois dangereuses, et le redressement manuel suffit.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (SESSION DE LIMOGES)

Action des sels neutres et du chloral sur les globules du sang.

Par M. Mayet (de Lyon).

Conclusions. — Les sels les plus conservateurs sont le chlorure de sodium, de potassium, le sulfate, le phosphate et le bicarbonate de soude, le sulfate de magnésie.

Tous les sels en solutions faibles, 1 et 2 p. 100, modifient d'abord les globules rouges en leur enlevant leur élasticité. Cette propriété leur revient au bout d'un temps variable suivant les sels, court en général, sauf dans les cas d'un excès de solution relativement au sang. Plus tard, les sels dissolvent, en le ramollissant, le stroma, ou le désagrègent sans le ramollir, mais d'une façon et dans un délai variables

propres à chacun. En solution concentrée, 5 et 10 p. 100 et plus, ils amincissent, contournent et rendent définitivement rigides les hématies. Le chlorure de sodium est le plus conservateur quant à son action immédiate (quoique très dissolvant par un contact prolongé), pourvu que le mélange se fasse graduellement, de façon à permettre la combinaison du sel avec les albuminoïdes du plasma. C'est le sel par excellence propre aux injections intra-veineuses, au titre de 60 centigrammes p. 100, et, comme l'a indiqué Dastre, au lavage du sang, méthode applicable à l'homme dans certains empoisonnements.

Il est inutile de lui adjoindre d'autres sels. Le sulfate de soude, à 1 et 2 p. 100, très conservateur des propriétés chimiques des hématies, les rend plus rigides et d'une façon plus persistante que le précédent. Il est contre-indiqué pour les injections intra-veineuses thérapeutiques. Il est surtout utile pour le lavage des globules dans la préparation de l'hémoglobine, préférable au chlorure de sodium à 3 p. 100 généralement employé, et qui est dissolvant. Le chlorure de sodium, très conservateur, ne peut être appliqué aux injections veineuses, car il est toxique. Le bicarbonate de soude est très conservateur, à titre faible. Le phosphate de soude, à titre faible, rend les hématies rigides d'une façon prolongée. Très conservateur de la forme, il est utile pour constituer un sérum de dilution pour la numération des hématies. Le sulfate de magnésie, peu dissolvant, déforme les hématies plus que les précédents.

Le chloral, destructeur des globules en solution concentrée, l'est peu en solution au 20e. Les injections de chloral dans les veines, moyen hasardeux d'anesthésie, sont très utiles : 1° dans les cas de tétanos où le danger est pressant; 2° dans les cas d'éclampsie urémique convulsive ou délirante menaçante; 3° dans les cas de rage déclarée, non comme curatif, mais comme épargnant au malade les crises spasmodiques; 4° dans quelques maladies très douloureuses, où les injections hypodermiques de morphine sont impuissantes ou mal tolérées. La quantité injectée, avec toutes les précautions opératoires connues, devra être de 20 grammes de solution chaque fois, injectée très lentement en y revenant trois à six fois par jour suivant les effets, en surveillant attentivement la respiration, le cœur, le pouls et les urines.

De l'ergot de seigle en obstétrique.

Par Mme Gaches-Sarraute (de Paris).

Mme Gaches-Sarraute rappelle l'enseignement de ses maîtres, et en particulier de M. Pajot, qui défendait d'administrer l'ergot de seigle après l'accouchement sans avoir auparavant pratiqué la délivrance et évacué complètement la cavité utérine. Cette règle est toujours la même; cependant, elle doit, à cause des progrès de l'antisepsie, subir quelques modifications, et Mme Sarraute proposerait volontiers une formule plus radicale qu'elle écrirait ainsi : « Ne donner jamais, et sous aucun prétexte, ni ergotine, ni ergot de seigle après l'accouchement, même s'il s'agissait d'hémorrhagie grave. » Voici les raisons fournies à l'appui de cette thèse :

1° Il reste toujours quelque chose dans l'utérus, caillots, débris de membranes, qui s'éliminent avec les lochies, et que nous avons tous vus dans le liquide des injections. Or, s'il reste quelque chose dans l'utérus, ce quelque chose reste emprisonné sous l'influence de l'ergot de seigle et expose les malades à des accidents infectieux, tout aussi bien que s'il restait des cotylédons placentaires;

2° Il n'est aucunement nécessaire, pour supprimer les hémorrhagies, de se servir d'ergot pour faire contracter l'utérus. Une surface bourgeonnante et saignante se rétracte d'elle-même; ses vaisseaux s'obstruent aussitôt qu'on la débarrasse des caillots ou bourgeons qui la recouvrent, et elle devient exsangue aussitôt qu'elle a été soumise à l'influence de l'antisepsie. Il en est toujours ainsi pour toutes les plaies, et l'utérus, plus que tout autre, bénéficie de ce travail et se rétracte aussitôt libre.

Si vous donnez l'ergot de seigle, vous vous servez d'un médicament inutile et dangereux. Si les malades échappent à l'infection aiguë, 99 fois sur 100 elles ont des affections chroniques (métrites) qui surviennent sept ou huit mois, quelquefois un an après l'accouchement. De plus, l'utérus, qui est resté gros après cette médication, reste aussi lourd, et, si les malades se lèvent trop tôt, elles peuvent avoir des prolapsus bien difficiles à guérir par la suite. Ceci dit, voici ce que Mme Gaches-Sarraute fait dans sa pratique et ce qui lui a donné, depuis six ans, d'excellents résultats :

Aussitôt après la délivrance, il convient toujours de donner une injection intra-utérine avec de l'eau dont on est sûr, en prenant les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Il faut passer la main, dépourvue d'ongles, dans l'utérus qu'on débarrasse de ses caillots, de ses débris membraneux. Les caillots sont toujours très nombreux au niveau de la surface placentaire. On les sent avec les doigts et on les distingue très bien du tissu utérin. On fait passer ainsi dans l'utérus 10 ou 15 litres d'eau, assez pour laver complètement la cavité; il ne faut s'arrêter que lorsque l'eau sort absolument pure. Dès ce moment, l'utérus se rétracte, et, deux jours après, il est revenu à son état normal; les malades ne perdent plus de sang et sont, à moins d'infection venue du dehors, à l'abri des affections utérines ultérieures.

Il n'y a qu'une chose à recommander aux praticiens pour obtenir ces bons résultats, c'est la propreté absolue. Pour pénétrer dans l'utérus, il ne faut pas d'ongles, il faut des mains propres, des mains de chirurgien, car cette manœuvre est aussi grave que les plus graves opérations.

Myxœdème traité avec succès par la greffe hypodermique d'un corps thyroïde de mouton.

Par MM. Bettencourt et Serrona (de Lisbonne).

MM. Bettencourt et Serrona ont observé une malade qui paraissait privée de corps thyroïde et qui, depuis plusieurs années, était atteinte de myxœdème. Se basant sur les notions physiologiques et cliniques aujourd'hui adoptées, ces auteurs extirpèrent le corps thyroïde d'un mouton, le divisèrent en deux parties qu'ils insérèrent sous la peau de la région intra-mammaire de la malade.

Les suites opératoires furent très simples, et on put enregistrer une amélioration immédiate. La température, basse jusque-là, remonta à la normale. Les globules rouges augmentèrent progressivement de nombre, et, en moins d'un mois, ce nombre, qui était de 2 442 000 par millimètre cube, a atteint le chiffre de 4 447 000, c'est-à-dire à peu près le chiffre normal. La parole devint plus libre et moins embarrassée; les mouvements furent plus faciles; la transpiration, jusque-là complètement disparue, s'est régularisée. Le gonflement et l'œdème ont diminué; le poids est tombé

de 119k5 à 113k8. La période menstruelle, qui durait deux à trois semaines, n'a persisté que quatre jours.

En présence de cette amélioration manifeste, les présentateurs cherchèrent quelle pouvait en être la cause. Ils ne croient guère que la greffe thyroïdienne puisse être invoquée, mais ils pensent que l'amélioration, à cause de sa rapidité, doit surtout reconnaître pour cause la simple absorption du suc de la glande thyroïdienne du mouton.

Association de l'opium et de la cocaïne pour combattre les vomissements.

Par M. le docteur Tison (de Paris).

L'auteur, dans les vomissements rebelles, surtout dans ceux de la tuberculose pulmonaire, prescrit par jour cinq à six pilules contenant chacune 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne et 1 centigramme d'extrait thébaïque. Ces pilules doivent être prises dix minutes avant les repas. Il dit en avoir obtenu de bons résultats dans les cas suivants : tuberculoses avancées, gastrites hystériques, alcooliques, dilatation, cancer de l'estomac.

Pathogénie des affections cardiaques de croissance et de surmenage.

Par M. Bloch (du Havre).

La croissance et le surmenage peuvent occasionner l'hypertrophie ou la dilatation du cœur, en dehors de toute lésion valvulaire.

L'hypertrophie cardiaque peut apparaître vers l'âge de dix à douze ans; mais elle est plus fréquente vers dix-sept ans.

Voici, selon M. Bloch, la pathogénie de ces hypertrophies cardiaques de croissance :

La croissance n'en est que la cause occasionnelle; c'est la prédisposition morbide par hérédité dissemblable qui en est la cause prochaine. On rencontre, en effet, chez les ascendants, certaines maladies héréditaires, telles que la tuberculose pulmonaire, le nervosisme, l'alcoolisme. D'ailleurs, les jeunes gens atteints d'hypertrophie cardiaque de croissance présentent d'autres anomalies, telles que des malformations craniennes, l'asymétrie des oreilles, des altérations dentaires, des vices de conformation de la cage thoracique, etc. En outre, ce sont presque toujours des névropathes. Ce sont, en un mot, des dégénérés.

Les mêmes considérations s'appliquent à l'hypertrophie par surmenage. C'est là encore l'hérédité morbide qui a rendu le cœur moins résistant à la fatigue.

CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE

De la paralysie générale conjugale.

Par M. Cullerre.

M. Cullerre a eu l'occasion de traiter dans ces dernières années : 1° une femme et son mari atteints successivement de paralysie générale; 2° de recevoir dans son service une femme paralytique générale, alors que son mari était déjà en traitement ailleurs pour la même affection; enfin, 3° de donner ses soins à une femme dont le mari atteint de myélite était déjà dans les salles de l'hôpital.

M. Cullerre ne croit pas que, dans ces cas, il s'agisse de pur hasard, car plusieurs aliénistes ont déjà fait des constatations analogues. On a, tout naturellement, mis sur le compte d'une syphilis commune, la paralysie du ménage; mais les observations de M. Cullerre ne paraissent pas confirmer cette opinion. Parmi les cas qu'il a observés, la syphilis n'est certaine que chez une seule femme ; chez le mari, elle n'est que probable. Chez tous les autres, on ne saurait affirmer l'existence de la syphilis. Cette hypothèse étiologique ne doit donc pas encore être acceptée, et, sur ce point, nous devons encore rester dans le doute.

D'ailleurs, la syphilis existât-elle, il faudrait encore expliquer pourquoi chez les deux époux elle vient frapper le même organe, avec une sorte de prédilection, alors que tout le monde reconnaît que de tous les accidents qu'amène la syphilis, les accidents cérébraux sont certainement les plus rares.

Ce n'est pas tout, l'examen clinique de ces malades ne montre en rien que leur paralysie générale soit d'ordre syphilitique. La maladie n'est en rien influencée par le traitement spécifique et la paralysie générale conjugale ressemble dans son évolution à toutes les paralysies générales d'autre origine.

De l'aliénation d'origine traumatique.

Par M. Dubuisson.

M. Dubuisson a enregistré un certain nombre de cas où la folie était survenue à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral.

Souvent les troubles intellectuels sont précédés, dans une période de durée variable, de douleurs localisées de la tête et de perte plus ou moins complète de la mémoire.

Cette amnésie a un caractère particulier, signalé depuis longtemps et qu'on retrouve souvent dans les accidents de chemins de fer. Elle est limitée à une période variable de l'existence et s'étend, en général, à tous les faits de cette période. Cette amnésie peut être permanente, passagère, ou même intermittente.

Ces troubles intellectuels peuvent s'accompagner immédiatement, ou dans la suite, de troubles de la motilité, ou de modifications dans les organes des sens. C'est après ces précédents plus ou moins durables que surviennent la paralysie générale et la manie, formes habituelles de la folie d'origine traumatique.

L'hérédité devient une cause prédisposante fâcheuse que le traumatisme ne fait que mettre en œuvre.

M. Dubuisson pense qu'une thérapeutique immédiate, largement révulsive, peut prévenir le développement ultérieur d'accidents cérébraux. Aussi conseille-t-il, après les traumatismes craniens, de recourir aux émissions sanguines ou aux révulsifs. Il faudra proscrire tout ce qui peut amener la congestion céphalique, et intervenir par la trépanation au moindre signe d'enfoncement cranien ou de compression cérébrale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par application de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Gaujot est placé, à dater du 17 août 1890, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Tillaux, agrégé, est nommé professeur de médecine opératoire.

M. le docteur Le Dentu, agrégé, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

M. Lion (Gaston-Camille), docteur en médecine, est nommé, du 1er août 1890 au 31 octobre 1891, chef des travaux d'anatomie pathologique du laboratoire de clinique médicale (hôpital Necker), en remplacement de M. Richardière, démissionnaire.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Raynaud est maintenu pour un an, à dater du 1er novembre 1890, dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Gaudin, suppléant, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de physique.

M. Mâreau, suppléant, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours d'anatomie.

— Un décret en date du 8 août 1890 (inséré au *Journal officiel* du 9 août) substitue aux baccalauréats ès lettres, ès sciences, ès sciences restreint, un baccalauréat unique de l'enseignement secondaire classique.

Les épreuves, les unes écrites, les autres orales, sont divisées en deux parties. Les candidats à la deuxième partie pourront choisir, au moment de leur inscription, entre trois séries (lettres, mathématiques, sciences physiques et naturelles).

Un règlement ultérieur déterminera les programmes et les conditions spéciales de la troisième série de la deuxième partie (sciences physiques et naturelles), particulièrement destinée aux candidats au doctorat en médecine. Il pourra être délivré des diplômes de bachelier ès sciences restreint jusqu'à la mise en vigueur des dispositions relatives à ladite série.

Les dispositions de ce décret seront applicables à partir de la session de juillet-août 1891 (troisième série de la seconde partie exceptée).

— Le concours de la médaille d'or (médecine) aura lieu le lundi 8 décembre 1890, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— Le rapport, qui a été lu au conseil d'hygiène de la Seine par M. Dujardin-Beaumetz, confirme l'état satisfaisant de la santé publique à Paris. Il recommande, et c'est l'avis du Conseil d'hygiène, de prendre, relativement au choléra, les mêmes mesures de surveillance sanitaire qui ont été employées en 1884 : nomination de médecins délégués chargés de reconnaître les cas suspects; évacuation des hôtels et des garnis par les malades; établissement de services spéciaux dans les hôpitaux; enfin désinfection énergique des locaux où les personnes suspectes auront séjourné par l'acide sulfureux et au moyen d'équipes spéciales de désinfecteurs.

— La Société médicale des hôpitaux est entrée en vacances. La prochaine séance aura lieu le vendredi 10 octobre.

M. Rendu a été nommé secrétaire général en remplacement de M. Desnos, démissionnaire.

— M. le docteur Gouguenheim, médecin des hôpitaux, est chargé d'une mission en vue d'étudier, à l'Université de Berlin, l'enseignement de la laryngologie et de la rhinologie.

— L'Académie de médecine de Turin ouvre pour le prix Ribieri, dont la valeur est de 18 000 francs, un concours international sur la question suivante : « Recherches sur la nature et la prophylaxie des maladies infectieuses de l'homme. » Les mémoires peuvent être en français, en italien ou en latin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 95. — JEUDI 21 AOUT 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 21 AOUT 1890. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la séance du 6 mai de cette année, M. Verneuil appelait l'attention de l'Académie sur la grippe au point de vue chirurgical (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 495). La conclusion qu'il tirait de quelques observations était que, chez un convalescent de grippe, il est sage d'ajourner les opérations; puis il terminait en invitant les confrères qui avaient des cas analogues aux siens à les lui communiquer. L'appel n'est pas resté sans réponse, et c'est le résultat de cette enquête qu'il a fait connaître aujourd'hui à l'Académie. On trouvera, au compte rendu, les conclusions de cet important travail qui intéresse à la fois les médecins et les chirurgiens.

Le reste de la séance a été occupé par deux lectures, l'une de M. Guermonprez (de Lille), sur la prothèse des apophyses geni pour remédier aux inconvénients de l'ablation du maxillaire inférieur; l'autre de M. Cobos (de Buenos-Ayres) sur la respiration artificielle hypodermique.

La communication de M. Koch au Congrès de Berlin sur le traitement de la tuberculose expérimentale (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 843) a conduit M. Grancher à communiquer hier, à l'Académie des sciences, les résultats d'expériences qu'il a faites en collaboration avec M. H. Martin; à l'aide d'un mode de traitement spécial, il est arrivé à arrêter, pendant longtemps, l'évolution de la tuberculose expérimentale chez le lapin. Un pli cacheté avait été déposé par M. Grancher le 19 novembre 1889 à l'Académie de médecine sur ce sujet. Il résulte de ces recherches, dont l'importance n'échappera à personne, qu'on est en droit d'espérer qu'on sera un jour en possession d'un moyen propre à enrayer la marche de la tuberculose chez l'homme.

Nous donnons ci-dessous la communication de MM. Grancher et H. Martin.

NOTE

SUR UN MODE DE TRAITEMENT ET DE VACCINATION DE LA TUBERCULOSE EXPÉRIMENTALE

Par MM. GRANCHER et H. MARTIN.

Le 19 novembre 1889, nous avons déposé, par l'intermédiaire de M. Dujardin-Beaumetz, sur le bureau de l'Académie de médecine, un pli cacheté où il est consigné que, par un mode de traitement, nous avons réussi à arrêter, pendant longtemps, l'évolution de la tuberculose expérimentale sur le lapin.

La publicité que M. Koch vient de donner, à l'ouverture du Congrès international de Berlin, aux résultats qu'il a obtenus, en rendant des cobayes réfractaires à la tuberculose, ou en les guérissant d'une tuberculose déjà avancée, nous conduit à faire connaître un peu plus tôt que nous ne l'aurions voulu nos recherches sur le même sujet.

Dans toutes nos expériences, nous avons choisi le lapin, et, comme voie d'inoculation, l'injection intra-veineuse, parce qu'on obtient ainsi, avec certitude, une tuberculose qui tue dans un temps court et à peu près fixe, avec des lésions constantes du foie, de la rate et du poumon, et qui échappe à tout traitement local. La tuberculose ainsi conférée étant toujours mortelle, nous avons là une base solide, qui permet d'apprécier exactement les résultats positifs ou négatifs d'une méthode quelconque, tendant à conférer l'état réfractaire ou à guérir après infection.

1° *Traitement de la tuberculose expérimentale après infection.* — Nous avons toujours procédé d'après un plan uniforme.

Lapins traités et lapins témoins étaient inoculés en même temps dans la veine de l'oreille avec la même quantité d'une culture virulente délayée dans un peu d'eau stérilisée. Le poids de chaque animal était pris chaque jour, et nous guidait dans l'application du traitement.

Dans ces deux dernières années, nous avons expérimenté sur 42 lapins, dont 15 témoins et 27 traités, en diverses séries. Nos résultats sont, d'une manière générale, conformes à ceux de la série suivante, où le traitement a été efficace chez tous les lapins traités.

Le 31 décembre 1889, 7 lapins reçoivent, dans la veine de l'oreille, la même quantité d'une culture très virulente. Le

lapin témoin meurt le 23 janvier, vingt-trois jours après l'inoculation. Cinq des lapins traités ont vécu cent vingt-six, cent soixante-seize, cent soixante-seize, cent quatre-vingt-quatre et cent quatre-vingt-neuf jours. Le sixième est encore vivant deux cent vingt-neuf jours après l'inoculation.

L'autopsie est presque négative. La rate est petite, le foie paraît sain, sans aucun bacille tuberculeux. On ne trouve dans les espaces portes péri-lobulaires que quelques cellules embryonnaires, trace du processus tuberculeux en voie de guérison.

2° *Vaccination contre la tuberculose expérimentale.* — Nous nous sommes appliqués à obtenir des virulences graduées jusqu'à la perte même de la virulence, et, quoique cette échelle n'ait rien de mathématique, elle est suffisante toutefois pour être utilisée à peu près comme le sont les moelles desséchées dans la méthode de M. Pasteur, pour le traitement de la rage.

Nous désignerons sous le nom de virulence n° 1 les cultures les plus virulentes de notre série, qui tuent le lapin, par injection intra-veineuse, en quinze jours ou un mois. Les virulences 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 sont successivement décroissantes. Ces dernières cultures, du n° 10 au n° 7 inclusivement, réensemencées, ne se développent plus; elles sont sans effet sur les lapins. Les virulences 2 et 3 sont mortelles mais avec des échéances variables, selon la résistance de l'animal. Ces échéances sont variables, à plus forte raison, avec les virulences 4, 5 et 6.

Une de nos premières séries remonte au 27 août 1889. Ce jour-là, cinq lapins ont reçu, dans la veine de l'oreille, chacun une demi-seringue de Pravaz de culture très affaiblie à virulence n° 6. Le 3 septembre, les mêmes lapins ont reçu la virulence n° 3, et, le 12 septembre, encore la même culture n° 3; puis, le 26 septembre, la virulence n° 2, et, enfin, le 15 octobre, la virulence n° 1. Nous inoculons ce jour-là, en même temps que les lapins vaccinés, trois lapins neufs comme témoins.

Ceux-ci meurent les 28 octobre, 2 novembre et 5 novembre, avec les lésions classiques de la tuberculose expérimentale : rate énorme, foie muscade, poumons criblés de granulations tuberculeuses. Parmi les vaccinés, trois sont morts en même temps que les témoins, les 21 et 26 octobre et le 3 novembre, et avec les mêmes lésions. Mais deux ont résisté, l'un jusqu'au 17 décembre, l'autre jusqu'au 7 janvier 1890. Ils ont succombé avec des lésions tuberculeuses légères.

Cette tentative ayant paru nous donner un résultat partiel malgré l'insuffisance de la vaccination qui ne comportait que des cultures affaiblies 6, 3, 3 et 2, avant la culture très virulente, nous avons fait de nouvelles séries en multipliant nos cultures vaccinales et en nous arrêtant à la virulence n° 2. Nous avons obtenu ainsi de très bons résultats. — Dans une série, notamment, composée de neuf lapins vaccinés et de deux témoins, nous avons encore cinq de ses animaux inoculés le 23 janvier avec la culture n° 2, mortelle, et vivant encore sept mois après cette inoculation.

Mais en nous arrêtant à la virulence n° 2, les témoins ne meurent pas tous dans le même temps, et l'immunité conférée par la vaccination en paraît moins probante. Nous avons donc, dans une dernière série, vacciné onze lapins par les cultures n°s 6, 5, 4, 3 et 2, du 30 janvier au 25 mars; et, le 10 avril, ces onze lapins vaccinés ont reçu en même temps que deux témoins la culture n° 1. Nous n'avons pris que deux témoins parce que, ainsi que nous l'avons dit précédemment, cette culture n° 1 est toujours mortelle à bref délai.

Les témoins sont morts les 3 et 10 mai, soit vingt-trois et trente jours après l'inoculation d'épreuve. Les onze vaccinés ont résisté bien davantage : deux sont morts les 16 et 26 juin; deux les 7 et 29 juillet; quatre les 4, 7 et 9 août. Trois sont encore vivants plus de quatre mois après l'inoculation la plus virulente.

Conclusion. — Nous croyons donc avoir réussi, d'une part, à donner aux lapins une résistance prolongée contre la tuberculose expérimentale la plus rapide et la plus certaine, et, d'autre part, à leur conférer, contre la même maladie, une immunité dont il reste à déterminer la durée.

Les résultats obtenus par R. Koch, sur les cobayes, l'ont été, très vraisemblablement, par des méthodes et des procédés différents des nôtres, puisque, au moins en ce qui concerne la vaccination. Koch n'y fait aucune allusion. Il est donc permis d'espérer que nous aurons, quelque jour, plusieurs moyens de combattre efficacement le bacille tuberculeux.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

De l'antipyrèse.

Par M. Cantani (de Naples).

Il est difficile de donner une définition de la fièvre. C'est une exagération et une altération des produits chimiques, des dédoublements organiques, avec formation exagérée de chaleur. Cette exagération de la combustion est l'élément fondamental de la fièvre. Les éléments sur lesquels porte cette combustion exagérée varient suivant les différentes fièvres et probablement à cause de la différence des agents infectieux.

Mais toutes les fièvres ont ceci de commun qu'elles usent plus ou moins les éléments organiques, et l'indication fondamentale est de diminuer cette dépense excessive en agissant sur sa cause immédiate.

Ce résultat peut s'obtenir de deux façons :

1° En diminuant la température, en enlevant de la chaleur;

2° En modérant la formation de la chaleur.

La première méthode consiste à refroidir la périphérie du corps; la seconde, à atteindre le processus fébrigène dans sa source et à diminuer la formation exagérée de calorique.

La quinine a été le premier moyen employé dans ce but. Il faut des doses élevées qui, souvent, diminuent l'activité fonctionnelle de l'organisme.

La digitale n'a donné aucun résultat.

L'acide phénique, l'acide salicylique, la kairine, la thalline, l'antipyrine, la phénacétine diminuent la température et la fréquence du pouls.

Comment agissent ces antipyrétiques?

La quinine agit probablement comme parasiticide sur les plasmodies paludéennes, l'acide phénique sur les microbes septiques; mais les autres antipyrétiques ne sont pas des antiseptiques. Ils déterminent une irradiation plus abondante de la chaleur en dilatant les vaisseaux cutanés et en

déterminant la diaphorèse, et ils agissent sur la production même de la chaleur.

Sont-ils utiles aux fébricitants?

Pour répondre à cette question, il faut savoir quel rôle joue la fièvre dans les maladies, si elle en constitue le principal danger.

Il y a des maladies infectieuses où les antipyrétiques, tout en abaissant la température, ne rendent qu'un service passager ou même nuisent à l'évolution favorable de la maladie.

La fièvre est un élément de maladie, constitué par une lésion réelle de certains organes, de certains groupes cellulaires. La maladie peut être considérée comme l'expression du combat de l'organisme contre l'agent morbide qui est, dans la plupart des cas, un microbe pathogène, rarement une substance chimique, ou une lésion traumatique. L'inflammation est la réaction locale du tissu atteint. La fièvre est la réaction générale de tout le corps contre les altérations que l'agent morbide provoque dans l'échange nutritif et la crase sanguine. Cette réaction est une condition de guérison; quand elle fait défaut, le malade succombe.

La guérison est la victoire du macrobe sur le microbe, qui luttent entre eux pour la vie. La fièvre est donc un de ces phénomènes de réaction qui mesure à la fois l'intensité de l'infection et la puissance de résistance de l'organisme. Dans la grande majorité des cas, le malade répond à l'attaque par une fièvre élevée et sort victorieux de la lutte.

Ce n'est donc pas la fièvre qui constitue la gravité de la maladie quand l'état général reste bon. Le pronostic repose bien plutôt sur la quantité et la nature des agents morbides, sur les poisons qu'ils sécrètent et sur la force de résistance du patient.

La fièvre continue est grave, parce qu'elle indique une infection qui sollicite une énergique réaction; elle est grave aussi parce qu'elle détermine une combustion intense et un épuisement général.

La température élevée peut agir favorablement en diminuant la virulence des microbes; elle augmente l'action des phagocytes et stérilise les humeurs organiques.

Il ne s'agit pas de combattre la fièvre en elle-même, mais de trouver des moyens qui détruisent la cause de la maladie en agissant directement sur elle, comme le quinine dans la malaria et le mercure dans la syphilis.

Dans les cas, cependant, où une élévation de la température prolongée devient nuisible par l'accumulation constante de produits de décomposition et par un affaiblissement de l'activité du cœur, il est indiqué d'user d'un moyen qui diminue la chaleur du corps sans diminuer la production de la chaleur elle-même, sans altérer la thermogénèse, qui est essentielle à la puissance de réaction organique.

La méthode hydrothérapique répond à ce desideratum sous forme de bains tièdes graduellement refroidis, d'enveloppements froids, de boissons et de lavements froids.

La méthode diaphorétique est moins utile que la soustraction de chaleur par le froid, parce qu'elle ne favorise en aucune façon la production de chaleur interne; enfin, les antipyrétiques affaiblissent directement la source de la thermogénèse, et par cela même sont dangereux. Il faut donc aider la fièvre dans son action curative et non pas la combattre.

Traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire.

Par M. J.-A. Fort (de Paris).

Sur 700 rétrécissements de l'urèthre qu'il a électrolysés, il n'a eu à enregistrer aucun résultat fatal. Avec son électrolyseur, l'opération, bien faite, est inoffensive, rapide, non douloureuse, sans écoulement de sang; et elle n'exige pas de sonde à demeure. Il n'y a jamais d'accidents sérieux. Le premier malade qu'il a opéré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Richet, n'a jamais subi de cathétérisme depuis l'opération, qui fut pratiquée le 26 avril 1888. La guérison de ce cas se maintient parfaitement.

M. Fort a eu l'idée d'appliquer l'électrolyse linéaire aux rétrécissements de l'œsophage. Il a cité le cas remarquable d'une jeune fille ayant un rétrécissement si étroit qu'elle ne pouvait prendre que quelques gouttes de liquide. Elle était mourante. Un mois après, cette malade était guérie; elle avait subi quinze séances d'électrolyse linéaire. Elle mangeait toutes sortes d'aliments et elle avait augmenté de 25 livres.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° L'électrolyse linéaire peut être appliquée à tous les rétrécissements;

2° En raison de sa simplicité et de sa bénignité, et aussi en raison des récidives plus rares que dans les autres procédés opératoires, nous pensons que l'électrolyse linéaire doit être préférée à l'uréthrotomie, et constituer le procédé de choix dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre;

3° Combinée à la dilatation, l'électrolyse linéaire donne d'excellents résultats dans le traitement des rétrécissements de l'œsophage. Elle améliore certainement les rétrécissements organiques et elle guérit presque à coup sûr les fibreux ou cicatriciels, pourvu que ceux-ci se laissent traverser par une petite bougie destinée à guider l'électrolyseur.

Excision de l'écorce cérébrale comme traitement chirurgical des psychoses.

Par M. Burckhardt (de Préfargier).

L'auteur, se basant sur ce fait que les psychoses sont, non des lésions diffuses, mais des lésions en foyers plus ou moins nombreux, et dont le point de départ et l'extension peuvent beaucoup varier, estime qu'on a le droit d'enlever des fragments de l'écorce qui peuvent être considérés comme les points de départ de troubles psychiques et de détruire des fibres d'association dont l'existence est la condition des manifestations pathologiques. Sur six malades qu'il a opérés, trois lui ont donné un résultat très satisfaisant.

Il résume ainsi ses opérations :

Dans ses deux premiers cas, le but était d'intercepter les associations corticales qui transmettent à la région motrice des sollicitations pathologiques avec une facilité exagérée, et il a pratiqué l'opération avec l'espoir de supprimer l'émotivité et l'élément impulsif qui rendaient les malades dangereux.

Pour les autres, l'indication était d'extirper la surface corticale verbale, auditive et motrice, et d'empêcher par là les hallucinations verbales de se produire. Dans ce but, il a enlevé à quatre malades des parties de l'écorce de la première temporale et de la troisième frontale. Il y a eu, après

l'opération, quelques troubles passagers de la parole, mais en même temps, une restriction considérable des hallucinations, et les malades sont devenus paisibles.

De l'anesthésie.

Par M. Horatio Wood (de Philadelphie).

L'auteur a fait des expériences sur les animaux, tout en faisant des réserves sur les conclusions à en tirer pour ce qui se passe chez l'homme. Il a expérimenté le protoxyde d'azote, l'éther et le chloroforme.

Le protoxyde d'azote n'a donné jusqu'ici que trois morts sur plusieurs millions d'anesthésie. C'est donc un moyen d'une très grande sécurité. Mais il ne saurait être employé pour les grandes opérations, à cause de la courte durée de l'anesthésie.

Passant ensuite à l'éther et au chloroforme, l'auteur étudie :

1° De quelle manière ces substances produisent la mort, en altérant les fonctions de la circulation ou de la respiration;

2° La toxicité comparative de ces deux poisons et ce qui constitue leur différence:

3° Leurs avantages respectifs et la meilleure méthode de leur emploi;

4° Le meilleur traitement des accidents du chloroforme et de l'éther.

L'éther, à doses modérées, agit comme un stimulant de la circulation; mais, à doses élevées, il déprime l'action cardiaque, à un moindre degré cependant que la respiration. Le chloroforme peut produire la mort par la paralysie des centres respiratoires ou par un arrêt simultané de la respiration et de la circulation. La mort peut être immédiate par action sur le cœur, surtout quand on le donne en vapeurs concentrées.

Les expériences de l'auteur et du docteur Hare ont montré que le chloroforme a une action paralysante directe sur le cœur et sur la respiration, et que ces deux fonctions peuvent être paralysées simultanément. La respiration peut cesser avant le cœur; mais, dans quelques cas, le cœur s'arrête avant la respiration.

On peut conclure, d'une manière générale, que le chloroforme et l'éther paralysent aussi bien la respiration que la circulation; que, dans certains cas, c'est l'une de ces fonctions qui est abolie la première, et enfin que l'éther a moins de tendance à produire l'arrêt primitif du cœur que le chloroforme.

D'après les statistiques, le chloroforme est quatre ou cinq fois plus dangereux que l'éther.

De ces considérations, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Tout anesthésique présente une chance de mort, malgré les plus grandes précautions;

2° Le chloroforme agit plus promptement et plus profondément que l'éther sur les centres respiratoires et circulatoires;

3° L'action du chloroforme est plus persistante que celle de l'éther;

4° Le chloroforme peut causer la mort par arrêt primitif du cœur ou de la respiration; en général, ces deux fonctions sont atteintes et abolies en même temps;

5° L'éther agit plus spécialement sur la respiration; mais, quand le cœur est faible, il peut aussi produire une paralysie primitive du cœur, alors que la respiration se maintient;

6° Le chloroforme tue quatre ou cinq fois plus souvent que l'éther. Son action se maintient plus longtemps après la cessation des inhalations, peut-être parce qu'il est beaucoup moins volatil que l'éther; et c'est peut être aussi parce que sa volatilisation augmente qu'il est moins toxique dans les pays chauds, où sa diffusibilité est plus grande par suite de la température plus élevée de l'air.

Alors pourquoi l'éther est-il si peu en faveur ?

Parce qu'on ne sait pas l'administrer; on étouffe le malade, on risque de l'asphyxier mécaniquement en employant les linges pliés. L'auteur recommande l'inhalateur du docteur Allis, qui est fondé sur cette idée que l'éther doit être mélangé à une grande quantité d'air.

Passant au traitement des accidents, M. Wood conclut ainsi :

Éviter tous les remèdes, excepté la strychnine, la digitale et l'ammoniaque; éviter surtout de donner l'alcool aux malades avant l'opération;

Injecter de la teinture de digitale sous la peau;

Tirer au dehors la langue du malade et soulever l'angle de la mâchoire pour voir si la respiration n'est pas empêchée mécaniquement;

Renverser le patient rapidement et pendant quelques instants;

Employer promptement la respiration artificielle forcée et, dans les cas avancés, essayer d'exciter la peau par la chaleur et la brosse électrique.

L'incontinence nocturne d'urine chez les enfants.

Par M. Van Tienhoven (de La Haye).

L'incontinence nocturne des enfants est causée par l'insuffisance du sphincter de la vessie, qui permet à l'urine de pénétrer dans la portion prostatique de l'urèthre; et par l'action réflexe des fibres circulaires de la tunique musculaire de la vessie.

L'élévation du bassin, en empêchant l'urine de quitter la vessie et en évitant l'irritation de la portion prostatique de l'urèthre, est le meilleur mode de traitement.

L'infection par les plaies comme cause de certaines formes de pneumonie fibrineuse.

Par MM. Babès et Stoicescu (de Bucharest).

Les auteurs ont examiné, à Bucharest, neuf cas de pneumonie de forme atypique et septique. Dans six de ces cas, ils ont constaté, pendant la vie, ou seulement à l'autopsie, des plaies d'ancienne date.

Il s'agissait de suppuration ou de gangrène à marche lente et à symptômes peu apparents, siégeant, ou au-dessus du foie, ou dans la région inguinale, ou aux cuisses. Chaque fois, on a pu suivre la progression lente du processus inflammatoire dans la direction des poumons, dont la partie la plus rapprochée a toujours été atteinte la première.

Dans tous ces cas, le poumon hépatisé renfermait les mêmes microbes que la plaie primitive, microbes ordinairement septiques pour les animaux (staphylococcus aureus, streptococcus, bacilles septiques). Le poumon renfermait aussi, à l'exception de deux cas, le microbe lancéolé de Pasteur.

Il est important, au point de vue de l'étiologie de la

pneumonie, de constater ainsi la connexité intime qui peut exister entre l'infection par les plaies et certaines formes de pneumonie fibrineuse lobaire, à marche septique; ces formes ne représentent qu'une manifestation de l'infection provenant de la plaie, associée ordinairement à une invasion secondaire du microbe de la pneumonie. Il ne sera pas non plus sans intérêt d'établir quelles sont les localisations et la nature des plaies qui menacent le poumon de cette pneumonie généralement fatale.

Les parasites animaux dans les tumeurs de la vessie.

Par M. ALBARRAN (de Paris).

L'auteur a trouvé, à l'autopsie d'un malade qui a succombé dans le service de M. le professeur Guyon, dans le bas-fond vésical, une plaque épithéliale mamelonnée, dans laquelle on remarquait des verrucosités épithéliales et des enfoncements. Au centre de ces verrucosités, et dans ces enfoncements, se trouvaient une grande quantité de psorospermies très reconnaissables, avec leur enveloppe transparente et leur noyau spécial. Il a retrouvé le même développement des psorospermies dans deux autres cas analogues.

Ces psorospermies ont été trouvées dans des végétations cutanées spéciales; elles ont été retrouvées dans les cas de maladie de Paget, transformée en cancer; on peut en conclure qu'on est sur la trace de la véritable origine du cancer.

Il ne paraît donc pas prématuré d'affirmer, dès aujourd'hui, que certaines formes d'épithélioma, au moins, sont causées par la présence de parasites animaux.

Traitement des fibromes utérins et de l'ovaro-salpingite suppurée par les courants continus.

Par M. Georges GAUTIER (de Paris).

Conclusions. — 1° La guérison symptomatique des fibromes est en rapport avec l'intensité électrique utilisée; cette intensité est proportionnelle à la tolérance variable des malades; le pôle positif est sans conteste, au-dessus de 100 milliampères, hémostatique et antiseptique; l'action locale est secondaire alors que l'action interpolaire est plus efficace et indispensable à utiliser; cette action interpolaire sur les fibromes justifie la galvanocaustique intra-utérine et surtout la galvanopuncture qui est le procédé de choix, car elle abrège la durée du traitement, augmente la régression des fibromes et diminue les récidives;

2° Il rappelle sa statistique ancienne de soixante-sept cas (mémoire lu à l'Académie de médecine de Paris, avril 1890) et rapporte vingt-huit cas nouveaux, en faisant observer que ses malades ont été soignées moins longtemps, que les premiers résultats ont été plus rapides, que la guérison symptomatique se maintient et que, dans deux cas, des masses énormes de fibro-myomes sous-péritonéaux ont diminué dans des proportions d'un tiers et que ces deux malades, après huit et douze séances, dont deux galvanopunctures à chacune, ont pu reprendre des occupations fatigantes. Il mentionne que le pôle positif produit, dans l'utérus, une cautérisation complète de la muqueuse qu'elle dessèche et que l'examen microscopique, après l'hystérectomie, démontre qu'à une dose très élevée (400 milliampères) la muqueuse seule est intéressée par cette cautérisation (Sneguireff);

3° Dans les ovaro-salpingites suppurées, il ne conseille que la galvanocaustique chimique négative, à faible intensité, de 20 à 80 milliampères. Ses malades, au nombre de huit, avaient consulté des chirurgiens qui, unanimement, conseillèrent la laparotomie; sous l'influence du traitement galvanique, la suppuration a diminué ainsi que les douleurs, et la restauration des forces a été manifeste. Ces résultats, qui sont très récents, ne lui permettent pas de porter des conclusions et ils seront le but d'un prochain mémoire;

4° En résumé, d'après une pratique déjà longue, l'auteur donne la préférence à la galvanopuncture comme traitement de choix des fibromes de l'utérus, qu'il faut utiliser avec une antisepsie parfaite, et condamne les applications extra-utérines, dont le *modus faciendi* repose sur une théorie fausse et dont les résultats sont illusoires.

Recherches expérimentales sur la représentation des zones motrices dans la substance corticale du cerveau d'un orang-outang.

Par MM. BEEVOR et HORSLEY (de Londres).

D'expériences faites sur l'homme et sur l'orang-outang, les auteurs tirent les conclusions générales suivantes :

1° Plus on s'élève dans l'échelle animale, plus il est nécessaire d'employer des courants intenses pour déterminer un effet moteur;

2° La concentration des foyers est d'autant plus marquée qu'on s'élève des animaux inférieurs aux animaux supérieurs;

3° La distribution des foyers chez l'homme est la même que chez l'orang-outang.

Ayant mis à découvert la capsule interne par une section horizontale et l'ayant excitée par un courant électrique, ils ont obtenu les mêmes résultats sur l'orang-outang que sur le singe-macaque. Ils ont étudié ces fonctions sur le singe-macaque en mettant à jour la capsule interne par une section horizontale et en excitant ses fibres, suivant la méthode de Franck et Pitres, de Burdon Sanderson. Ils ont étudié les dégénérescences consécutives.

Voici les résultats généraux qu'ils ont obtenus :

Les ganglions n'ont pu être excités ni à la surface des ventricules ni sur les coupes.

Le segment antérieur de la capsule interne est excitable aux niveaux supérieurs, mais l'excitabilité disparaît rapidement dans les niveaux inférieurs; elle cesse au septième niveau.

Le segment postérieur est excitable dans les coupes supérieures jusqu'à l'extrémité postérieure du noyau ventriculaire.

L'ordre de l'extension des zones excitables avec les mouvements qu'elles déterminent a été fixé pour chaque niveau. Voici leur ordre, en prenant dans leur ensemble les résultats de chaque coupe :

Les yeux s'ouvrent, les yeux se dévient, la bouche s'ouvre, la tête entre en rotation, mouvements de la langue, l'angle de la bouche se rétracte, mouvements de l'épaule, du coude, du poignet, des doigts, du pouce, du tronc, de la hanche, de la cheville, du gros orteil, des orteils.

On voit par ce tableau que l'ordre antéro-postérieur des fibres excitables de la capsule interne correspond à l'arrangement antéro-postérieur des centres dans l'écorce.

Résection de l'estomac et des intestins.

Par M. Billroth (de Vienne).

M. Billroth a pratiqué, de novembre 1889 à juin 1890, 120 opérations sur l'estomac, comprenant des pylorectomies et des gastro-entérostomies Pour la pylorectomie, la durée de l'opération a été, en moyenne, de une heure et quart; la portion réséquée était de 4 centimètres environ; parmi les opérations qui ont été pratiquées pour cancer, il y a eu 12 guérisons et 15 morts; parmi les guéris, les récidives ont entraîné la mort au bout de cinq mois, sept mois, un an et demi, deux ans et deux ans trois mois. Plusieurs malades vivent encore, dont l'une depuis un an et demi. Parmi les malades opérés pour rétrécissement cicatriciel, l'une est morte un mois après l'opération par suite d'un abcès de la paroi, rompu dans le péritoine; un homme a vécu cinq ans et succomba à un ulcère rond. Les autres malades sont encore bien portants. Dans 3 cas, le diagnostic de la nature du rétrécissement fut tellement difficile que M. Billroth fut obligé de faire une incision exploratrice dans les parois de l'estomac avant de pratiquer l'opération définitive. Ces trois malades moururent.

Vingt-huit cas de gastro-entérostomie pour cancer du pylore furent opérés, 5 par la méthode de Wœfler et le reste par le procédé de Van Acker : 14 morts, 14 guérisons. Les survies ont été de un à quatorze mois.

Vingt-huit résections du cæcum pour cancer ou fistules ont donné 12 guérisons. Huit résections du colon ont donné 4 guérisons et 4 morts. Sept résections du rectum, dont 6 par la méthode de Kraske et 1 par la méthode de Zuckerkandl; il n'y a eu à déplorer aucune mort opératoire; dans 2 cas seulement, la réunion par première intention de la suture intestinale a été obtenue complète; dans les autres cas la partie postérieure de la suture a cédé et il s'est formé un anus contre nature.

Comme causes de la mort, on note le collapsus dans six cas de pylorectomie et neuf cas de gastro-entérostomie; la péritonite septique, consécutive à l'épanchement de matières intestinales dans le péritoine pendant les manipulations dans un certain nombre de cas. Dans d'autres cas, la mort est due à une péritonite par perforation, la suture ayant lâché.

La résection la plus difficile est celle de l'extrémité inférieure de l'S iliaque; Billroth l'a faite deux fois; l'un des malades est mort, immédiatement, après l'opération de collapsus, l'autre a vécu cinq jours.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (SESSION DE LIMOGES)

Sur un déplacement non décrit du rein.

Par M. Potain (de Paris).

M. Potain rappelle qu'on ne connaît guère aujourd'hui que les cas de déplacement du rein par glissement; il en décrit une autre variété moins fréquente et moins remarquée: le déplacement par antéversion. Au début elle est peu appréciable, mais, insensiblement, l'extrémité supérieure du viscère glisse sous la face inférieure du foie, s'incline en avant et vient se faire sentir au-dessous du rebord des fausses côtes; le rein peut même devenir presque horizontal. Les sensations fournies par le palper sont, on le conçoit, fort délicates; aussi une semblable déviation est-elle prise généralement pour une tumeur du foie, de la vésicule, du pylore, etc.

La palpation bi-manuelle est précieuse dans les cas de ce genre, et l'on arrive ainsi à saisir l'organe entre les deux mains, mais il faut pour cela que la palpation soit exercée par la main antérieure et la propulsion par la main postérieure. On évite ainsi de provoquer des contractions musculaires de la paroi abdominale, qui nuisent beaucoup à la netteté des sensations. La main antérieure doit être placée à l'hypochondre et la main postérieure vers la partie inférieure des lombes : on projette alors le rein d'une main à l'autre.

La pathogénie des déplacements du rein est encore obscure; les faits sur lesquels M. Potain attire l'attention peuvent servir à l'éclairer. Dans la majorité de ces cas, il existait de la lithiase biliaire. Or, il est fréquent que cette affection s'accompagne d'irritation péritonéale autour des voies d'excrétion de la bile, irritation qui se propage au tissu sous-péritonéal rétro-colique. Cette péritonite localisée se transmet ainsi jusqu'à l'atmosphère celluleuse du rein, qui perd sa tonicité, surtout à sa partie supérieure, plus spécialement atteinte. Le rein, alors, n'est plus maintenu que par la partie inférieure de sa loge, qui le reçoit à la façon d'une hotte.

Ce mécanisme ne saurait rendre compte des faits d'ectopie ordinaire ou par glissement; M. Potain croit pourtant qu'il est analogue; seulement, ici, c'est la colite mucomembraneuse, si commune dans ces cas, qui est le point de départ de la fluxion sous-péritonéale qui atteindra la loge celluleuse du rein. En effet, du côté droit, le colon se met en rapport avec l'extrémité antéro-inférieure de l'organe, sans l'intermédiaire d'un mésocolon. La propagation inflammatoire est donc facile.

On voit par là que les deux variétés d'ectopie, par antéversion et par glissement, relèvent fréquemment tout au moins d'un mécanisme pathogénique analogue.

L'hygiène et la crémation.

Par M. le docteur Thouvenet (de Limoges).

En raison de cette opinion qui attribue l'épidémie cholérique de l'Espagne à l'exhumation des victimes de l'épidémie de 1885, d'après les idées que l'auteur a émises en 1883, à savoir que les cimetières sont de vastes dépôts de germes pathogènes, il pense que le seul moyen efficace de les détruire est la crémation. En conséquence, il propose :

1° D'inviter les administrations municipales à construire des fours crématoires, pour mettre l'incinération à la portée de ceux qui la préféreraient à l'inhumation actuellement en usage;

2° D'inviter l'administration à étudier s'il ne serait pas possible d'exiger la crémation de toute personne ayant succombé à une maladie infectieuse.

(Ces conclusions sont adoptées, sauf celle d'inviter les pouvoirs publics à rendre la crémation obligatoire dans les cas de décès, la loi actuelle rendant la crémation seulement facultative.)

CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE

Les démences précoces.

Par M. CHARPENTIER (de Paris).

On ne trouve pas dans les auteurs de définition de la démence précoce, ni aucun travail d'ensemble sur ce sujet. Certaines de ces démences précoces ont seulement été étudiées à l'occasion d'autres troubles mentaux.

M. Charpentier en donne la définition suivante :

Trouble mental chronique et incurable, survenant sur des sujets jeunes (avant trente ans), normalement et régulièrement développés, n'ayant pas présenté de maladies graves autres que celle qui a accompagné ou précédé la démence.

Cet état mental, comme toutes les démences, est caractérisé par l'affaiblissement ou l'anéantissement général ou partiel, rapide ou lent des facultés intellectuelles, des sentiments, des affections, parfois aussi des mouvements et de la sensibilité.

L'incurabilité étant pour l'auteur un signe caractéristique de la démence, il élimine de son cadre tous les cas relatifs à la curabilité de la démence.

L'auteur fait rentrer dans son cadre les cas signalés par M. Bourneville, chez de jeunes adolescents à évolution régulière avant le développement de la démence. Dans des cas analogues, le caractère enfantin de la démence peut être facilement confondu par la famille avec la persistance prolongée du caractère enfantin normal du malade, ne pas éveiller son attention et fausser les renseignements auprès du médecin appelé plus tard à constater l'état mental de pareils déments. Encore faut-il distinguer, parmi eux, l'arrêt de développement intellectuel qui peut se faire à tout âge de la croissance, d'avec l'évolution rétrograde démentielle, ce qui ne peut être confirmé que par l'observation prolongée de ces sujets avant et après l'apparition de la démence. De tels états, observés même avant la puberté, constituent un premier groupe sur lequel l'auteur n'insiste pas : *démence précoce simple des enfants normaux*.

Le second groupe est formé par les déments précoces épileptiques. Dans la démence précoce de nature épileptique, les vertiges et les attaques deviennent moins fréquentes et même disparaissent; c'est en tenant compte de ce fait que l'on recherchera toujours les cicatrices chez les jeunes déments, lorsque les renseignements nient l'épilepsie; on a écrit que la démence arrivait d'autant plus vite chez les épileptiques que leur état mental était inférieur, l'auteur a vu beaucoup d'imbéciles être épileptiques, sans que la démence soit apparue; il est plus juste de dire que la démence chez les épileptiques est d'autant plus précoce que chaque attaque convulsive amène une déchéance mentale plus prononcée; si, en outre, le sujet s'adonne à l'alcool, à la masturbation, s'il se tuberculise, s'il est porteur de syphilis non traitée. L'épileptique acariâtre, persécuté, persécuteur, résiste à la démence précoce. L'auteur a observé des cas de démence précoce, survenus chez des sujets acquittés après crime commis, et placés dans son service en raison d'épilepsie; la démence n'était survenue qu'après l'accomplissement du crime et M. Charpentier n'a jamais été témoin, sur ce sujet, d'épilepsie convulsive, ni vertigineuse.

Le troisième groupe est constitué par la démence précoce syphilitique. On ne la trouve pas signalée dans le travail de M. le professeur Fournier sur la syphilis cérébrale. M. Charpentier a rencontré la démence précoce syphilitique incurable, sans que les sujets aient présenté un phénomène spécial; cependant, c'est chez ces sujets, comme aussi à la suite de blennorrhagies et même chez des fils de syphilitique, qu'il a trouvé l'absence de stupeur, mais en revanche l'incohérence la plus manifeste.

Le quatrième groupe est constitué par la démence précoce alcoolique, assez fréquente dans la population des villes, et dont la description n'est pas à refaire; l'hérédité morbide, les vices et la misère en forment l'escorte; il y aurait sans doute une place à faire pour les cas de non-guérison.

Le cinquième groupe comprend les démences précoces liées à la puberté, ce qui ne veut pas dire que toutes les folies de la puberté, toutes les hébéphrénies soient des démences précoces, ni que toutes les démences précoces qui se développent à l'époque de la puberté reconnaissent toujours celle-ci comme cause. L'auteur rattache certains cas rares de folie du doute, de manie de contradiction, de monomanie querelleuse aboutissant rapidement à cette époque, à la démence précoce. On conçoit très bien que, si des illusions des sens occasionnent des erreurs de l'esprit, les sensations génésiques, par leur nouveauté, par leur instantanéité et par l'inaccoutumance, puissent entraîner chez certains sujets des erreurs intellectuelles et causer des troubles irrémédiables dans la construction et l'arrangement des matériaux de l'édifice cérébral.

Un sixième groupe est représenté par certains héréditaires et certains dégénérés, chez lesquels l'intervention des autres facteurs est trop peu manifeste pour lui attacher une importance autre que celle d'occasionnelle.

Septième groupe. La démence précoce se rencontre aussi, mais très rarement, chez quelques fous moraux; les vices de caractère peuvent conduire à tout, mais bien rarement à la démence précoce.

Huitième groupe. Dans tous les services d'aliénés, on rencontre quelques sujets appartenant à un huitième groupe : ils sont désignés sous le nom de maniaques ou de mélancoliques chroniques, parce que des manifestations maniaques ou mélancoliques ont préludé au début de la démence précoce, mais comme ces mêmes manifestations réapparaissent de temps à autre, ils conservent leur première étiquette ou sont désignés sous le nom simple de déments, le long temps qu'ils ont séjourné à l'hospice ayant fait oublier le début prématuré de la démence.

Neuvième groupe. Souvent aussi on n'a rencontré que l'anémie, la misère, la paresse, le surmenage physique ou intellectuel comme seul facteur étiologique de certaines démences précoces que l'auteur rapproche de son neuvième groupe admis par presque tous les aliénistes, celui des démences précoces consécutives aux maladies aiguës ou infectieuses, telles que fièvre typhoïde, érysipèle, états puerpéraux; il en existe quelques cas dans chaque service d'aliénation, remarquables par la prédominance de la forme mélancolique; ces déments vivent parfois longtemps, contrairement à l'opinion de M. Marie qui, ne croyant pas à leur guérison, ne faisait pas de ces malades de vrais déments; il considérait cette démence apathique comme ordinairement curable.

Dixième groupe. La paralysie générale précoce, qui paraît augmenter de fréquence, est remarquable par la précocité de sa démence à un point tel qu'on serait tenté de dire que

toujours la paralysie générale précoce est une démence paralytique d'emblée.

Onzième groupe. A côté de ces groupes, il en est un où aucune circonstance étiologique ne peut être invoquée; peut-être pourrait-on invoquer l'origine de parents vieux ou de parents ayant entre eux une grande différence d'âge.

M. Charpentier a observé trois cas de démence précoce consécutive au diabète disparu lors de la démence; l'un d'eux avait été traité pour du diabète insipide; le troisième, qu'il a encore dans son service, a perdu son père du diabète. Il est dément depuis l'âge de dix-huit ans, après un diabète qui a duré trois ans; ce diabète est survenu après des épistaxis abondantes et fréquentes qui ont disparu lors du diabète et sont revenues avec la démence; elles lui servent, par la constance de leur retour, de signe précurseur pour annoncer l'invasion d'un nouvel accès d'agitation; l'épistaxis disparaît toujours avant la fin de la crise d'excitation dont on peut ainsi prévoir la terminaison.

La démence précoce n'est composée que de caractères négatifs.

En général, ces sujets sont chétifs, peu musclés, contrairement à certaines démences paralytiques et certaines démences séniles, en état stationnaire, contrairement aussi à ces embonpoints contemporains des rémissions des persécutés, des épileptiques, des alcooliques et même des fous moraux; le thorax est grêle aussi; les appareils circulatoire et respiratoire n'offrent aucun trouble, sauf le refroidissement facile des extrémités; l'attitude de ces malades varie avec la forme maniaque ou mélancolique; leur visage est maigre, pâle, souvent grimaçant, coloré parfois par stase veineuse; les tics palpébraux, faciaux, oculaires, le nystagmus, le frottement continuel des mains l'une contre l'autre ou sur une même partie du corps et de préférence du côté du crâne, au point que les cheveux ne repoussent plus, l'anesthésie prolongée des paupières ou des lèvres, les raideurs musculaires partielles et surtout de la nuque sont des troubles moteurs très fréquents chez ces déments; souvent, ils ne veulent pas regarder la personne qui leur parle ou ne peuvent supporter son regard; questionnés, ils répondent en tournant la tête et les yeux d'un même côté; un rire niais ou simulant le dédain accompagne ordinairement leurs réponses; leur voix est faible, basse; leur langage est variable de l'un à l'autre : ce sont des phrases alignées, écho de ce qu'ils ont entendu, qui viennent se juxtaposer sans aucune trace d'association intellectuelle volontaire. Quelques-uns sont même bavards et ont une certaine intonation sérieuse dans leur verbiage, qui pourrait faire croire qu'ils disent quelque chose de sensé, mais il n'en est rien, c'est le type absolu de la démence incohérente; d'autres répètent d'une façon désespérante la même réponse laconique à toutes les questions; certains commencent une phrase, mais ne la finissent pas ou la terminent d'une manière inintelligible, souvent en baissant le ton au point de ne pouvoir plus être entendus; ils répondent à la manière des enfants ou des femmes qui boudent; d'autres ne poussent que des cris ou sont dans un mutisme absolu, se bornant parfois à un même geste uniforme; c'est dans ces cas, que le médecin se demande si le malade est encore en état de mélancolie avec stupeur ou de démence initiale; en général, ils n'aiment pas qu'on leur parle; leur faculté d'attention, cette faculté qui exige de l'énergie motrice, est toujours très faible ou nulle, ce qui explique la mobilité, la paresse ou l'indocilité de ceux qui ne sont pas en état de stupeur. En effet, bien différents des imbéciles, les déments précoces qui peuvent agir, qui peuvent s'occuper si cela leur plaît, sont incapables de tout travail commandé, si court, si futile, si machinal qu'il soit; certains peuvent s'occuper à lire la même chose, à faire les mêmes dessins, les mêmes chiffres, à passer des heures entières à mettre en poudre quelques objets; aucun ne peut ou ne veut exécuter un travail demandé; leur mémoire est souvent nulle, parfois conservée partiellement, la mémoire des lettres et des chiffres surtout; beaucoup reconnaissent les visages, leurs parents, à en juger par l'accueil peu gracieux qu'ils leur témoignent; ils vivent isolés et ne jouent jamais ni entre eux, ni avec d'autres malades; les organes des sens paraissent conservés et on n'a pu constater d'hallucination; les sentiments affectifs pour la famille sont presque toujours des sentiments de répulsion; parfois, ils sympathisent avec tel ou tel serviteur qui peut les apprivoiser, mais sans résultat utile. Beaucoup ressemblent aux imbéciles au point de vue de la régularité des habitudes pour les heures du lever, du coucher, des repas, de la visite; ils connaissent les habitudes du service comme les animaux domestiques connaissent les habitudes de la maison; les habitudes vicieuses sont assez fréquentes. Quelques-uns ont une propreté relative, ils sont bien débraillés dans leurs vêtements, mais ceux-ci ne sont ni tachés, ni souillés; leurs rapports avec le médecin méritent d'être notés, ils le fuient ou ils le recherchent, mais ils le reconnaissent presque tous, sauf à la période du gâtisme; leur regard, par son expression, témoigne que les paroles du médecin les impressionnent; ils sont sensibles à une flatterie, à une réprimande ou à une raillerie, mais jamais ils ne manifestent cette impression par la parole; tout médecin qui prend la direction d'un nouveau service peut, les premières semaines, croire à son influence heureuse sur de tels malades, en raison des marques d'intérêt qu'il devine sur leur physionomie, mais cette illusion est toujours de courte durée.

De tels malades subissent l'action physiologique des médicaments, mais non l'effet moral ou thérapeutique; ils réagissent bien contre les causes physiques; la tuberculose pulmonaire est la maladie la plus fréquente chez eux, surtout chez ceux qui sont immobiles; les autres vivent longtemps et certains déments précoces deviennent avec l'âge des déments séniles.

Le pronostic découle de la définition et évite tout commentaire; il en est de même du traitement.

Au point de vue du diagnostic, il y a lieu de classer toutes nos démences précoces en trois groupes cliniques, d'après l'état du langage, de la parole et de la motilité : ceux qui ne veulent ou ne peuvent pas parler; ceux dont les réponses sont nulles ou monotones; et ceux chez lesquels domine l'incohérence. Les premiers peuvent être confondus avec les différentes formes de stupeur et s'en distinguent par les signes propres à ces formes de stupeur si bien décrites par les auteurs qui ont traité cette question; les seconds peuvent être confondus encore avec cette même forme, mais surtout avec l'imbécillité : la connaissance exacte de l'état antérieur de l'intelligence est le meilleur moyen de résoudre cette difficulté; les troisièmes peuvent être confondus avec certaines folies choréiques, certaines folies curables de la puberté, les autres fausses démences ou démences apparentes, et les mélancolies. Enfin, à propos de ces trois classes, il faut toujours penser à la simula-

tion ; cette simulation doit être plus fréquente pendant la prévention ou après la condamnation que dans nos asiles ; car là, le simulateur a tout intérêt à ne pas simuler longtemps ; le meilleur moyen de diagnostic pour le médecin est de simuler à son tour la croyance à l'état morbide du simulateur. Quand celui-ci est bien convaincu que son médecin le croit fou, il ne tarde pas à guérir, à remercier son sauveur et surtout à lui demander sa sortie. Un autre bon moyen consiste à observer les malades que fréquente le simulateur dans l'asile ; s'il est vrai que les fous se fréquentent, s'attirent et se recherchent, cette proposition n'en est pas moins vraie pour les vicieux, et l'attention du médecin devient plus vive, toutes les fois qu'un sujet qu'il soupçonne de simulation se met en rapport avec les vicieux du service ou si, ce qui revient au même, ceux-ci se mettent en rapport avec lui. Il est prudent au médecin, quand il soupçonne la simulation, de garder ses soupçons pour lui tout seul et de n'en faire part à personne de son entourage ; toutes choses égales d'ailleurs, le médecin aliéniste découvrira mieux la simulation si le sujet est placé dans un service hospitalier que s'il est séquestré dans un milieu de détention.

On doit se demander, à propos des déments du troisième groupe clinique, ceux qui parlent et agissent, s'ils ne représentent pas une forme de folie morale ; mais l'absence d'antécédents vicieux avant la démence, l'absence de vices marqués du caractère à la même époque, la douceur de leur caractère pendant la démence, à part l'irritation contre la famille, leur impossibilité de subir un travail volontaire, l'incohérence de la plupart de leurs réponses, et surtout l'absence de tout souci au point de vue de leur séquestration et de leur mise en liberté, les distinguent nettement des vrais fous moraux ; c'est en raison de leur intelligence antérieure, de leur incohérence et de l'affaiblissement de leur intelligence et surtout de leur immobilité que M. Charpentier place de tels sujets parmi les déments précoces.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 août 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

LECTURES

Prothèse des apophyses geni. — M. Guermonprez (de Lille) rappelle que l'amputation du corps du maxillaire inférieur est une menace pour la fonction respiratoire ; la langue n'étant plus retenue en avant par les apophyses geni retombe en arrière, renverse l'épiglotte et détermine une suffocation redoutable. Il est donc indiqué de remplacer les apophyses geni après la résection du corps du maxillaire inférieur.

C'est ce que M. Guermonprez a essayé de réaliser chez un homme de soixante ans, atteint d'un épithélioma de la lèvre inférieure, avec propagation à la partie moyenne du corps du maxillaire inférieur.

La prothèse des apophyses geni fut pratiquée au moyen d'un gros fil d'argent.

Pour fixer ce fil dans chacune des deux portions conservées du maxillaire inférieur, il commença par donner deux coups de perforateur à droite et deux à gauche. Les fils d'argent furent ensuite passés, puis fixés au moyen d'un enroulement en hélice. Un coup de pouce les rabattit ensuite très aisément sur la surface externe de l'os. On comprend sans peine que la pièce prothétique, faite de fil d'argent épais, soit assimilée sans effort à la configuration de la mâchoire inférieure. Cette pièce prothétique porte un œillet sur le milieu de sa face postérieure.

Cet œillet forme un solide point d'insertion aux muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens. Il a suffi, pour cela, de passer un crin de Florence à travers les portions aponévrotiques correspondantes de ces muscles et de les fixer solidement à la pièce prothétique.

Le résultat immédiat fut satisfaisant. La réunion fut obtenue par première intention. Toutefois, M. Guermonprez fut amené à enlever la pièce prothétique le dixième jour, parce que la lèvre inférieure, de nouvelle formation, retombait en avant et laissait échapper une partie de la salive. La langue est, malgré cela, demeurée en place, sans aucune menace de suffocation.

Il est donc démontré aujourd'hui :

1° Que la restauration des apophyses geni est pratiquement réalisable ;

2° Qu'elle s'oppose efficacement à la chute de la langue en arrière et aux accidents asphyxiques, connus pour être les complications primitives de la résection du corps du maxillaire inférieur.

L'avenir montrera si le même moyen est utilisable pour sauvegarder l'écartement des branches montantes conservées du maxillaire inférieur.

De la respiration artificielle hypodermique. — M. Cobos (de Buenos-Ayres) lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

1° Tous les êtres vivants ont une surface d'absorption et d'élimination par laquelle pénètre l'oxygène dans la masse de leur corps, et s'exhale l'acide carbonique produit dans l'intérieur ;

2° Dans les organismes supérieurs, l'absorption et l'élimination de ces gaz s'opèrent par le moyen d'un appareil spécial (poumon) où la masse sanguine s'alimente d'un gaz vital et se débarrasse de celui qui est impropre à la respiration ; mais ce même phénomène se répète dans l'intérieur des tissus entre le liquide sanguin et l'ensemble des cellules, siège ou foyer des combustions ;

3° L'oxygène introduit par injection hypodermique est absorbé par les vaisseaux capillaires qui serpentent au point où s'est produit l'emphysème, de la même manière que l'oxygène de l'air ambiant dans les alvéoles pulmonaires ;

4° L'acide carbonique que charrie le sang est éliminé au point où s'est faite l'injection, de la même façon qu'à la surface des poumons ;

5° Pendant les injections, les mouvements respiratoires de la poitrine se ralentissent, ce qui est démontré par les tracés graphiques de la respiration ;

6° L'absorption de l'oxygène par injection hypodermique, est en raison directe de la surface et du temps que dure le courant du gaz ;

7° L'élimination de l'acide carbonique anhydre sera plus ou moins considérable, selon la quantité qui circule dans les vaisseaux capillaires, en contact avec l'emphysème provoqué par l'injection de l'oxygène ;

8° Dès lors, dans le tissu cellulaire hypodermique, on peut provoquer artificiellement une respiration en tout point semblable à celle qui a lieu normalement dans les alvéoles pulmonaires ;

9° L'oxygène injecté ne produit aucune irritation, ni troubles postérieurs pour l'organisme ;

10° L'oxygène, étant plus actif à l'état naissant, doit être ainsi employé dans la respiration artificielle hypodermique ;

11° Le même acte respiratoire se rattache à l'ensemble des divers éléments qui contribuent à ce fonctionnement forcé et à ce qu'on pourrait appeler poumon artificiel, comme il se rattache aux vrais poumons, bien qu'à un degré beaucoup moindre ;

12° Enfin la respiration artificielle hypodermique peut recevoir des applications importantes dans toutes les maladies qui produisent la diminution de l'hématose par un obstacle quelconque à la respiration normale.

COMMUNICATION

La grippe au point de vue chirurgical. — M. Verneuil a continué son enquête relative à l'influence de la grippe.

Des faits rapportés dans mes deux communications, il croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La grippe, en sa qualité de maladie générale, infectieuse, peut exercer une influence fâcheuse sur les blessures et les opérations chirurgicales ;

2° Cette influence peut s'exercer non seulement pendant la durée de la grippe, mais encore pendant sa convalescence ;

3° C'est surtout par sa tendance à la pyogénie que la grippe traduit cette influence ;

4° La tendance pyogénique de la grippe est démontrée par l'apparition fréquente, au cours ou à la suite de cette maladie, et en dehors de toute blessure, d'affections inflammatoires diverses : conjonctivite, otite, parotidite, pleurésie ; péricardite, péritonite, arthrites purulentes, furoncles, abcès isolés ou multiples, superficiels ou profonds, orchite, suppurations d'affections antérieures à la grippe : kystes de l'ovaire, hydarthrose, cystite, etc. ;

5° Les systèmes veineux, artériel et lymphatique, peuvent aussi être envahis spontanément et donner lieu à des phlébites, des artérites, des lymphangites, à la gangrène des membres, par suite d'embolies ayant pour point de départ une endocardite végétante ;

6° Lorsque la grippe envahit le domaine chirurgical, elle provoque des complications analogues aux affections que nous venons d'énumérer ;

7° En premier lieu, vient la suppuration des blessures accidentelles ou opératoires, que, grâce à l'emploi de la méthode antiseptique, on croyait justement à l'abri de cette complication ;

8° Si la grippe survient après une opération, elle retarde la cicatrisation, désunit même la plaie opératoire déjà réunie et entraîne la suppuration de son foyer ; si, au contraire, la blessure accidentelle ou chirurgicale a lieu pendant la convalescence de la grippe, dans certains cas, la cicatrisation normale ne se produit pas ; dans d'autres, le traumatisme réveille la grippe et celle-ci aggrave le traumatisme ;

9° Alors surviennent diverses complications : *a.* dans les cas bénins, on observe seulement un état fébrile marqué, comme dans l'attaque primitive de grippe ; *b.* dans d'autres, les complications broncho-pulmonaires acquièrent une intensité considérable et peuvent entraîner la mort ; *c.* dans d'autres, le foyer opératoire restant intact, on constate, pendant la vie et à l'autopsie, tous les phénomènes graves de la septicémie et de la pyohémie ; *d.* dans d'autres enfin, la plaie s'enflamme, se sphacèle même, et de ses bords partent l'érysipèle et la lymphangite ;

10° Il est donc important d'être prévenu de la possibilité de l'intervention de la grippe pendant la cure des plaies. Quand, au cours d'une épidémie de grippe, on observe chez un opéré ou un blessé, pansé régulièrement d'après les règles de la méthode antiseptique, une élévation brusque de la température, on devra soupçonner l'invasion de cette affection ;

11° La pyohémie grippale diffère de la pyohémie traumatique classique par différents points : elle survient plus souvent spontanément qu'après une plaie ; — les abcès métastatiques, bien que multiples, sont d'ordinaire peu nombreux ; ils renferment le plus souvent les pneumocoques, mélangés aux autres microbes de la suppuration ; — les frissons, si communs dans la pyohémie ordinaire, font généralement défaut, et le tracé thermométrique ne présente pas les oscillations désordonnées si caractéristiques de cette dernière. La terminaison par guérison paraît moins rare dans la pyohémie grippale que dans l'autre ;

12° La possibilité de la guérison autorise donc le chirurgien, en l'absence de renseignements exacts sur le microbe de la grippe et sur son agent microbicide, à poursuivre avec persévérance le traitement des abcès grippaux, symptomatiques ou non de la pyohémie, par l'incision, le drainage et les lavages antiseptiques ;

13° L'influence réciproque fâcheuse du traumatisme et de la grippe étant démontrée, les chirurgiens devront s'abstenir, hors les cas d'urgence, de pratiquer aucune opération, en particulier sur les voies respiratoires, plus exposées encore que les autres régions aux complications grippales ;

14° Avant de pratiquer aucune opération chez les personnes ayant eu la grippe, il faut attendre que leur état général soit redevenu normal et leur faire suivre, pendant un certain temps, un traitement tonique et réparateur, en ayant surtout recours à l'antisepsie interne par le sulfate de quinine, le naphtol, etc. ;

15° La grippe paraît aussi exercer une influence fâcheuse sur la marche des tumeurs, dont elle accélère le développement ;

16° Elle paraît également exercer une influence défavorable sur la grossesse et ses suites.

DISCUSSION

M. GERMAIN SÉE, au cours de la dernière épidémie, a observé un certain nombre d'endocardites qui ressemblaient à de la pyohémie. A l'autopsie, il a trouvé des streptocoques, aussi bien dans des endocardites végétantes que dans des endocardites ulcéreuses ; il n'y a donc plus lieu de faire une distinction entre ces deux variétés d'endocardite, causées par le même microbe.

M. Germain Sée ajoute que l'épidémie de grippe n'a, du reste, pas dit son dernier mot.

Il a eu l'occasion d'observer récemment deux petites épidémies d'angines pultacées ou diphthéroïdes, qui toutes se sont terminées par la guérison ; mais l'examen bactériologique des concrétions du pharynx a démontré la présence d'un grand nombre de streptocoques ; ce qui prouve, d'une part, qu'il n'y a aucune relation entre ces angines et la diphthérie, et, d'autre part, qu'elles étaient en relation manifeste avec l'épidémie de grippe de l'hiver dernier.

M. VERNEUIL a cherché à se maintenir sur le terrain chirurgical, c'est pourquoi il ne s'est pas étendu davantage sur la nature et les caractères bactériologiques des endocardites qu'il a observées. Il reconnaît que la question des complications grippales est loin d'être résolue ; on aura encore, sans doute, l'occasion de l'étudier, car il a vu, il n'y a pas plus d'un mois, plusieurs cas de grippe dans son service. Quant à la distinction entre les endocardites végétantes et les endocardites ulcéreuses, M. Verneuil n'y tient pas et partage, à ce point de vue, l'opinion de M. Germain Sée.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hospices civils de Rouen. — Un concours pour l'internat en médecine dans les hôpitaux de Rouen s'ouvrira le jeudi 23 octobre 1890.

— Un concours pour l'emploi de suppléant pour les chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école de médecine d'Alger s'ouvrira le 5 mars 1891 devant la Faculté de médecine de Montpellier.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Morel, licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est maintenu, pour l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions de chef des manipulations astronomiques à la Faculté des sciences de Lyon.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Bertin, ancien suppléant, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours d'hygiène et médecine légale.

M. Hervouët, docteur en médecine, suppléant, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, du cours de clinique médicale.

— Par suite d'un voyage à l'étranger, M. Lassar, secrétaire général du Congrès de Berlin, est remplacé par M. Posner, pendant la durée de son absence.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes, dans les rétrodéviations de l'utérus, par M. Baudouin. 1 beau vol. in-8° carré de 408 pages, sur papier teinté japon avec 22 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Dépopulation et civilisation. Étude démographique (Bibliothèque anthropologique). Tome XIII, par Arsène Dumont, membre de la Société d'anthropologie. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Hygiène élémentaire publique et privée, par le docteur A. Amblard, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société de médecine publique, précédé d'une introduction de M. le docteur E. Bertin-Sans, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-8°. avec figures, cartonné. — Prix : 6 francs. — Paris, A. Maloine.

Les tuberculoses du pied. Des résultats éloignés de leur traitement. Opérations économiques, résections, amputations, par le docteur Charles Audry, ex-interne des hôpitaux de Lyon. 1 vol. gr. in-8° de 234 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, publiée sous la direction du docteur Jules Rochard. Tome III, fasc. v, *Boissons*, par le professeur Riche. *Théorie de l'alimentation* par Gabriel Pouchet. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 96. — SAMEDI 23 AOUT 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 23 AOUT 1890. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'antisepsie et des pansements dans les affections chirurgicales de l'œil.

Par le docteur VALUDE,
Chirurgien-adjoint à la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

L'application de la méthode antiseptique aux affections et aux opérations oculaires ne peut être identifiée à celle qui est en usage dans la chirurgie générale, et cela pour deux raisons : la première est tirée de la susceptibilité particulière de l'organe visuel qui n'admet pas le contact de certaines substances antiseptiques irritantes, comme l'acide phénique par exemple; la seconde provient de l'existence d'une communication permanente, entre la cavité oculaire et les fosses nasales, par l'intermédiaire des voies lacrymales; cette communication, source d'une infection constante, empêche l'antisepsie opératoire oculaire d'être aussi parfaitement réalisable qu'en un autre point du corps.

Pour ces deux raisons, la pratique de l'antisepsie en oculistique doit être spéciale à cette branche de la chirurgie et se plier aux conditions particulières que nous venons de résumer en ces deux points principaux.

En cette Revue, nous chercherons à établir quelle est la pratique qui présente les plus nombreux avantages dans ses applications à la chirurgie oculaire et spécialement à l'opération de la cataracte.

Il nous faudra donc envisager la question sous le triple point de vue : de l'*antisepsie des instruments ;* de l'*antisepsie opératoire* proprement dite; enfin, de l'*antisepsie post-opératoire*, la plus importante, qui consiste dans les *pansements*.

Nous le répétons, sous ces trois aspects, la pratique de l'oculistique ne peut être assimilée à celle de la chirurgie générale et elle mérite une étude spéciale.

I

ANTISEPSIE DES INSTRUMENTS. — La désinfection parfaite des instruments offre déjà, en chirurgie oculaire, quelques difficultés particulières.

Les deux agents principaux de la désinfection, l'ébullition ou le bain antiseptique, sont, en effet, ici d'une application moins facile que lorsqu'il s'agit des volumineux instruments de la chirurgie générale.

L'ébullition dans l'autoclave à 110, 115 ou 120 degrés, ou même à l'air libre, altère complètement les curettes et spatules en gutta-percha et même celles en écaille. Le fin tranchant des couteaux de de Graefe (la pierre angulaire de la chirurgie oculaire) n'est pas non plus sans en souffrir assez notablement.

Si les instruments sont armés de manches d'ivoire comme il en existe encore beaucoup, il faut renoncer à l'ébullition; celle-ci toutefois n'altère en rien les nouveaux manches métalliques, d'ailleurs moins agréables à manier que les anciens instruments.

Enfin, si l'ébullition n'offre que peu d'inconvénients, au point de vue de l'altération des instruments délicats de la chirurgie oculaire, il faut reconnaître qu'elle est peu facile à employer dans la pratique courante. Bonne à conserver à l'hôpital, là où l'installation de la marmite autoclave est commodément faite dans la salle d'opérations, elle ne peut se borner dans la clientèle privée qu'à une ébullition rapide, à l'air libre, ce qui constitue une désinfection d'efficacité douteuse, mais sûrement embarrassante en bien des cas. Il y a là une petite cuisine qui ne peut véritablement qu'être manquée en beaucoup de circonstances dans la pratique de la ville. Il faut trouver un mode de désinfection plus commode.

Est-ce à dire que l'ébullition ne doive jamais nous rendre de services? Assurément non. On sait que le séjour des instruments dans un autoclave à 115 ou 120 degrés est un moyen sûr de détruire, non pas seulement les microbes infectieux, mais aussi leurs spores. Il convient donc de ne pas se priver de ce moyen précieux et sûr — sûr quand il est employé avec la rigueur voulue. On désinfectera donc ses instruments à l'eau bouillante au retour de l'opération, surtout quand on aura exécuté celle-ci dans un foyer septique, comme lorsqu'il s'agit d'un ulcère de la cornée ou d'un œil atteint de panophthalmie. La désinfection après coup peut être vraiment bien faite, mais quant à celle qui précèderait l'opération, il vaut mieux trouver un moyen meilleur.

Nous ne parlerons qu'à peine du flambage des instruments. Ce flambage peut se pratiquer de deux façons : soit en tenant simplement l'instrument dans une flamme d'alcool, soit en plongeant l'instrument dans l'alcool pour l'enflammer aussitôt après. Il a été prouvé que ce moyen de désinfection était, lui aussi, inapplicable à nos instruments délicats. Car, en effet, ou le flambage est suffisant pour détruire les germes et, en même temps, il brûle les kystitomes ou émousse les fins couteaux, ou bien il n'altère pas nos instruments, mais, en même temps, il respecte les microbes.

Par conséquent, pour l'antisepsie pré-opératoire des instruments, l'ébullition est peu pratique et le flambage est infidèle, s'il est pratiqué de manière à ne pas altérer les instruments.

Reste l'immersion dans les liquides antiseptiques.

Ici encore, la chirurgie oculaire ne peut se modeler sur la chirurgie ordinaire, et il nous est interdit d'employer à l'usage de nos instruments les solutions phéniquées fortes, que l'œil ne saurait tolérer. Il ne reste que les solutions boriquées, bien insuffisantes comme on sait, l'alcool pur ou l'eau bouillie, qui sont des bains aseptiques et non antiseptiques et, enfin, les solutions de sels de mercure.

A défaut de l'acide borique et avant d'en venir aux solutions mercurielles (sublimé, bi-iodure, etc.), on pourrait employer l'alcool pur ou l'eau bouillie comme liquide de bain. Beaucoup d'ophthalmologistes suivent cette pratique. Celle-ci serait assez satisfaisante, si l'instrument, au sortir de sa boîte, se trouvait dans un état parfait d'asepsie, car ces liquides sont seulement des liquides aseptiques capables de préserver l'instrument d'une infection, et non point des antiseptiques en état de réaliser l'antisepsie au sens propre du mot.

L'emploi de ces aseptiques (alcool ou eau bouillie), pour légitime qu'il soit, ne mérite donc pas autant de confiance que l'usage d'un liquide véritablement antiseptique et capable de neutraliser les germes dont peuvent toujours être revêtus les instruments qui sortent de la boîte, même s'ils ont été soumis à l'ébullition auparavant.

Seulement, la difficulté grande est de trouver le liquide antiseptique, car les meilleurs, on pourrait dire les seuls véritables antiseptiques, sont les solutions mercurielles, lesquelles attaquent vivement les instruments métalliques, et rendent presque instantanément inserviables les couteaux de de Græfe, les fins ciseaux, etc.

Il n'y a pas à songer à employer le sublimé ou le bi-iodure de mercure sous forme de bain antiseptique pour nos instruments.

Heureusement, il y a deux ans, M. Chibret nous a fait connaître (1) l'oxycyanure de mercure, un sel mercurique dont la solution à 1/100e produit sur les germes infectieux les mêmes effets, à peu près, que le sublimé à 1/5000e, c'est-à-dire qu'il est capable de détruire les microbes infectieux, staphylocoques ou streptocoques, en dix minutes environ, et cette solution offre le très grand avantage de n'attaquer nullement le métal.

L'oxycyanure de mercure, sur lequel nous reviendrons ultérieurement, sans être aussi généralement utilisable que le prétend M. Chibret, suffit cependant à résoudre le problème de l'antisepsie opératoire, et c'est là tout ce que nous lui demandons présentement. Il en résulte qu'on pourra compter sur la solution à 1/100e d'oxycyanure de mercure aussi bien que sur une solution de sublimé à 1/5000e et cela sans rien craindre pour le tranchant des instruments. Nos couteaux, nos ciseaux demeurent plusieurs heures dans un bain d'oxycyanure sans perdre de leur brillant et sans que les tranchants soient le moins du monde altérés.

L'*antisepsie des instruments d'ophthalmologie* est donc réalisable par le moyen d'un bain d'oxycyanure de mercure à 1/100e, qui peut se prolonger autant de temps qu'il sera nécessaire pour la durée de l'opération.

II

Antisepsie opératoire. — La désinfection du champ opératoire, de la cavité conjonctivale, est le problème qui se pose actuellement et qui n'est pas rigoureusement réalisable. On sait que les culs-de-sac conjonctivaux recèlent une grande quantité de microbes, les staphylocoques aureus, albus, le streptocoque pyogène, des bactéries variées; les voies lacrymales y déversent de plus des bacilles multiples, notamment des leptotrix. Or, les recherches de Gayet ont démontré que les lavages antiseptiques les mieux conditionnés ne laissaient pas que de permettre à une bonne partie de ces microbes d'échapper à la destruction.

Gayet, toutes manœuvres antiseptiques accomplies, a trouvé que les culs-de-sac conjonctivaux conservaient encore des microbes dans quatre cinquièmes des cas, ce qui est une énorme proportion. Et cependant quelles précautions prises!

A leur entrée dans le service, les malades avaient subi une toilette complète, bains pour ceux qui pouvaient les supporter, lavage de la figure, de la bouche, douches nasales et enfin, sur le terrain oculaire, chasse avec un jet liquide, soit de la solution au sublimé de Sattler, soit avec l'eau stérilisée, répétée d'abord deux fois à quelques heures d'intervalle, puis quatre, cinq et six fois. Ceci pendant trois ou quatre jours avant l'opération. Au moment de l'opération, la toilette oculaire était plus rigoureuse que jamais.

Si, après toutes ces précautions, on trouve encore, comme Gayet l'a démontré, le staphylococcus albus dans quatre cinquièmes des cas, que faut-il penser des malades les plus nombreux, qui subissent une simple toilette au moment même de leur opération? Il est permis de supposer que, dans l'immense majorité des cas, l'antisepsie absolue du terrain opératoire n'est nullement réalisable.

Le fait se comprend, du reste, aisément, si l'on songe que les solutions de sublimé, qui sont le plus communément employées, ne peuvent tuer les microbes conjonctivaux qu'après un certain temps, qui excède toujours de beaucoup la durée des lavages. La solution de sublimé à 1/5000e, qui est la plus convenable à tous égards, nous le verrons tout à l'heure, ne détruit guère l'aureus qu'après une dizaine de minutes. Mais jamais les lavages pré-opératoires ne sont prolongés pendant un temps aussi long et le seraient-ils que le mélange du liquide lacrymal à la solution affaiblirait notablement le titre de celle-ci. Il faut ajouter qu'il y a une véritable difficulté mécanique à faire pénétrer partout le liquide antiseptique. Les bains d'œil, qu'on a voulu substituer aux lavages pour permettre de les prolonger davantage, ont à un haut degré cet inconvénient de ne pas laisser la solution antiseptique pénétrer au fond des culs-

(1) Chibret. *Comptes rendus du Congrès international d'ophthalmologie*, tenu à Heidelberg, 1888.

de-sac conjonctivaux où justement se cachent les microbes.

Enfin, même si par des lavages anomalement prolongés il était possible de réaliser l'antisepsie absolue de la surface conjonctivale, il n'y a pas à se flatter de voir celle-ci se maintenir intégrale sous un pansement antiseptique, ainsi qu'il arrive dans toute opération de la chirurgie générale. Le sac lacrymal et surtout les voies lacrymales largement ouvertes sur les fosses nasales, constituent un réceptacle permanent de parasites, et Jacobson pense que c'est là où la conjonctive puise tous ses microbes infectieux. Sans être aussi exclusif que cet auteur qui fait des voies lacrymales la principale source de l'infection conjonctivale, nous pensons que, sous un pansement fermé, il est parfaitement possible aux bactéries et aux bacilles du sac lacrymal de refluer à l'entrée des canalicules, aux points lacrymaux où ils peuvent ensemencer la conjonctive de leurs colonies. Ne voit-on pas la dacryocystite purulente se déceler par la production d'une blépharo-conjonctivite d'aspect spécial? Nous ne pensons donc pas avec Gayet que les germes qui se trouvent sur le terrain oculaire ne proviennent que de l'atmosphère, mais il nous semble que les voies lacrymales doivent être soupçonnées lorsqu'il s'agit d'une infection post-opératoire, survenue sous le pansement.

Quoi qu'il en soit, et pour ces raisons multiples, bonnes les unes comme les autres, il est manifeste que l'antisepsie rigoureuse du terrain opératoire en chirurgie oculaire est un idéal jamais atteint. Il faut seulement chercher à se rapprocher de cet état idéal le plus possible et agir en conséquence, ainsi que nous le verrons quand nous aurons à traiter de la meilleure méthode de pansement pour les opérés de cataracte.

Il nous reste donc à chercher quel est le meilleur moyen d'antiseptiser la cavité oculaire, au moins dans la mesure où l'antisepsie est réalisable.

Il n'y a pas à songer à employer l'acide phénique, l'alcool, trop irritants pour l'œil, ni l'acide borique qui, lui, est totalement insuffisant et dont les solutions ne sont pas même toujours aseptiques. Reste l'eau bouillie et les solutions mercurielles.

Il est évident que ce que nous venons de dire plus haut de l'impossibilité qu'il y a à purger entièrement les culs-de-sac conjonctivaux de leurs microbes, autorise absolument l'emploi de l'eau bouillie. Si l'antisepsie est irréalisable, pourquoi, en effet, l'essayer avec des substances toujours un peu irritantes pour la cornée, comme est le sublimé le plus employé? Un lavage à l'eau bouillie qui ne prétend qu'à enlever les grosses impuretés, qui chasse mécaniquement les microbes aussi bien qu'une solution au sublimé qui n'aura pas le temps d'agir par son action microbicide, doit suffire logiquement et à cela il n'y a rien à dire.

Toutefois, l'emploi de l'eau bouillie demande, pour être convenablement fait, des précautions extrêmes, qui rendent la pratique de ces lavages plus délicate que celles des lavages aux solutions mercurielles. En un mot, les lavages à l'eau bouillie ne peuvent se trouver dans toutes les mains.

M. Rolland (de Toulouse), qui préconise ceux-ci dans un article récent (1), rappelle, en effet, que l'ébullition à 100 degrés est suffisante pour tuer les microbes, mais non les spores. Il faut faire bouillir l'eau des lavages dans un autoclave à 120 degrés et comme cette préparation demande un certain temps, l'auteur conseille d'en préparer une provision et de la conserver dans des récipients en verre stérilisés eux-mêmes, bouchés hermétiquement avec un bouchon stérilisé, au milieu duquel passe un tube de verre dont l'extrémité supérieure est remplie en ampoule et l'extrémité inférieure très effilée. Cette dilatation ampulliforme du tube est destinée à recevoir un tampon d'ouate stérilisée, qui laisse passer, en le filtrant, l'air nécessaire à l'écoulement de l'eau stérilisée, par le robinet en verre placé à la partie inférieure du réservoir.

Il faut vérifier tous les jours l'état des bouchons filtrés d'ouate. Il pourrait arriver que des moisissures de l'extérieur envahissent l'eau stérilisée en végétant au travers des tampons d'ouate. Dès qu'on y aperçoit des filaments mycéliens, et à plus forte raison des organes reproducteurs des moisissures, il faut vider le récipient, le stériliser à nouveau, ainsi que son bouchon, changer l'ouate et le remplir d'eau de récente stérilisation.

Il faut également prendre la précaution de flamber le robinet avant de l'ouvrir pour en retirer l'eau stérilisée dont on veut faire usage.

Évidemment, c'est là une pratique qui, pour bonne qu'elle soit, ne peut tomber dans le domaine du commun, et devra rester réservée à l'hôpital ou à la clinique. Mais on est quelquefois conduit à opérer dans d'autres conditions, et dans ces cas-là, il est difficile d'obtenir de l'eau bouillie rigoureusement aseptique.

C'est pourquoi, et même pour tous les cas, nous préférons nous servir d'une solution franchement antiseptique. On nous dira que les microbes résisteront à des lavages insuffisamment faits, aussi prétendons-nous moins à utiliser les vertus microbicides de l'antiseptique, que sa propriété de conserver au liquide du lavage une excellente asepsie par sa présence même et sans avoir besoin de bouchons très stérilisés et flambés. En un mot, les solutions antiseptiques valent surtout, parce qu'elles sont des liquides garantis aseptiques et qu'elles sont faciles à obtenir ou transportables dans les plus simples conditions.

Compris ainsi et pratiqués avec certaines précautions pour éviter les irritations cornéennes, ce qui est facile, les lavages antiseptiques de la cavité conjonctivale nous semblent devoir être préférés aux irrigations d'eau bouillie simple.

Quant au liquide à employer, il n'y a pas à s'écarter des solutions mercurielles, les seules vraiment antiseptiques maniables que nous possédions.

Parmi ces solutions, il faut examiner celle au bi-iodure d'hydrargyre (Panas), celles de M. Chibret à l'oxycyanure de mercure et enfin celle de Sattler au bichlorure de mercure ou sublimé.

Le bi-iodure est un assez bon antiseptique, bien que sa valeur microbicide vis-à-vis du staphylococcus aureus, le plus dangereux des microbes conjonctivaux, ait été fortement attaquée par Sattler; il présente toutefois des inconvénients. Ce sel de mercure est, en effet, quasi-insoluble dans l'eau, puisque la solution chirurgicale est de 1/20000e, y compris une certaine quantité d'alcool utilisée à favoriser la dissolution. Cette insolubilité presque totale rend les solutions de bi-iodure instables, si bien qu'il n'est pas rare d'observer, dans les flacons, un petit dépôt rouge pulvérulent de sel précipité. On s'expose donc ainsi à avoir dans un même flacon des parties de liquide indifférentes et d'autres trop chargées en sel qui peuvent devenir caus-

(1) Rolland. *Recueil d'ophthalmologie*, février-mars 1890.

tiques. En somme, le bi-iodure à 1/20000e n'est pas plus efficace que le sublimé à 1/5000e (il l'est même moins) et la solution de bi-iodure est beaucoup plus difficile à préparer et à conserver que le sublimé.

Nous ne voyons donc aucune raison de préférer le bi-iodure au sublimé, plus commode à tous égards.

Quant à l'oxycyanure, il est nettement inférieur au sublimé comme antiseptique. En effet, la solution à 1/100e est presque équivalente à celle de sublimé à 1/5000e, en ce sens qu'elle détruit l'aureus en dix à douze minutes, mais à ce degré de concentration l'œil ne la peut supporter. Pour que l'œil tolère l'oxycyanure, il faut arriver à la solution à 1/1500e, que M. Chibret conseille d'administrer sous forme de bains, mais des expériences récentes de M. Vignal ont démontré que cette solution n'actionnait les microbes qu'après plusieurs heures. Rien ne conduit donc à préférer cette solution au sublimé qui est plus actif, tout en n'étant pas plus irritant.

La solution de sublimé à 1/5000e est très bien tolérée par l'œil et elle est capable de tuer le staphylococcus aureus en cinq à dix minutes. D'après Sattler même, une telle solution peut tuer l'aureus en deux minutes, ce qui la rendrait immédiatement supérieure à toutes les autres. C'est déjà une condition suffisamment favorable pour permettre de réaliser facilement et pratiquement une antisepsie approximative de la surface oculaire. Que si l'œil est nettement infecté on peut, à la rigueur, effectuer un lavage à l'aide d'une solution de sublimé à 1/2000e (la solution de Van Swieten dédoublée); à la clinique nationale des Quinze-Vingts, nous pratiquons couramment de tels lavages sans irritation consécutive de l'œil et même avant nos opérations.

Toutefois, il ne serait pas prudent d'irriguer la surface oculaire avec une telle solution à 1/2000e, alors que l'opération vient d'être terminée ; la cornée pourrait s'en trouver endommagée.

Il est préférable, à moins de circonstances particulières, de s'en tenir à la solution à 1/5000e, qui est plus maniable que toutes les autres solutions mercurielles et plus antiseptique que la plus forte d'entre elles.

Le sublimé à 1/5000e se dissout simplement dans l'eau, sans addition d'alcool, ce qui enlève encore à cette solution un principe irritant qui se trouve dans le bi-iodure.

Nous conclurons donc en faveur du sublimé à 1/5000e, comme liquide antiseptique destiné aux lavages pré-opératoires et à l'antisepsie opératoire. Il n'y a pas à craindre les troubles cornéens qui ont été signalés, si l'on a soin après l'opération de ne pas irriguer à grande eau la plaie, ce qui est inutile, si l'on se contente d'asperger la plaie avec une boulette de coton imbibée de sublimé ; cette pratique est toujours suffisante.

Pratiqués pendant un certain temps, les lavages avec cette solution peuvent donner l'antisepsie absolue, mais à défaut d'un tel résultat, il est déjà suffisant d'avoir une solution facile à préparer, facile à transporter, et qui se maintient aseptique, au moins par elle-même, et sans le secours compliqué d'un appareil stérilisé.

Quant au reproche de grande toxicité que l'on a fait au sublimé, il n'est nullement justifié. Ainsi, pour ce qui est de la solution à 1/5000e, si un patient avalait une quantité de 100 centimètres cubes, il n'aurait pas absorbé la dose maxima. Si donc, quelques gouttes de cette solution viennent à couler dans la bouche du malade, il n'en peut résulter sûrement aucun accident.

III

Pansements. — La méthode des pansements dans le traitement opératoire de la cataracte et dans la plupart des opérations oculaires est certainement l'un des points sur lequel l'entente existe le moins et non cependant l'un des plus minimes en importance.

A l'époque actuelle, en effet, l'opération de la cataracte — le principal objectif de la chirurgie oculaire — qu'elle soit pratiquée avec ou sans iridectomie, a atteint dans son exécution un maximum de perfection qu'elle ne dépassera vraisemblablement pas ; de plus, sauf de fort petites différences, tous les chirurgiens exécutent l'opération de la même manière, suivant l'une ou l'autre des deux grandes méthodes.

Au point de vue des pansements, la divergence existe encore entre les divers opérateurs et il est permis de supposer que, si l'unification était faite à ce propos, l'opération de la cataracte pourrait être considérée comme réglée à tout jamais. En présence de cet état de choses, il ne nous a pas paru inutile de passer en revue les principales méthodes de pansement employées en chirurgie oculaire et spécialement dans l'opération de la cataracte ; l'étude critique de ces divers pansements nous permettra de conclure en faveur de celui qui nous semblera le meilleur. C'est là surtout le but de cette Revue.

L'étude du pansement comprend deux chapitres : d'abord celui des substances employées ; ensuite celui du procédé d'application de ces substances, le plus important des deux certainement.

Les substances employées comme pansement valent cependant qu'on s'y arrête.

Si l'on écarte les préparations à l'acide phénique comme irritantes, celles à l'acide borique comme insuffisantes, il reste les pansements au sublimé, à l'iodoforme, au salol qui tous donnent des résultats également satisfaisants. Nous exposerons plus loin les raisons qui nous font préférer le salol à toutes les autres substances comme pièce de pansement.

On pourrait obtenir les mêmes bons effets certes, avec des pièces de pansement simplement stérilisées et aseptiques, mais nous referons à leur égard le même raisonnement que plus haut. Il est si difficile de conserver des compresses neutres en état d'asepsie véritable, que mieux vaut employer des compresses antiseptiques qui se maintiennent en cet état par le fait de la substance antiseptique, dont elles sont imprégnées.

Le choix de la substance antiseptique étant établi, il s'agira de fixer la question de savoir si le pansement doit être sec ou humide, si la pièce qui recouvre l'œil doit être imprégnée d'un corps gras, d'une vaseline antiseptique, car ces diverses pratiques possèdent chacune de multiples défenseurs.

L'usage d'une vaseline antiseptique, pour enduire la pièce de linge ou de lint qui doit être appliquée sur l'œil, n'a pas d'avantages, mais, par contre, il a de grands inconvénients. La qualité antiseptique du pansement n'est pas accrue, en effet, par l'adjonction de cette pommade et celle-ci a le fâcheux résultat, en formant une sorte de revêtement imperméable à l'œil, de retenir entre les paupières les pro-

duits de la sécrétion conjonctivale. Il nous est arrivé souvent, on peut dire toujours, après de tels pansements, de trouver l'entre-deux des bords palpébraux occupé par un dépôt muqueux ou fibrineux qui n'avait pu être absorbé par le pansement. Le muco-pus, ainsi maintenu en présence de l'œil opéré, peut devenir une cause d'infection. Une telle pratique doit être proscrite.

Les pansements humides ont moins d'inconvénients, et, cependant, ils ne nous semblent pas réaliser le type de la perfection. Il y a, en effet, deux sortes de pansements humides : ceux qui ne sont pas recouverts de taffetas imperméable et qui se dessèchent ultérieurement, et ceux qui, étant protégés par un taffetas ou une membrane caoutchoutée, demeurent humides. Dans le premier cas, le linge, toile ou lint, appliqué humide sur les paupières fermées du malade, se dessèche bientôt et adhère presque intimement avec les paupières; il se produit alors un phénomène analogue à ce qui se passe avec la pommade, le linge humide et séché devient imperméable au point de retenir, entre les paupières, les produits de la sécrétion conjonctivale. Ajoutons que le pansement est collé à l'œil et que l'enlèvement de ce pansement n'est pas toujours sans difficultés, lorsque l'opération est récente.

Tout autres sont les inconvénients du pansement conservé humide par l'application d'une toile gommée. Ici le pansement n'adhère pas si les liquides de sécrétion peuvent s'écouler. Mais la présence de la toile imperméable transforme le pansement en un système de compresses chaudes humides, qui échauffent l'œil et entraînent la formation d'une hyperhémie conjonctivale avec exagération sécrétoire, toutes choses fort peu favorables à la cicatrisation après une opération de cataracte.

Il reste donc, à l'exclusion de ces pansements humides et du pansement gras, le pansement sec, et c'est, en effet, celui qui est le meilleur. C'est le pansement sec qui domine depuis longtemps toute la chirurgie générale, et il ne faut pas oublier que le plus sûr moyen de bien faire en ophthalmologie est de se rapprocher de la pratique médicale et chirurgicale générale. On emploiera donc le pansement sec.

Comme choix de substances, on aura à hésiter pour l'application directe sur l'œil entre la gaze au salol, au sublimé, à l'iodoforme. Par-dessus cette première compresse, on appliquera un tampon arrondi et régulièrement disposé de coton hydrophile au salol ou au sublimé, voire à l'iodoforme. On peut indistinctement se servir de ces trois substances qui toutes sont d'excellents antiseptiques. Toutefois la gaze à l'iodoforme, pour être appliquée directement sur l'œil, est souvent rèche et d'un contact désagréable; son odeur, de plus, peut être prise en considération et beaucoup de personnes ne la tolèrent que péniblement. La gaze au sublimé peut être un peu irritante dans son contact prolongé à la surface des paupières; la gaze au salol, dont nous faisons à la clinique des Quinze-Vingts un usage constant, n'offre aucun de ces inconvénients.

Ce pansement sec, à la gaze au salol appliquée directement sur l'œil, offre donc les plus grands avantages en ce sens qu'il est parfaitement antiseptique, qu'il n'adhère nullement aux paupières et que les produits de la sécrétion oculaire, aussitôt absorbés par le pansement et stérilisés par lui, ne séjournent pas entre les bords des paupières.

La question du mode d'application du pansement étant ainsi tranchée, il nous reste à en résoudre une autre très intéressante, quant à ce qui regarde l'opération de la cataracte : nous voulons parler de la durée laissée aux pansements.

C'est là le point le plus litigieux comme aussi le plus important; il mérite toute notre attention et demande une étude critique attentive. Il s'agit surtout ici de l'opération de la cataracte sans iridectomie, de la méthode d'extraction de Daviel modifiée.

Les auteurs qui, depuis quelques années, ont communiqué les résultats de leur pratique opératoire et surtout de leurs opérations de cataractes, se sont montrés souvent hantés par la peur de quelque accident, et cette peur les conduit à lever leurs pansements à des époques variables après l'opération. M. Vacher regarde un œil opéré de cataracte, six heures après l'opération, dans la crainte d'une infection de la plaie. MM. Abadie, Parinaud lèvent le pansement après vingt-quatre heures et continuent tous les jours sans chercher, cependant, à ouvrir l'œil avant le troisième ou le quatrième jour, s'il n'existe aucune douleur et pas de gonflement des paupières. La douleur les préviendrait de la formation d'un enclavement et le gonflement de l'établissement d'une infection auquel ils pourraient chercher à remédier tout aussitôt. M. Galezowski, dans un sens tout opposé, conseille formellement de ne changer le pansement que six jours après l'opération, ce qui, selon nous, constitue un excès contraire.

Il faut comprendre le pansement consécutif aux opérations de cataracte de la manière suivante, d'après ce que nous avons vu au chapitre précédent :

1° La cavité conjonctivale, au moment de l'opération, et malgré la meilleure antisepsie, contient presque toujours des germes;

2° Par conséquent, pour éviter l'infection, il importe de rechercher par tous les moyens possibles la plus grande rapidité dans la cicatrisation;

3° Cette rapidité est donnée au maximum par les pansements rares.

Ces trois propositions logiquement déduites permettent déjà de juger la question; la discussion des craintes exprimées par divers auteurs, relativement aux enclavements et à l'infection de la plaie, n'infirmera en rien notre conclusion, au contraire.

Certains opérateurs craignent, en ne regardant l'œil que trois ou quatre jours après l'opération, de trouver l'œil atteint d'une infection déjà trop avancée pour qu'il soit possible d'y porter remède. M. Abadie, principalement, professe que la panophthalmie peut être arrêtée si, dès son début, on pratique une cautérisation de la plaie infectée au cautère actuel; de cette considération découle la nécessité de visiter l'œil opéré chaque jour.

Nous pensons, nous, que cet examen quotidien de l'œil n'est pas sans inconvénient par la quantité de microbes dont il permet l'introduction dans l'œil. Et si l'on pouvait mettre en balance les panophthalmies survenues sous le pansement, et celles provoquées par l'ouverture des paupières ou l'exposition de l'œil à l'air, qui sait si le plus grand nombre ne serait pas l'apanage des dernières? Quoiqu'un fait isolé ne prouve rien, celui qui va suivre nous semble, cependant, intéressant à interpréter. Une femme est opérée par nous, de cataracte, à la clinique des Quinze-Vingts; son premier pansement est laissé en place trois jours, ce qui est le minimum dans notre pratique habituelle.

A la première levée du pansement, l'œil est admirable-

ment sain, la cornée claire, la pupille libre et mobile, l'iris avec son éclat habituel; la vision est satisfaisante. Au deuxième pansement, l'iris est trouble et il existe un dépôt floconneux dans la chambre antérieure; bientôt les signes de la panophthalmie se confirment, sept jours seulement après l'opération.

Il est bien difficile de ne pas voir ici une infection ultérieure plutôt qu'une infection opératoire, qui aurait respecté l'œil pendant trois jours, et durant les premières phases de la cicatrisation de la plaie cornéenne.

Nous concluons donc que, loin de nécessiter la visite quotidienne de l'œil, la crainte de la panophthalmie devrait plutôt la faire éviter.

Il en est tout à fait de même des enclavements de l'iris.

Beaucoup d'auteurs dans la crainte de rencontrer, après trois ou quatre jours de pansement, un enclavement ancien, soumettent l'œil à des visites quotidiennes, soit qu'ils ouvrent entièrement les paupières, soit qu'ils regardent seulement celles-ci extérieurement dans le but de reconnaître l'existence ou l'absence du gonflement indicateur. D'abord, il n'est pas prouvé que tout enclavement remontant à deux et même à trois jours soit plus difficile à traiter qu'un enclavement récent; la question nous paraît être surtout une mesure d'asepsie oculaire et, dans un œil non infecté ou suffisamment désinfecté, les enclavements sont peu redoutables.

Puis, et surtout ce qui pour nous est certain, c'est que si l'on établissait une balance entre les enclavements produits sous le pansement et ceux qui sont causés par les visites de l'œil, un temps trop court après l'opération, la balance pencherait sûrement du côté de ces derniers. Nous pouvons assurer à l'appui de cette proposition que, depuis que nous employons les pansements rares, la proportion de nos enclavements a notablement diminué et, d'autre part, il nous est arrivé de voir un enclavement se produire sous nos yeux, alors que nous ouvrions un œil quarante-huit heures après une opération de cataracte. Pour nous, il n'y a donc pas de doute possible; au point de vue des enclavements comme à celui d'une infection à craindre, bien qu'il y ait avantage à visiter l'œil chaque jour après l'opération, il est de beaucoup préférable de laisser le pansement en place jusqu'à ce que la cicatrisation complète soit approximativement effectuée. Ceci suppose une période de trois ou mieux de quatre jours; une durée de six jours pour le premier pansement nous paraît excessive et inutile, car après quatre jours, nous avons toujours trouvé la plaie refermée ou au moins dans l'immense majorité des cas.

Cette théorie du pansement rare, laissé en place dans le but de ne troubler, en aucune sorte, la marche de la cicatrisation, a inspiré à Chisolm (de Baltimore) la conception d'un pansement très original et ingénieux qui mérite d'être pris en sérieuse considération. Chisolm et avec lui Michel partent de cette idée principale que le pansement ordinaire composé d'une compresse et d'un rembourrage d'ouate n'est jamais si bien fait que l'œil ne soit inégalement comprimé. Quelle que soit la façon dont le coton est réparti, la bande, en se serrant, appuiera sur les paupières de manière à comprimer tel point davantage que tel autre; jamais sous un tel pansement l'œil ne subira la douce pression égale qu'il éprouve sous les paupières simplement fermées. Il en résulte que l'œil, ainsi comprimé, tendra à se déformer, ce qui entraînera un entrebâillement de la plaie opératoire ; à tout le moins la plaie, si elle ne s'entrebâille réellement, éprouvera une certaine gêne à se coapter normalement. Par conséquent, les pansements, tels qu'ils sont appliqués généralement, sont plutôt nuisibles que favorables à la bonne coaptation des lèvres de la plaie et, par suite, empêchent la réunion d'être aussi rapide qu'elle devrait l'être.

Quel genre de pansement remplirait donc le but de recouvrir l'œil opéré sans le comprimer et en laissant aux paupières leur tension naturelle? Chisolm a imaginé de souder les paupières de l'œil opéré à l'aide d'une plaque de colle de poisson ou mieux de taffetas d'Angleterre, qui se moule exactement sur les paupières en adhérant à leur surface. Et c'est là tout le pansement. De la sorte, les paupières sont hermétiquement closes et rien ne vient comprimer l'œil à travers leur épaisseur. Les lèvres de la plaie conservent leurs rapports normaux et la cicatrisation de cette manière s'accomplit des plus rapidement, d'après ce que nous pouvons lire dans les statistiques de l'opérateur américain. Il est bien entendu que l'application de la plaque de gélatine se fait avec toutes les précautions antiseptiques voulues.

C'est là un procédé de pansement à coup sûr ingénieux et qui, chez certains malades d'une tranquilité éprouvée, doivent donner de très bons résultats. Toutefois, une simple épaisseur de colle de poisson nous paraît être une barrière quelque peu fragile, et le moindre contact en pareil cas peut imprimer à l'œil une secousse beaucoup plus dangereuse alors que la pression inégale produite par le pansement simple. Ce pansement protège l'œil assez efficacement, en effet, contre les contacts des objets extérieurs, à condition que ceux-ci ne soient pas, naturellement, trop forts.

C'est alors qu'on pourrait redouter les enclavements iriens accidentels, à la suite de l'extraction simple.

Du reste, Chisolm a établi son pansement à la colle de poisson, surtout pour les cas où l'extraction de la cataracte a été faite avec iridectomie et où l'enclavement n'est plus à redouter.

La fragilité de la protection de ce pansement, logique à tous autres égards, a tout récemment inspiré à Gifford [d'Omaha] (1) une modification qui consiste à recouvrir l'œil, ainsi obturé à la colle de poisson, par une coque de carton ou de telle autre préparation résistante. Cette coque prend son point d'appui sur les téguments qui recouvrent le pourtour osseux de l'orbite et garantit l'œil à distance comme d'un bouclier. On peut aussi garnir l'entre-deux de la coque et des paupières par de l'ouate.

Cette modification est, en somme, un retour partiel à l'ancien système du pansement, mais de telle sorte que soit supprimé l'inconvénient qui résulte d'une pression inégalement répartie aux paupières. C'est, en effet, ce qui nous semble le plus pratique, et surtout lorsqu'on exécute l'extraction de la cataracte sans iridectomie, on doit chercher une méthode de pansement qui combine la protection efficace contre l'extérieur à une pression insensible pour le globe de l'œil.

Pour nous, voici quelle est la manière de faire que nous avons adoptée, après avoir essayé des autres, et cette méthode nous satisfait de tous points. L'opération étant terminée et les lavages antiseptiques achevés, nous appliquons directement sur l'œil une compresse de gaze au

(1) Gifford. *Arch. of Opht.*, janvier 1890.

salol d'une certaine épaisseur. Par-dessus, nous répartissons des rondelles d'ouate antiseptique en prenant les plus grandes précautions pour que la compression se fasse également à la surface des paupières. A cet effet, et suivant la pratique habituelle à M. Panas, nous plaçons dans la concavité formée par l'angle interne de l'œil une boulette de coton qui égalise la surface de la région oculaire. Par dessus, nous superposons des rondelles d'ouate hydrophile antiseptique, en quantité plus ou moins grande, suivant que l'œil est enfoncé ou non dans l'orbite. Quand le coton arrive à dépasser de 1 centimètre la ligne d'arête du nez et le rebord orbitaire, nous fermons le pansement à l'aide d'une bande de tarlatane, non débarrassée de son empois, et mouillée dans une solution antiseptique.

L'usage de cette bande qui rapproche notre manière de faire de celle de la chirurgie générale, est des plus importants, en ce sens que c'est là ce qui nous permet d'arriver, comme Chisolm avec son pansement, à couvrir l'œil sans le comprimer. En effet, cette bande de tarlatane, en se séchant presque aussitôt après son application, constitue un véritable appareil inamovible, qui forme une coque dure d'une grande résistance et qui représente un bouclier rigide derrière lequel l'ouate conserve sa souplesse et l'œil reste sans être comprimé. De plus, au point de vue de la protection vis-à-vis de l'extérieur, et par la rigidité de ses parois, ce pansement est infiniment supérieur. Ceux qui sont établis avec des bandes ordinaires en toile, en coton ou en flanelle.

J'ajoute que son application est facile et qu'il est surtout recommandable chez les personnes peu endurantes, qui ne peuvent aisément déranger un pansement aussi inamovible; le pansement de Chisolm, au contraire, n'est applicable qu'aux sujets d'une docilité éprouvée.

Le pansement des opérés de cataracte, tel que nous le comprenons, ne doit être levé que le troisième ou mieux le quatrième jour, même si le malade souffre un peu le premier jour. Dès le second jour, les malades se sentent très à leur aise.

A la levée du pansement, il est de règle de trouver la plaie cicatrisée et la chambre antérieure reformée. La conjonctive est ordinairement à peine rosée, offrant ainsi une réaction à peu près nulle. La cicatrisation est à ce moment tellement parfaite que nous avons l'habitude, au lieu de réappliquer un pansement compressif, de ne poser sur l'œil opéré qu'un pansement très léger, facilement amovible, composé d'une compresse de salol, d'un rondelet d'ouate et d'un bandeau de toile simple. L'atropine est instillée matin et soir et, deux ou trois jours après cette première levée du pansement on pourrait déjà laisser l'œil entièrement libre. Une cataracte peut être ainsi guérie complètement en sept ou huit jours et il nous est arrivé, dans une période de douze jours, d'opérer *successivement*, à quatre jours de distance, les deux yeux d'un malade et de pouvoir le renvoyer parfaitement guéri dans son pays, par un long trajet en chemin de fer, avec des lunettes fumées et une vision excellente. L'opération avait été faite sans iridectomie des deux côtés.

Si l'on pratique l'iridectomie, la cicatrisation complète est encore plus rapidement obtenue et le pansement peut être changé au deuxième jour sans inconvénient. Pour un de nos derniers malades, pressé de sortir de l'hôpital, j'ai pu signer l'exeat six jours après l'opération et avec un résultat parfait, sans que l'œil présentât la moindre rougeur.

Le pansement, établi avec la bande de gaze formant cuirasse, est tellement solide et défend si bien l'œil des influences extérieures que l'on peut même (pour les cas où l'opération a été faite avec iridectomie et où l'œil non opéré a été laissé ouvert, ce qui est notre pratique), imiter la hardiesse de Chisolm et permettre aux malades de rentrer chez eux avec leur pansement après l'opération. L'auteur américain pense, en effet, et c'est là aussi notre avis, que, si l'on fait l'iridectomie, il n'y a rien à redouter des mouvements de l'œil, et c'est pourquoi il laisse ouvert l'œil non opéré et permet au malade de marcher et même de rentrer chez lui après l'opération. Nous pensons, tout comme Chisolm, que l'occlusion des deux yeux n'a de raison d'être qu'en cas d'opération sans iridectomie et dans le but d'empêcher l'enclavement irien de se produire en immobilisant les deux yeux. L'iridectomie étant faite et l'enclavement devenant impossible, il est d'une précaution inutile de fermer les deux yeux et il n'est même pas très imprudent de laisser les malades aller et venir de suite après l'opération et même revenir chez eux. Tout dernièrement, à propos d'un malade qui tenait absolument à rentrer à son domicile, proche à la vérité, de la Clinique des Quinze-Vingts, nous avons accordé cette permission, et grâce à notre pansement, à la fois protecteur et défensif, le résultat a été des meilleurs.

Il vaut toutefois mieux, pour éviter les chocs extérieurs, possibles dans une sortie au dehors, garder les malades à l'intérieur, sinon au lit; mais ce qu'il faut absolument abandonner, c'est l'incarcération affreuse dans la chambre noire.

Si l'immobilité au lit, durant les deux ou trois premiers jours, favorise la coaptation et doit être considérée comme nécessaire même aux opérés sans iridectomie, il n'en est pas de même de l'obscurité si rigoureusement appliquée autrefois.

Actuellement, nous laissons nos opérés dans une salle ordinaire et sans diminuer aucunement l'intensité de l'éclairage, persuadés que l'habitude de la lumière qu'ils gardent sous le pansement est le plus sûr moyen de prévenir ces contractions violentes qui surviennent chez les malades plongés dans l'obscurité, à la première levée de leur pansement. Ces contractions ne sont pas sans danger et, d'autre part, la lumière, qui n'arrive à l'œil qu'à travers un épais pansement, ne provoque, dans les jours qui suivent l'opération, aucun réflexe.

Quel chemin parcouru entre notre époque où les malades, guéris en six jours, demeurent durant leur traitement dans une chambre ordinaire, et celle, toute récente encore, où les malades étaient emprisonnés durant plusieurs semaines, parfois dans une chambre hermétiquement close et noire, et ensevelis sous les rideaux les plus épais!

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (SESSION DE LIMOGES)

Traitement chirurgical de la péritonite puerpérale.

Par M. RAYMOND (de Limoges).

Le traitement de la péritonite puerpérale, par la laparotomie et le lavage, est de date récente et d'origine française. La première opération a été pratiquée en 1887 par M. Bouilly; jusqu'à présent, les succès obtenus sont peu nombreux :

c'est pourquoi l'auteur veut en publier une nouvelle observation.

Sa malade, âgée de vingt-deux ans, est prise, trois jours après ses couches, d'un frisson violent, avec fièvre variant de 39°8 à 40°8.

Le chirurgien de la Maternité pratique des lavages intra-utérins qui donnent quelque amélioration. Mais la malade quitte l'hôpital pour retourner chez elle. Neuf mois après, elle entre dans le service de M. Raymond : le ventre est volumineux, matité dans presque toute son étendue, douleurs très vives, diarrhée.

L'affaiblissement fait des progrès rapides; une tache ecchymotique très douloureuse apparaît au niveau du grand trochanter, indiquant l'apparition d'un abcès métastatique et une septicémie puerpérale.

Le 2 août, M. Raymond fait la laparotomie; issue de 4 litres de liquide purulent. Puis il constate des fausses membranes très épaisses, ressemblant à une sorte de gelée purulente. Il les enlève avec la main, pratique le lavage au sublimé à 1 p. 1000 avec 8 litres de solution. Il laisse deux drains aux angles de la plaie, l'un s'étendant vers l'épigastre, l'autre dans le petit bassin; écoulement ultérieur d'un liquide séro-sanguin qui s'arrête au huitième jour; les drains sont enlevés. La température est de 39 degrés le soir de l'opération et s'abaisse progressivement pour revenir à l'état normal (13 août). La malade a repris le sommeil et a un excellent appétit.

De l'emploi du naphtol camphré en chirurgie, et en particulier dans la tuberculose externe.

Par M. Reboul (de Marseille).

Le naphtol camphré, découvert par M. Désesquelle, en juillet 1888, s'obtient en mélangeant 100 grammes de naphtol β et 200 grammes de camphre, finement pulvérisés. Chauffer doucement le mélange jusqu'à fusion complète; n'ajouter ni eau, ni alcool; filtrer et conserver le liquide obtenu dans des flacons en verre jaune bien bouchés. Le naphtol camphré est un liquide onctueux au toucher, insoluble dans l'eau, miscible aux huiles fixes et volatiles, à l'alcool, à l'éther, au chloroforme, etc.

Le naphtol camphré peut être employé en injections, dans le pansement des plaies et pour la stérilisation des instruments de chirurgie.

1° Injections. — A. *Injections dans les cavités.* — Le naphtol camphré a été employé, sans déterminer de douleurs, ni accidents locaux ou généraux, dans les articulations, les cavités osseuses, les synoviales tendineuses, les abcès chauds ou froids, les trajets fistuleux, la plèvre, l'utérus.

B. *Injections interstitielles.* — L'auteur a obtenu de bons résultats par ces injections dans les furoncles, un néoplasme diffus et envahissant de la région dorsale, la tuberculose des ganglions, des os, des articulations, des synoviales tendineuses et du testicule. Il suffit de faire une injection tous les six ou huit jours.

C. *Instillations vésicales.* — Dans cinq cas de cystites purulentes ou tuberculeuses, les instillations de naphtol camphré ont donné des succès.

2° Pansements. — On se sert de gaze aseptique imbibée de naphtol camphré et on l'applique à la surface des plaies, ou on l'introduit dans les cavités naturelles ou artificielles. M. Reboul a ainsi traité avec succès des plaies atones, septiques, avec suppuration abondante et infecte, des ulcères variqueux, des fractures compliquées avec issue de fragments, etc.; les manifestations externes de la tuberculose : peau, muqueuse, abcès froids, ostéites, synovite ulcérée.

3° Les instruments baignants dans le naphtol camphré ne sont pas altérés et sont maintenus aseptiques; de même, les fils d'argent, le crin de Florence, la soie, le catgut.

M. Reboul n'a pas observé d'accidents généraux à la suite de l'emploi du naphtol camphré, mais seulement de l'érythème, des démangeaisons et quelquefois de la vésication. Le naphtol camphré réalise l'antisepsie locale et générale. Absorbé au niveau de la plaie, même lorsqu'il a été employé en petite quantité, il circule à l'état de naphtol et se retrouve sous cette forme, dans les urines, pendant près de huit jours.

Du thermocautère dans le traitement de certaines affections cutanées.

Par M. Bourdeau d'Antony (de Limoges).

Certaines affections de la peau, le lupus entre autres, nécessitent un mode spécial de traitement local; c'est ainsi que, tour à tour, le râclage, la scarification, après beaucoup d'autres moyens d'ailleurs, ont été employés; aujourd'hui, le choix semble s'être fixé sur le galvanocautère.

Mais le galvanocautère est un instrument que tout le monde ne peut avoir à sa disposition; aussi l'orateur propose, dans certaines situations, de le remplacer par le thermocautère, aujourd'hui entre les mains de tous.

Le mode d'emploi en est simple : il fait choix de la pointe la plus fine qui se puisse adapter à l'instrument et l'enfonce, rougie, de distance en distance sur la surface malade, laissant entre chaque point de cautérisation un intervalle assez petit : 2 à 3 millimètres environ; après quinze à dix-huit jours, la plaie produite par la brûlure étant guérie, nouvelle séance semblable à la première. Après huit ou dix séances au plus, sur une même région, on a devant soi une surface nette, souple, absolument débarrassée de tout germe morbide.

Il a traité ainsi plusieurs lupus; il a traité également et guéri, en trois séances, un sycosis de la lèvre supérieure, jusqu'ici rebelle à toute thérapeutique et qui remontait à plusieurs années. Dans ce dernier cas, les poils mêmes ont repoussé assez pour masquer toute trace de l'intervention.

M. Bourdeau voit, dans son procédé, à l'abri de toutes les objections qu'on a pu faire aux méthodes sanglantes, d'abord une économie de temps, ensuite une facilité très grande d'opérer.

Asepsie et antisepsie en chirurgie.

Par M. Terrier (de Paris).

Deux communications qui ont eu lieu au Congrès de Berlin, celle de Lister et celle de Bergmann, engagent M. Terrier à prendre la parole.

Lister reste fidèle à l'antisepsie; il propose l'emploi d'antiseptiques nouveaux, le cyanure de zinc, par exemple. Sans contester les résultats ni la valeur de ce nouvel agent, on doit constater qu'il y a actuellement une tendance à substituer, dans la mesure du possible, l'asepsie à l'antisepsie. Certains chirurgiens étrangers, Lawson Tait, Bantock entre autres, ont été les promoteurs de ce mouvement. Il est évident que toutes les fois que le sujet est infecté,

l'antisepsie est de rigueur; mais, dans le cas contraire, l'asepsie est suffisante et préférable, et c'est à elle que M. Terrier a recours. Il combine donc les deux méthodes. De même que Lister, il a abandonné le spray. Cependant, avant les opérations abdominales, il fait encore pulvériser une certaine quantité d'eau stérilisée dans la chambre opératoire, et cela dans le but de faciliter la disparition des poussières contenues dans l'air.

Comme antiseptique, il emploie maintenant exclusivement le bichlorure de mercure en solution au millième ou au demi-millième. C'est avec ces solutions qu'il nettoie le champ de son opération, les mains des aides et les siennes. Les éponges sont préparées selon la méthode qu'il a indiquée jadis.

Comme fils à ligature, il n'emploie plus que la soie tressée, bouillie, avant chaque opération, dans une solution de bichlorure au millième. Même préparation pour les crins de Florence, qui lui servent à peu près exclusivement pour les sutures.

Voici comment il pratique l'asepsie :

Tous les instruments, sauf les bistouris, sont stérilisés par la chaleur sèche. Il emploie, à cet effet, l'étuve construite par M. Wiessnegg sur les indications de M. Poupinel. Grâce à cet appareil, les instruments, tous entièrement métalliques, peuvent être maintenus pendant quinze à trente minutes à la température de 160 à 180 degrés.

Quant aux instruments coupants, ils sont nettoyés avec du chloroforme, selon le précepte de M. Lucas-Championnière, puis bouillis dans de l'eau stérilisée. Les compresses qui servent à abriter les parties voisines du champ opératoire, à relever les anses intestinales, etc., etc., sont stérilisées à l'autoclave à 120 degrés, comme l'a conseillé M. Pasteur; avant de s'en servir, on peut, si on les trouve trop chaudes, les plonger dans de l'eau stérilisée bouillie tiède.

Grâce à ces précautions, M. Terrier a fait un grand nombre d'opérations fort graves (ablation de tumeurs abdominales, cholécystotomies, gastrostomies, etc.) et avec les meilleurs résultats.

Cette pratique est mixte, M. Terrier se propose encore de diminuer l'usage des antiseptiques, qui ne sont pas sans inconvénients, surtout en ce qui concerne les reins.

Quant à ses pansements, ils sont d'une extrême simplicité : il emploie exclusivement l'ouate stérilisée, non antiseptique, préparée à l'étuve suivant la méthode de M. Quénu.

Des relations du choléra asiatique et du choléra infantile.

Par M. Lesage (de Paris).

Il faut, avant tout, distinguer le choléra infantile des autres diarrhées si fréquentes et parfois si terribles des enfants du premier âge.

Le choléra infantile est caractérisé par le refroidissement périphérique, alors que la température centrale reste à la normale, par le très grand nombre des selles et leur extrême fluidité. Le choléra infantile ainsi compris est, suivant M. Lesage, sous la dépendance d'un micro-organisme particulier. Ce microbe sécrète un produit alcalin et toxique. Ce produit est aussi sécrété par le microbe virgule de Koch.

Cette sécrétion microbienne, injectée à elle seule et à faible dose chez un animal non préparé, reproduit les symptômes et les lésions typiques du choléra.

La clinique a établi depuis longtemps l'identité symptomatique du choléra asiatique et du choléra infantile. Cette identité des symptômes provient de l'identité de la cause.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

Manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale totale.

Par M. Péan (de Paris).

L'utérus, quand ses lésions n'occupent pas un grand volume, quand il a conservé sa mobilité et sa consistance, peut être extirpé très rapidement, grâce au pincement préventif des vaisseaux qui occupent ses parties latérales. Mais dans le cas où le tissu est ramolli par le processus inflammatoire, lorsqu'il est infiltré de pus ou lorsqu'une dégénérescence a altéré sa consistance, à plus forte raison quand il est le siège de tumeurs dont le volume atteint ou dépasse celui d'une tête de fœtus à terme, il est indispensable de le morceler pour en faire l'ablation.

Voici comment M. Péan procède dans ces cas : la malade, anesthésiée, est couchée sur le côté gauche, la vessie et le rectum ayant été préalablement vidés et la vulve rasée. La cavité vaginale étant rendue aseptique et toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, deux aides, placés de chaque côté de la malade, maintiennent le vagin largement ouvert, au moyen de quatre valves coudées à angle droit.

L'opération en elle-même comprend les temps suivants : 1° l'abaissement et la dissection du col; 2° l'hémostase des ligaments larges au moyen de pinces; 3° l'ablation du col; 4° le morcellement et l'ablation du corps de l'utérus.

1° L'abaissement du col est fait au moyen de pinces dentées. Avec des ciseaux droits et le bistouri, on le sépare des tissus environnants, en remontant jusqu'au corps exclusivement. Cette dissection est faite sur toute la périphérie, de manière à séparer complètement l'utérus de ses insertions vaginales ; elle entraîne nécessairement l'ouverture du péritoine.

2° L'hémostase des ligaments larges est faite à ce moment. On saisit avec des pinces à long mors, et en les plaçant aussi haut que possible, les deux ligaments larges, près de l'utérus.

3° Pour extraire le col, après cette hémostase préventive, on le maintient abaissé au moyen d'une pince à dents tenue de la main gauche, pendant que la main droite, armée d'un bistouri droit, incise les parties latérales du col, de l'intérieur vers l'extérieur, dans toute leur hauteur. On résèque ensuite les deux moitiés du col utérin au moyen de ciseaux courbes ou du bistouri.

4° On incise ensuite le corps comme on a incisé le col, c'est-à-dire sur les parties latérales, et de dedans en dehors. On a divisé ainsi le corps utérin en deux moitiés, antérieure et postérieure. On saisit les deux moitiés l'une après l'autre, au moyen d'une forte pince à dents; on abaisse d'abord la moitié antérieure dont on opère le morcellement, c'est-à-dire le fractionnement, en même temps qu'on morcelle la tumeur, s'il en existe une; on agit de même avec la moitié postérieure, jusqu'à ce qu'on aperçoive le fond de l'utérus. Dans certains cas, on est forcé de commencer par la moitié postérieure.

Lorsqu'on aperçoit le fond, il faut compléter l'hémostase des ligaments larges, dont la partie supérieure est devenue accessible à la vue. On saisit alors ces ligaments avec de

nouvelles pinces droites ou courbes, de telle sorte que l'hémostase préventive des ligaments larges est faite en deux ou trois temps : 1° pour l'excision des parties latérales de l'utérus; 2° pour l'excision du fond. L'opérateur n'ayant plus à craindre d'hémorrhagie, excise le fond de l'utérus en continuant le morcellement. Cette opération se termine rapidement, sans aucune difficulté, quels que soient la friabilité du tissu utérin, la solidité des adhérences et le volume des productions morbides contenues dans l'utérus. Si les ovaires et les trompes sont notablement altérés, on en fait l'ablation. On les attire en bas, on place une ou plusieurs pinces à longs mors au-dessous et en dehors de ces organes, de manière à saisir tous les vaisseaux qu'ils reçoivent, et on résèque le long du bord interne de la pince. Le pansement et les soins consécutifs doivent appeler toute l'attention du chirurgien.

L'utérus enlevé, la voie tracée est assez large pour permettre de faire une toilette minutieuse du péritoine et de le débarrasser des débris qui peuvent y être restés adhérents. On fait soigneusement l'asepsie du champ opératoire et des parties voisines; on met une sonde à demeure dans la vessie, et on remplit le vagin de petites éponges aseptiques remplies d'iodoforme et pourvues d'un fil résistant qui servira à les retirer.

Les pinces hémostatiques placées sur les ligaments larges doivent rester en place pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps, on enlève les éponges et on retire les pinces en les ouvrant lentement et sans secousses.

A partir de ce moment, il suffit de faire des lavages, trois fois par jour, avec une solution de sublimé.

Généralement les malades se lèvent le dixième jour et peuvent être considérées comme guéries le quinzième sans crainte d'accidents. Sur 60 malades ayant subi l'hystérectomie vaginale totale pour inflammations, suppurations ou adhérences, M. Péan a eu 60 succès. Il en a obtenu 98 p. 100 sur 200 malades ayant subi l'hystérectomie pour myomes.

L'auteur fait remarquer, d'ailleurs, que ce n'est là qu'une application de la méthode générale de morcellement qu'il a imaginée (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888 et 1889).

Il termine par les conclusions suivantes : 1° quand il s'agit d'une tumeur épithéliale du col, on peut extirper par fragments le col dégénéré, avant d'abaisser et d'exciser le corps de l'utérus, de telle sorte que le péritoine ne soit pas sali par les débris; 2° si le corps de l'utérus est envahi par un carcinome, on doit réséquer d'abord le col, puis on morcelle le corps utérin avec le produit pathologique, quelle que soit sa friabilité; 3° dans les cas où l'utérus est ramolli ou détruit en partie par la suppuration, même s'il est rattaché aux organes voisins par de fortes adhérences, son ablation est facile; 4° il n'en est pas de même quand l'utérus est le siège de myomes du volume d'une tête de fœtus à terme; 5° l'ablation de l'utérus se fait constamment sans ligatures et sans hémorrhagies; 6° l'hystérectomie doit être préférée à la castration tubo-ovarienne dans le traitement chirurgical des névralgies et des suppurations de l'utérus et de ses annexes, étant donné les succès obtenus par cette méthode de morcellement; 7° elle mérite également la préférence toutes les fois qu'il s'agit d'intervenir chirurgicalement contre les myomes du corps de l'utérus du volume d'une tête de fœtus à terme, attendu qu'elle donne des guérisons bien autrement complètes que la castration tubo-ovarienne, qui expose les malades à la récidive et à des éventrations consécutives.

De l'extirpation vaginale de l'utérus.

Par M. Olshausen (de Berlin).

L'extirpation vaginale totale de l'utérus, dans le cancer de cet organe et dans quelques autres affections utérines, constitue une bonne opération. Elle est actuellement employée dans un petit nombre de cas, par suite de l'époque tardive où le diagnostic de carcinome a été posé. Les résultats immédiats diffèrent suivant l'étendue que l'on donne aux contre-indications; mais même en opérant assez largement, la mortalité ne dépasse pas 10 à 15 p. 100.

Les guérisons durables ont été peu fréquentes. Mais si l'on fait un diagnostic précoce et si l'on opère de bonne heure, on obtient de bien meilleurs résultats. En tous cas, les opérées, qui ne sont pas radicalement guéries après l'opération, ont, en général, beaucoup moins de douleurs. D'autre part, les hémorrhagies et les pertes diminuent. La récidive se produit rarement dans le vagin, mais plutôt dans les ligaments larges et les organes du petit bassin. Comme technique opératoire, l'extirpation par le vagin est, dans la plupart des cas, la meilleure opération. Ce n'est que dans quelques cas et surtout lorsqu'il y a propagation au vagin, que l'incision périnéale par la méthode de Zuckerkandl pourrait être préférée. L'auteur préconise les règles suivantes : désinfection préalable complète du carcinome; incision aussi large que possible autour du cancer dans le vagin; dégagement rapide et oblique du col; faire le moins possible de ligatures de vaisseaux; ouverture de la cavité de Douglas avant de placer la première ligature en masse sur le premier des ligaments larges auxquels on s'attaque, quand on est dans la cavité de Douglas. Le côté où les lésions sont le plus étendues doit être détaché le dernier. Après avoir enlevé l'utérus, on ferme le péritoine et le vagin par une suture. Emploi exclusif du catgut et refoulement en haut des deux pédicules.

M. Sajajzki (Moscou) a cité soixante-cinq cas d'hystérectomie vaginale opérés par lui, et, à ce propos, a fait connaître la statistique de cette opération en Russie.

Traitement des anémies.

Par M. Laache (de Christiania).

L'auteur s'occupe uniquement de la chlorose et de l'anémie pernicieuse progressive. Il cherche à établir surtout une thérapeutique étiologique. Indépendamment des causes communes, telles que les vers intestinaux, les troubles gastriques, les intoxications, etc., il faut reconnaître qu'en notre siècle d'industrie bien des causes ont surgi qui favorisent l'anémie.

Il arrive un moment où la thérapeutique étiologique devient insuffisante, les modifications du sang étant trop avancées; on est alors réduit à la thérapeutique empirique.

Mettre le malade dans les meilleures conditions hygiéniques, lui procurer l'air, la lumière, le sommeil, une bonne alimentation; dans l'anémie journellement observée, insister sur l'exercice musculaire; recourir à l'hydrothérapie froide quand la calorification n'est pas trop amoindrie, telles sont les règles hygiéniques recommandées par l'auteur.

Quant aux médicaments, il place le fer au premier rang, surtout pour la chlorose. Il donne la préférence au tartrate ferrico-potassique; chez les malades dont l'estomac est mal tolérant, il conseille d'administrer ce médicament par la voie sous-cutanée. Cette médication doit être prolongée et ininterrompue.

Après le fer vient l'arsenic, dont l'action est surtout favorable dans l'anémie pernicieuse progressive et dans la leucémie.

Tels sont les deux médicaments principaux : le fer et l'arsenic. Dans la chlorose, les laxatifs sont indiqués pour éviter l'auto-infection d'origine intestinale.

Les avis sont partagés sur les inhalations d'oxygène.

La transfusion est employée, avec raison, dans les anémies post-hémorrhagiques et aussi dans l'anémie pernicieuse.

Enfin, on a employé, récemment et avec succès, les saignées (!). M. Faye (de Christiania) est arrivé à relever la nutrition à l'aide de saignées petites et répétées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 18 août 1890, M. Mourey, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour l'infirmerie-hôpital de l'Ubaye.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. les docteurs Paul Coulier (du Loiret), Vincent Duclaux (de Paris), Ferrand (de Privas), Larguier (d'Alais), Millet (de Beaucaire), Moricand (de Paris).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de première classe, avec une introduction par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. 1 vol. in-18 de 308 pages, cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 25 août 1890.

Aujourd'hui que les congrès ont terminé leurs assises, il nous est permis de jeter un coup d'œil en arrière et d'examiner, avec toute connaissance de cause, ce que la science médicale a pu retirer d'utile et de nouveau de ces réunions aussi multipliées que choisies.

Après examen, il faut bien avouer que ces grandes réunions font peut-être plus de bruit que de véritable besogne. Les congrès médicaux peuvent être divisés en deux grands groupes, suivant qu'ils ne visent qu'un point restreint et spécial de la médecine, ou qu'ils englobent, dans leur discussion, l'ensemble des sciences médicales.

Les premiers, les congrès spéciaux, nous semblent complètement et absolument inutiles. Il n'est pas admissible qu'un spécialiste sérieux ne se tienne pas au courant de tout ce qui intéresse particulièrement son art : revues, journaux, publications et sociétés spéciales. Il doit posséder et possède à fond toutes les nouveautés concernant son état. Dès lors, à quoi servent ces réunions, où l'on répète à satiété ce qui a déjà été dit, communiqué et imprimé ailleurs ? Est-ce qu'une communication scientifique, même de minime importance, ne se trouve pas, aujourd'hui, reprise et colportée partout, grâce à la merveilleuse organisation de la presse médicale ? Est-ce que, dès qu'un spécialiste a trouvé un procédé nouveau, un perfectionnement quelconque, la solution d'une question douteuse, est-ce que ce spécialiste ne va pas aussitôt, et au plus vite, communiquer sa découverte à une société spéciale ou à un journal traitant de sa spécialité? Dès lors, sa communication est de suite répandue et publiée partout à l'étranger, aussi bien que dans son pays.

Aussi pour nous, les congrès spéciaux ne sauraient présenter, scientifiquement, une bien grande utilité.

Les congrès généraux sont-ils bien plus utiles ? Le fait est possible, mais sujet encore à discussion. Sans doute, il est plus difficile à un médecin ou à un chirurgien de se tenir entièrement au courant de tout ce qui intéresse la médecine et la chirurgie ; mais est-ce que le congrès, auquel ce médecin ou ce chirurgien ira assister, lui apprendra bien des choses qu'il ignore ? Il est permis d'en douter. Combien de faits nouveaux se sont-ils produits au Congrès international de Berlin, qui a réuni plus de 5000 médecins de toutes les nations ? Pour ne parler que des communications les plus importantes, est-ce que le discours de Lister sur l'antisepsie, celui de Koch sur la bactériologie, ont appris quelque chose de nouveau et d'inédit? Ces grands congrès pouvaient avoir leur raison d'être autrefois, alors que les communications scientifiques étaient des plus restreintes; aujourd'hui ils offrent beaucoup moins d'intérêt. Il y a longtemps qu'il n'y a plus de frontières scientifiques, et que les travaux d'un pays sont connus de tous ses voisins. Dès lors ces réunions, à grand tapage, peuvent présenter peut-être quelque agréable distraction aux congressistes, mais il est fort à croire que leur bagage scientifique sera au retour à peu près le même qu'à leur départ. Un de nos confrères de la *Presse médicale belge* a formulé, en fort bons termes, l'impression qu'il a retirée de son séjour à Berlin :

« Quant à l'utilité du Congrès lui-même, aux enseignements que les congressistes y auront puisés, à l'intérêt scientifique qui en découle pour le moment, nous pensons qu'ils eussent pu être beaucoup plus grands qu'ils ne l'ont été. A parler franc, on est sorti du Congrès avec un bagage scientifique de bien peu supérieur à celui que l'on possédait en y entrant, et j'attribue ce résultat négatif à deux causes principales. La première cause réside dans le nombre incalculable de discours et de communications : chacun lisait ou improvisait sa petite observation ; on vous écoutait ou on ne vous écoutait pas, et le tour était joué, et à d'autres la parole. A ce titre, il sera bien plus instructif et tout aussi intéressant de lire le compte rendu officiel du Congrès, et un « Livre international de travaux originaux » rendrait les mêmes services. Dans ces conditions, on le comprend aisément, il n'y avait guère de discussion. C'est la seconde cause dont je parlais et qui enlevait aux travaux du Congrès son intérêt scientifique et pratique. »

HOPITAL ANDRAL. — M. DEBOVE.

Astasie et abasie chez un hystérique.

Nous avons eu l'occasion de voir ces jours-ci, à l'hôpital Andral, un malade qui a déjà son histoire dans la littérature

médicale : il a servi de sujet à une série de leçons de M. le professeur Grasset, de Montpellier (1).

Malgré cela, nous avons accepté avec empressement l'autorisation que nous donnait notre maître, M. le professeur Debove, de prendre son observation comme point de départ d'une étude sommaire de l'astasie et de l'abasie. L'exposé est ainsi plus clinique et moins aride. Et, du reste, avec de semblables malades, de semblables maladies, on épuise difficilement le sujet, et l'on a toujours chance de rencontrer quelque point inédit, quelque remarque nouvelle qui peuvent avoir leur intérêt, quand bien même ils ne seraient que de second ordre, sinon tout à fait d'arrière-plan.

Le malade en question est un hystérique, un grand hystérique. La chose est clairement démontrée par l'existence d'attaques convulsives, de troubles sensitivo-sensoriels et de zones hystérogènes.

Les crises convulsives durent plus ou moins longtemps : quelques minutes seulement quelquefois, et quelquefois une ou deux heures. Chose caractéristique, elles ne s'accompagnent jamais d'une perte complète de la connaissance. Le malade a toujours, dans une certaine mesure, conscience de ce qui s'est passé autour de lui. Cela suffit pour éliminer l'épilepsie.

Les troubles sensitivo-sensoriels qu'il présente consistent dans une hémi-anesthésie du côté droit, avec hyperesthésie du côté gauche. Le pharynx est absolument insensible au chatouillement. Enfin, à l'époque où F... a été examiné par M. Grasset, on a pu relever un rétrécissement concentrique du champ visuel des deux côtés. A la Salpêtrière, la campimétrie n'a pas pu être faite; nous n'avons pas pu la faire nous-même. Le malade prend, en effet, une véritable crise convulsive lorsqu'on veut lui faire fixer un point visuel.

On relève aussi plusieurs zones hystérogènes. L'une d'elles occupe la région de la fosse iliaque droite, l'autre le testicule correspondant. C'est de la zone pseudo-ovarienne que part l'aura prémonitoire des attaques. M. Grasset a montré que ce centre hystérogène était superficiel, cutané; en effet, des pulvérisations d'éther le font disparaître. On peut dès lors presser sur la région de la fosse iliaque sans provoquer cette angoisse particulière qui précède souvent l'accès chez les hystériques. Chez la femme, au contraire, le point hystérique est profond, et même ovarien, ainsi que l'a démontré M. Charcot.

Cet ensemble est bien caractéristique; il n'y a pas de doute possible; ce malade est un hystérique et un grand hystérique.

Mais ce n'est pas le point sur lequel nous voulons nous arrêter, et nous avons hâte d'en venir aux phénomènes d'astasie et d'abasie qu'il présente déjà depuis près de trois ans.

En octobre 1887, F..., alors âgé de vingt-sept ans, était à l'hôpital à Alger où on le soignait pour des fièvres intermittentes. Un jour, il était assis pour écrire, lorsqu'il fut pris d'un étourdissement assez intense. Il descendit dans la cour, mais dut remonter bientôt soutenu par d'autres malades. On le mit au lit. On eut quelque difficulté à lui enlever ses vêtements à cause du tremblement violent dont furent pris ses membres inférieurs. Le même phénomène se reproduisit à plusieurs reprises, puis, au bout de huit jours, le malade se trouva dans l'impossibilité de se lever et de se tenir debout à cause du tremblement des membres inférieurs. Ce tremblement qui, des membres inférieurs, gagnait le tronc et les membres supérieurs, intrigua beaucoup les médecins. Déjà ils avaient été frappés, paraît-il, par l'intensité et la modalité particulière du tremblement de cet homme, au moment des frissons initiaux de ses accès de fièvre paludéenne. A la même époque se montrèrent des crises convulsives; et, à la suite de l'une d'elles, le malade devint absolument muet. Ce mutisme hystérique persista pendant un mois et demi. Quant à l'impossibilité de marcher, elle dura trois mois. Elle s'est reproduite depuis à plusieurs reprises.

L'année suivante, en novembre 1888, il fut étudié par M. Grasset. Sorti de ce service, il séjourna pendant quelque temps à Lyon, dans les salles de M. Bondet. Cet arrêt à Lyon fut involontaire. A la gare, il fut pris d'une crise convulsive, et, à la suite de cette crise, d'une attaque d'automatisme ambulatoire, ou mieux procursive. Il éprouva le besoin de marcher, de courir devant lui poussé par une force invincible. C'était la première fois que chose semblable lui arrivait. Depuis, cette impulsion s'est reproduite assez fréquemment. Elle succède toujours à une attaque d'hystérie.

Plusieurs fois, il est arrivé que le malade, abasique au moment d'une attaque, était pris immédiatement après du besoin de marcher, de courir devant lui, au hasard. Les troubles de la marche disparaissent alors, et si F... se fait remarquer dans la rue, c'est seulement par la rapidité de sa marche, la difficulté qu'il a à éviter les passants qu'il bouscule quelque peu, et par l'expression singulière de sa physionomie. Dans ces cas, il conserve sa connaissance, et de retour de ces courses plus ou moins vagabondes, il peut rendre compte des endroits dans lesquels il est allé. Cette disparition de l'abasie sous l'influence de l'impulsion procursive est un fait, à notre sens, des plus curieux.

Quoi qu'il en soit, avec des interruptions plus ou moins grandes, l'abasie se reproduit encore actuellement, exactement avec les mêmes caractères qu'elle a présentés, dès le début.

Assez souvent, F... éprouve, pendant la nuit, une sensation particulière d'agitation et de trémulation à laquelle il ne se trompe pas. Il sait que les troubles moteurs, dont il a été débarrassé, vont se reproduire le lendemain matin. Plus rarement, l'abasie reparaît à la suite d'une crise de nerfs.

Lorsque F... veut se lever et marcher, la chose lui devient impossible. Dès qu'il est debout, les membres inférieurs sont pris de secousses rythmées très rapides et très énergiques qui rappellent beaucoup la trépidation épileptoïde, l'épilepsie spinale. Il en résulte que le corps tout entier se trouve soulevé et secoué, et que l'équilibre est rapidement compromis, d'autant plus rapidement, que le malade perd immédiatement toute confiance dans sa stabilité. La chute serait imminente si l'on n'intervenait. Les secousses des membres inférieurs se communiquent, du reste, aux muscles du tronc et même des membres supérieurs.

C'est ce que M. Charcot a appelé la forme trépidante de l'abasie (1).

En effet, le symptôme n'est pas toujours tel que nous venons de le décrire. Chez certains malades, les jambes se dérobent passivement sous le poids du corps, ou bien

(1) Grasset. *Leçons sur un cas d'hystérie mâle avec astasie-abasie*, 1889.

(1) Charcot. *Leçons du mardi*, p. 366, t. II, 1890.

l'abasique ne peut faire que des mouvements maladroits et timides des membres inférieurs, à la façon d'un enfant qui apprend à marcher : c'est la *forme paralytique* ou *parétique*.

Chez d'autres, il y a un degré d'incoordination plus ou moins marqué, non pas d'incoordination ataxique, à proprement parler, mais de maladresse et d'incertitude. C'est la *forme ataxique*. Une malade à chaque pas fléchissait brusquement sur ses jambes comme si elle avait reçu un coup sec sur les jarrets. Enfin, vient la *forme trépidante*, dont le malade qui nous occupe est un bon exemple. Les secousses de ce tremblement peuvent être assez intenses pour que le malade soit, en quelque sorte, projeté par de petits sauts successifs.

Tout cela peut être plus ou moins évident, plus ou moins marqué : de là, des variétés cliniques nombreuses.

La marche seule peut être troublée; il n'y a que de l'abasie. Par contre, on n'a jamais vu la station debout devenue seule impossible, l'astasie sans l'abasie. Cela se conçoit, du reste. Le fait le plus important, en tous cas, c'est que l'incoordination musculaire ne se fait sentir que pour la station debout ou pour la marche, et il faut ajouter pour la marche naturelle, habituelle.

Il n'y a ni atrophie musculaire, ni paralysie, ni ataxie vraie, ni modification des réflexes. Les membres inférieurs peuvent exécuter avec correction et vigueur tous les mouvements, sauf ceux de la marche. Chose singulière, ce n'est souvent que la marche naturelle qui est lésée, et les malades peuvent progresser en employant divers subterfuges. Ils peuvent marcher à cloche-pied, sauter à pieds joints, marcher les jambes croisées, marcher en affectant avec exagération le pas de parade du grenadier prussien. Ils peuvent danser, marcher à quatre pattes; la seule chose dont ils aient perdu la faculté, c'est de marcher naturellement.

Notre malade, toutefois, ne pouvait pas nager. Il a essayé de le faire à la piscine de la Salpêtrière, mais il était pris rapidement d'une sorte de tremblement généralisé.

Dautre part, lorsqu'il ne présente pas d'abasie, on fait réapparaître celle-ci en lui faisant fermer les yeux. Ce sont là deux particularités qui n'ont pas encore été notées, croyons-nous. Nous avons dit déjà que, lorsqu'on lui fait fixer un point, il est pris presque immédiatement d'une sorte de vibration, de tremblement général, avec roideur, qui paraît être un commencement d'attaque convulsive.

Cette perte d'équilibre si particulière, cette impossibilité de la marche avait reçu des noms différents : incoordination motrice pour la station et la marche (Charcot et Richer); ataxie motrice hystérique (Weir Mitchell); ataxie par défaut de coordination automatique (Jaccoud). La dénomination d'astasie et d'abasie, approuvée par M. Girard, a été employée pour la première fois par M. Blocq, dans son mémoire des *Archives de neurologie* (1888). Nous avons signalé déjà les leçons de M. Grasset. Enfin, dans les *Leçons du mardi*, à la Salpêtrière (t. II, 1890), on trouvera, à propos d'une observation nouvelle, toute une étude d'ensemble de M. Charcot. Le professeur passe en revue les notions connues et établit la division des formes que nous avons utilisée. C'est, en somme, il est bon de le rappeler, M. Charcot qui a fourni le plus grand nombre des matériaux sur lesquels s'appuie l'histoire de ce curieux syndrome.

Quelle est la cause de ces accidents ? Quelle est la nature de l'astasie-abasie ?

La plupart des abasiques étaient des hystériques, 5 fois sur 11, dit M. Blocq, 8 fois sur 12, dit M. Grasset. Son malade, on l'a vu, est un grand hystérique. Il est, de plus, de souche névropathique. Sa mère était très nerveuse; un oncle et une tante paternels sont morts dans des asiles d'aliénés.

Lui-même, avant d'être l'hystérique systématisé qu'il est actuellement, était tout au moins un névropathe bizarre. Il a eu des convulsions dans sa jeunesse, de quatre à sept ans. Il a commencé par être relieur, puis garçon de café, garçon à bord d'un transatlantique, garçon de café en Algérie, puis terrassier, chef d'équipe et même chef de chantier.

Le plus souvent, une émotion vive est la cause occasionnelle du début des accidents. Un jeune homme, élève d'une institution religieuse, avait été chargé de complimenter l'évêque en visite. Grande émotion pour lui ! Le soir il se couche fatigué, se plaignant de mal de tête, de douleur lombaire. Le lendemain, il veut se lever, impossible, il était abasique.

Un enfant devient astasique et abasique, après avoir été poursuivi et menacé par un ânier armé d'une hache.

Un malade, dont M. Charcot a conté l'histoire, avait été la victime involontaire d'une intoxication par l'oxyde de carbone. Il se réveille couché dans une salle d'hôpital. On lui avait mis des sinapismes aux jambes et on les y avait laissés trop longtemps. Il était très préoccupé des ulcérations qui en étaient résulté; il se voyait déjà infirme, paralysé. Quelques jours après, il se trouve bousculé par un passant, et il devient immédiatement abasique.

Le plus souvent, sinon toujours, l'incoordination, l'impotence fonctionnelles pour la marche, ne se montrent pas tout de suite, mais seulement au bout de quelques heures ou de quelques jours. Il y a là une phase de maturation semblable à celle que l'on observe dans l'hystéro-traumatisme.

Les sujets atteints sont souvent jeunes : de quinze à dix-huit ans. Notre malade avait vingt-sept ans.

Chez lui, il faut noter que les grandes attaques hystériques ont débuté en même temps que les phénomènes d'astasie et d'abasie. On sait qu'à ce moment il était entré à l'hôpital d'Alger pour s'y faire soigner d'accidents paludéens. L'hystérie n'a-t-elle pas éclaté à la suite de l'impaludisme ? Les médecins d'Alger avaient été frappés par la façon particulière dont tremblait le malade. Ce n'était pas là ce qu'ils sont habitués à voir. La fièvre intermittente n'a-t-elle pas appris à F... son métier de trembleur ? En effet, il n'a pas seulement le tremblement des membres inférieurs qui correspond à la forme trépidante de l'abasie; mais il tremble parfois de tout le corps, et c'est sous la forme de secousses rythmées, rapides ou généralisées, que se présentent les petites crises hystériques qu'on lui donne par l'occlusion des yeux ou par la fixation du regard.

Quel est maintenant le mécanisme de ces phénomènes ? Pour l'exécution d'un mouvement volontaire, il faut un cerveau qui commande et une moelle qui obéisse. Est-ce que le cerveau a perdu le pouvoir de commander ? Est-ce la moelle qui est devenue incapable de lui obéir ? La moelle, on le sait, exécute automatiquement des mouvements dont la coordination a été établie par un long apprentissage. Cet automatisme, cette coordination sont-ils rompus ?

N'est-ce pas encore la comparaison avec l'agraphie qui fait le mieux comprendre les choses ? Ce n'est pas, il est vrai, une explication, mais une simple comparaison. L'agra-

phique exécute avec sa main des mouvements quelconques, sauf l'ensemble coordonné des mouvements nécessaires pour l'écriture.

Par suggestion, on peut reproduire à peu près le tableau complet de l'abasie, et il est vraisemblable que l'auto-suggestion, que l'idéation sont pour beaucoup dans l'abasie spontanée. C'est encore l'hypothèse d'un trouble de la volition, de la représentation cérébrale, de la station debout et de la marche, qui rend le mieux compte des choses. Ce n'est pas que le malade ne puisse plus marcher, c'est qu'il ne sait plus, ou qu'il ne sait plus vouloir.

On a surtout traité ces malades par les douches et les bromures. La guérison a lieu au bout d'un temps plus ou moins long; mais les récidives sont fréquentes. L'isolement a été conseillé par M. Charcot. On sait qu'il en est grand partisan, toutes les fois que l'imagination du malade joue un rôle important dans les phénomènes névropathiques.

Albert Mathieu.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

De la myomotomie.

Par M. Ch. Boisleu (de Paris).

L'auteur a eu l'occasion, à la clinique du docteur Martin, à Berlin, d'examiner 10 cas de myome, pour lesquels le docteur Martin avait fait l'amputation supra-vaginale de l'utérus, suivie de l'ablation du col, soit par le vagin, soit par l'abdomen.

Dans ces 10 cas, M. le docteur Boisleu a ensemencé des morceaux de muqueuse du fond de l'utérus et surtout des morceaux de la partie du col qui, dans le mode opératoire usuel, serait restée dans la cavité péritonéale (pédicule). Quatre fois sur 10, il a rencontré des germes dans le fond de l'utérus; 1 fois, entre autres, en telle quantité que l'on ne pouvait les compter sur les plaques de gélose, surtout à la première dilution. Dans 2 cas, il a rencontré des microbes pathogènes, c'est-à-dire dont l'inoculation a été suivie de la mort de l'animal (cobayes, souris).

Sept fois sur 10, il a rencontré des germes dans la partie du col qui, dans l'amputation supra-vaginale simple, aurait servi de pédicule et eût été abandonnée dans la cavité péritonéale.

De la présence de ces germes, et surtout des germes pathogènes, il conclut à la nécessité d'une antisepsie des plus rigoureuses dans cette opération et surtout à la cautérisation du pédicule avec le thermo ou galvanocautère; il conclut également à la nécessité de cautériser la muqueuse utérine de la même façon dans les cas de myomes intra-pariétaux où, bien souvent, la muqueuse utérine est atteinte et comprise dans la plaie. Ce mode de cautérisation est le plus sûr antiseptique que nous ayons.

A ce propos, M. le docteur Boisleu dit quelques mots sur l'asepsie ou l'emploi exclusif de l'eau bouillie et des pièces à pansement stérilisées (gaze, éponges); et l'antisepsie ou l'emploi de solutions d'acide phénique, sublimé, etc., ou de gaze et étoffes à pansements imprégnées de ces substances.

L'asepsie peut être utilisée dans les kystes de l'ovaire simple, dans les fibromes sous-péritonéaux, dans la grossesse extra-utérine. Mais les tumeurs malignes, les cavités purulentes, abcès ovariens, salpingiens, etc. ne peuvent être opérés qu'avec l'aide de l'antisepsie, quelle que soit le degré de virulence de l'abcès. Les agents antiseptiques sont appelés, dans ces cas, moins à détruire la virulence des liquides purulents qu'à empêcher leur ensemencement à la surface du péritoine.

Traitement de l'ataxie locomotrice.

Par M. Brower (de Chicago).

M. Brower admet trois formes d'ataxie suivant la prédominance des symptômes : une forme cérébrale, caractérisée surtout par les phénomènes céphaliques, inégalité pupillaire, trouble des réflexes des pupilles, myosis, diplopie transitoire, atrophie optique, surdité, signes laryngés, vertiges, crises apoplectiformes, etc.; une forme spinale, une forme périphérique, produite surtout par un traumatisme, une plaie.

On doit diriger le traitement suivant ces différentes formes. Dans toutes, le repos prolongé au lit pendant six à huit mois est un adjuvant utile; le massage, les changements de climat sont aussi indiqués.

La suspension lui a paru surtout utile dans les formes cérébrales; en agissant sur les vaisseaux du cou, cette méthode modifie la nutrition du cerveau.

L'extension des nerfs convient plutôt aux formes périphériques. Il se sert, pour l'extension de la moelle, d'un appareil spécial qui détermine à la fois l'extension de la moelle et des nerfs.

Dans les formes spinales, il conseille la faradisation générale de la peau avec le pinceau.

Enfin, il convient de traiter en même temps les diathèses syphilitique, rhumatismale ou goutteuse, associées d'ordinaire au tabès.

Des troubles mentaux tabagiques.

Par M. Kjellberg (d'Upsal).

La nicotine est pour l'homme un poison énergique. Après une courte excitation, il a une action déprimante très marquée.

Chaque année, il se consomme 1200000 kilogrammes de nicotine, ce qui fait 1gr50 par an, ou 4 milligrammes par jour, pour chaque habitant. Il en est qui consomment bien plus que leur part, et ce poison a une influence étiologique très appréciable sur les maladies du système nerveux.

L'action toxique de la nicotine est variable, non seulement suivant l'espèce de tabac employée, mais encore et surtout suivant le mode d'emploi.

Les troubles mentaux tabagiques sont caractérisés par de la faiblesse, des hallucinations et de la tendance au suicide. On peut leur décrire plusieurs périodes qui sont :

1° *Stade prodromique* dans lequel le malade est agité, anxieux, dort peu, est enclin à la tristesse et se plaint de palpitations. Cet état dure de un mois et demi à trois mois.

2° *Premier stade* où le malade accuse des hallucinations, des visions, entend des voix qui troublent son sommeil; il est triste, fatigué; demeure volontiers au repos et dans l'isolement, il a des idées de suicide. Il raisonne bien et sa nutrition est habituellement bonne. Ce stade a une durée de six à sept mois.

3° *Deuxième stade* où il prend un aspect joyeux, satisfait, chante et parle correctement. Les mouvements sont faciles, mais il est constamment agité. Ce sont des périodes d'excitation qui alternent avec de la dépression; il est alors

abattu, somnolent, il parle encore avec logique, mais lentement. Ce stade peut durer longtemps.

4° *Troisième stade* dans lequel l'excitation devient plus rare; l'intelligence décline, les hallucinations continuent. Le malade en arrive à une grande faiblesse psychique, tandis que sa santé corporelle peut s'améliorer. Ce troisième stade est incurable; le pronostic des deux premiers est assez favorable à la condition que le malade soit soustrait à l'influence du poison.

Augmentation de la pression intra-cranienne.

Par M. Adamkievicz (de Cracovie).

L'auteur combat la vieille théorie de la compression cérébrale. Il rappelle avoir contredit, dès 1883, cette théorie et avoir fait, sur la pression du liquide céphalo-rachidien, des expériences dont voici les conclusions :

1° L'idée de l'incompressibilité de l'encéphale, fondement de la théorie susdite, repose sur une erreur. Le cerveau, pendant la vie, peut diminuer notablement de volume sous l'influence d'une pression, surtout lorsqu'elle dépend d'un foyer qui s'accroît lentement. Cette compressibilité tient à ce qu'une partie du sang et de la lymphe sort de la cavité cranienne; les éléments des tissus se rapprochent, et, au bout d'un certain temps, il en résulte une sorte de condensation. Cette modification n'amène jamais de troubles des fonctions cérébrales;

2° Lorsque le foyer pathologique se fait place dans la substance du cerveau, il le fait aux dépens de ce dernier et non aux dépens de l'espace réservé au liquide céphalo-rachidien. Il n'y a aucune exagération de tension de liquide; ce dernier n'est, du reste, qu'une simple transsudation provenant des veines, étroitement liée, par conséquent, à la pression intra-veineuse. Une hyperhémie veineuse pourrait seule en augmenter la tension; il est donc impossible que la compression cérébrale s'exerce par son intermédiaire;

3° Pour ce qui est de l'anémie cérébrale, c'est une vue de l'esprit absolument inexacte. Lorsqu'une tumeur se développe dans le crâne, non seulement la lumière des vaisseaux n'est pas diminuée, mais en certains points on la trouve, au contraire, agrandie. C'est ce que les expériences ont confirmé. Il y a plutôt alors tendance à une activité plus grande de la circulation;

4° De ce qui précède, il résulte donc que la théorie des symptômes de compression cérébrale est erronée.

Pour détruire complètement cette théorie, pour montrer qu'une exagération de tension du liquide intra-cranien ne peut donner lieu aux symptômes jadis regardés comme caractéristiques, l'auteur a introduit, dans le crâne d'animaux, de l'eau salée à 0,6 p. 100, en faisant varier la pression de ce liquide. Les phénomènes observés d'une part, les pressions intra-artérielles et intra-veineuses d'autre part, ont été soigneusement notés. En voici les résultats :

1° Il n'y a aucun rapport constant entre la pression sous laquelle le liquide est introduit dans le crâne et les phénomènes qui en résultent. Les variations se font dans de très grandes limites. Souvent la mort survient avant qu'un seul des symptômes, dits de compression cérébrale, ait apparu. En général, voici ce qu'on observe, lorsque, pour une pression quelconque, quelques symptômes se sont montrés, une très légère augmentation de pression suffit à les aggraver extrêmement et à déterminer la mort.

2° Quelle que soit la pression de l'injection, la courbe de pression artérielle présente toujours une série d'oscillations, qui commencent par une augmentation et finissent par une diminution. Autrement dit, l'injection n'agit pas mécaniquement sur les capillaires cérébraux, mais elle les influence par l'intermédiaire de l'excitation ou de la paralysie des centres. Si l'influence était mécanique, on verrait la pression artérielle s'accroître parallèlement à la pression du liquide injecté. Ce qui montre bien l'exactitude de l'interprétation, c'est ce fait, que la circulation artérielle et la vie peuvent persister même lorsque la pression du liquide est supérieure à la pression artérielle.

3° Quant à la pression des veines du cou, elle s'accroît dès le début de l'expérience avec une grande rapidité et d'une manière continue. Cela résulte de ce que le liquide, une fois injecté, prend directement le chemin des veines et sort du crâne avec le sang veineux; la conséquence en est une paralysie du cerveau. On peut en conclure que des communications faciles existent entre la cavité cranienne et le système veineux. L'air peut pénétrer dans les veines par cette voie.

Voici donc comment il faut interpréter ce qu'on appelait les symptômes de compression : toutes les fois qu'un liquide pathologique s'accumule dans le cerveau, dès que sa pression est supérieure à celle des veines, il prend cette voie pour s'échapper hors du crâne; si la voie veineuse devient insuffisante, il a recours aux lymphatiques. Si cela ne suffit plus, il se produit de l'œdème. Le contact anomal, antiphysiologique de l'œdème, avec les éléments nerveux, les irrite d'abord, et ensuite les paralyse; la mort en est le résultat, bien avant que cet œdème ait acquis une tension suffisante pour arrêter la circulation capillaire. Il est donc évident que le liquide céphalo-rachidien ne peut jamais être en quantité trop considérable pour l'espace qu'il a à remplir.

Classification des tumeurs vésicales.

Par sir Henry Thomson (de Londres).

La classification proposée est basée sur le relevé de quarante et un cas opérés par l'auteur, et examinés par un histologiste compétent :

1° Les polypes muqueux, semblables à ceux des fosses nasales, mais d'une texture plus compacte; on les observe presque exclusivement chez les jeunes enfants;

2° Les papillomes; ce sont les plus communes des tumeurs vésicales; ils donnent lieu à des hémorrhagies abondantes et répétées; ils présentent deux variétés : les papillomes villeux et les papillomes fibreux;

3° Les myomes ne sont pas rares; ils n'ont pas de signes caractéristiques, et présentent souvent des excroissances papillomateuses à leur surface;

4° Les fibromes, constitués par du tissu fibreux au milieu duquel on trouve plus ou moins de cellules rondes disséminées. Cette variété et les précédentes envahissent toutes les couches de la vessie, et aucun procédé opératoire ne peut les énucléer complètement;

5° Les épithéliomes, qui présentent ici les mêmes caractères que dans les autres régions du corps;

6° Le squirrhe ou cancer proprement dit, qui ne s'observe guère que dans la seconde moitié de la vie;

7° Le sarcome, à cellules rondes ou fusiformes, qui se

rencontre parfois chez l'enfant, mais n'est pas rare non plus chez l'adulte. L'auteur en a observé trois cas.

Les résultats opératoires de ces 41 cas, dont 34 ont été observés chez l'homme, et 7 chez la femme, sont les suivants :

Dans 7 cas, 6 papillomes et 1 myome, les symptômes morbides n'ont pas reparu, trois ans après la plus récente opération, dix ans après la plus ancienne.

Dans 15 cas, la mort est arrivée à différentes périodes, variant entre trois jours et quatre mois après l'opération. Dans 10 cas, il s'agissait de tumeurs malignes, épithéliomes et sarcomes; 2 étaient des papillomes, les trois autres, des myomes.

Dix-neuf malades ont survécu pendant un temps variant de une à quatre années.

Sir H. Thomson conclut que, dans tous les cas où l'on peut affirmer la présence d'une tumeur maligne, l'opération est inutile; elle ne peut qu'aggraver les souffrances du sujet et peut-être hâter sa fin.

Par contre, il est du devoir absolu du médecin de recommander l'ablation de la tumeur, non seulement quand sa bénignité semble évidente, mais si cette bénignité est douteuse, l'opération seule permettra d'achever le diagnostic et d'instituer la thérapeutique.

De l'indication de la lithotritie.

Par M. Desnos (de Paris).

La lithotritie n'est plus aujourd'hui ce qu'elle était au lendemain de la découverte de Bigelow, et elle a largement bénéficié des progrès de l'antisepsie. Aussi cette opération doit aujourd'hui occuper le premier rang parmi les méthodes de traitement des calculeux. Elle nécessite les mêmes précautions rigoureuses que pour toute opération chirurgicale. Lorsque la lithotritie est ainsi pratiquée, ses indications deviennent plus étendues. Les lésions de l'urèthre et de la prostate sont rarement une contre-indication; il en est de même du volume du calcul, pour lequel les limites varient avec l'habitude que chaque chirurgien a de la lithotritie; l'état septique des urines contre-indique toute opération immédiate, mais on peut, en général, le modifier assez rapidement. Les lésions rénales s'y opposent également, quand elles sont à l'état aigu, mais lorsqu'on se décide à intervenir, la taille expose à un traumatisme plus grand que la lithotritie. Ainsi que l'a démontré M. le professeur Guyon, les véritables contre-indications de la lithotritie sont d'ordre vésical. La cystite rend les manœuvres difficiles et souvent incomplètes, on doit alors chercher la guérison de la vessie elle-même, en la laissant largement ouverte et en créant une fistule hypogastrique.

Traitement galvanocaustique de l'hypertrophie de la prostate.

Par M. Bottini (de Pavie).

M. Bottini revient sur la méthode qu'il a préconisée en 1887, pour le traitement de l'hypertrophie prostatique. Depuis, dit-il, il l'a considérablement perfectionnée. Elle consiste à se servir du galvanocautère pour détruire complètement la tumeur prostatique ou bien à la sectionner simplement, afin de donner un libre passage à l'urine. L'appareil nouveau de M. Bottini fonctionne au moyen d'accumulateurs et produit une chaleur tellement intense, que l'opération n'exige qu'une seule séance de quelques minutes de durée.

Sur 77 cas d'hypertrophie de la prostate, traités par lui, M. Bottini a obtenu la guérison complète dans 52, une amélioration considérable dans 11 et un résultat nul dans 12 cas seulement. Deux malades sont morts; mais c'était à une époque où M. Bottini n'avait pas encore inventé l'appareil perfectionné dont il se sert actuellement.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Obligation des parents de payer les honoraires médicaux dus par les enfants.

La septième chambre du tribunal civil de la Seine vient de rendre un jugement qui intéresse le corps médical.

MM. les docteurs Badaire et Leroy des Barres, médecins à Saint-Denis, avaient donné leurs soins à un nommé L... fils, ouvrier maraîcher, habitant en garni; celui-ci étant mort, les deux médecins présentèrent la note de leurs honoraires à ses père et mère. Ceux-ci refusèrent de payer, sous prétexte que leur fils était majeur, qu'il avait un domicile séparé, et que, d'ailleurs, ils avaient renoncé à sa succession.

Nos confrères assignèrent M. et Mme L... devant le tribunal, établissant que, puisque leur fils était dans l'impossibilité de subvenir à ses besoins, il pouvait réclamer à ses parents une pension alimentaire; et de fait, ils actionnèrent personnellement les père et mère en tant que débiteurs de la dette alimentaire.

Le tribunal a fait droit à la demande des deux médecins après les considérants suivants :

Attendu que MM. Badaire et Leroy des Barres, docteurs en médecine, justifient avoir donné des soins médicaux et chirurgicaux, au commencement de 1887, à L... fils, ouvrier maraîcher, qui habitait alors en garni chez un sieur M..., marchand de vins, principal locataire d'un immeuble important sis à Saint-Denis, et appartenant à L... père;

Attendu qu'après le décès de L... fils, mort dans un hôpital de Paris où il avait été transporté, les demandeurs ont vainement tenté d'obtenir à l'amiable des époux L... le paiement de leurs honoraires; qu'ils ont introduit contre les époux L... la demande actuelle;

Attendu que la somme totale de 585 francs demandée se compose de 485 francs réclamés par M. Badaire pour visites, assistance à une opération faite par M. Leroy des Barres, et visites et pansements consécutifs, et 100 francs demandés par M. Leroy des Barres pour opération et pour consultations;

Que cette somme de 585 francs n'est pas exagérée, étant donné la situation des médecins qui la réclament et l'état dans lequel se trouvait le malade; qu'elle n'est pas hors de proportion avec la situation pécuniaire des époux L..., qui ont une fortune assez considérable.

Attendu au surplus, que les époux L... père et mère ne contestent ni les soins donnés à leur fils, ni la somme réclamée, mais qu'ils se défendent contre la demande dont ils sont l'objet, en alléguant que les soins donnés à leur fils majeur par MM. Badaire et Leroy des Barres ont donné naissance à une dette personnelle, qu'ils ne peuvent être tenus de payer, puisqu'ils ont renoncé à sa succession;

Attendu que, sans qu'il soit besoin de rechercher si les époux L... ont, comme le prétendent les demandeurs, fait acte d'héritiers en s'emparant des effets d'habillement et de la montre de leur fils, il convient d'écarter leur système;

Attendu, en effet, qu'il est constant qu'à l'époque où les de-

mandeurs ont soigné L... fils, ce dernier, absolument dénué de ressources et hors d'état de se livrer à aucun travail, était logé et nourri chez M..., aux frais de ses père et mère qui, aux termes des articles 205 et 207 du Code civil, lui devaient les aliments;

Attendu que les demandeurs ont été appelés près de lui par une personne envoyée par sa mère, et que cette dernière a souvent assisté aux visites médicales et aux pansements;

Attendu que la dette alimentaire spécifiée par l'article 205 du Code civil ne comprend pas seulement la fourniture des aliments proprement dits, mais bien toutes les choses indispensables à la vie, comme le logement, les vêtements et nécessairement les soins à donner et les dépenses à faire en cas de maladie;

Attendu que les époux L..., qui ne donnaient à leur fils aucune somme d'argent pour subvenir à ses besoins, ont été, en vertu de l'obligation légale où ils étaient de lui fournir des aliments, tenus personnellement envers les demandeurs qui l'ont soigné, comme ils étaient tenus envers M... qui lui fournissait le logement et la nourriture;

Qu'ils ne sauraient donc se soustraire au paiement des honoraires par eux dus pour les soins donnés au malade;

Attendu que l'obligation alimentaire existant aussi bien pour la mère que pour le père, il convient, en l'état, de prononcer condamnation solidaire contre les époux L...;

Par ces motifs,

Déclare les docteurs Badaire et Leroy des Barres bien fondés en leur demande contre les époux L... père et mère;

Condamne en conséquence les époux L... père et mère solidairement à payer auxdits demandeurs la somme de 585 francs, aux intérêts de 5 p. 100 du jour de la demande;

Les condamne en outre à tous les dépens.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 août 1890, M. Mathis, médecin principal de première classe du service de santé du 17e corps d'armée, a été promu au grade de médecin-inspecteur du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Gaujot.

— Par décret, en date du 22 août 1890, M. le médecin-inspecteur Weber, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, a été nommé directeur de l'École de médecine militaire à Paris, en remplacement de M. le médecin inspecteur Gaujot.

— Par décision ministérielle, en date du 22 août 1890, M. le médecin-inspecteur Weber, directeur de l'École de médecine militaire à Paris, a été nommé membre du comité technique de santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Gaujot.

— Par décision ministérielle, en date du 22 août 1890, M. le médecin-inspecteur Mathis, a été nommé directeur du service de santé du 7e corps d'armée à Besançon, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Weber.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Baume (de Quimper).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, publiée sous la direction du docteur Jules Rochard. Tome II, fasc. vi, chapitre IV. *Théorie de l'alimentation* par le docteur Gabriel Pouchet. 1 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 2 fr. 50; prix du tome II complet : 20 francs.

Avis. Depuis le 15 juillet, le prix de la souscription à forfait pour l'ouvrage complet, est porté de 120 à 150 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Les insectes vésicants, par H. Beauregard, professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie, aide-naturaliste au Muséum de la Société entomologique de France, etc. 1 vol. de 550 pages avec 34 planches en lithographie hors texte et 44 figures dans le texte. — Prix : 25 francs. — Paris, Félix Alcan.

Les tuberculoses du pied. Des résultats éloignés de leur traitement. Opérations économiques, résections, amputations, par le docteur Charles Audry, ex-interne des hôpitaux de Lyon. 1 vol. gr. in-8° de 234 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 98. — JEUDI 28 AOUT 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 28 AOUT 1890. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une seule lecture de M. Hache (de Bayrouth) sur un cas de pyo-pneumothorax interlobaire, d'origine traumatique, datant de quatorze mois, contenant 400 grammes de pus et guéri en un mois par un simple drainage, tel est le bilan de cette séance dont l'ordre du jour était épuisé à trois heures et demie.

Franchement ne vaudrait-il pas mieux prendre de vraies vacances?

ASILE SAINTE-ANNE. — M. Magnan.

Du délire de la persécution. Possibilité, nécessité et utilité d'un diagnostic plus précis. Pronostic modifié par le diagnostic de la cause.

Je veux vous parler de trois malades qui présentent des hallucinations, différents troubles de la sensibilité, et qui sont atteints du délire de la persécution.

Le premier déclare que les passants l'appellent mouchard, c..., et lui lancent du vitriol à la figure.

Le deuxième est accusé, dit-il, d'avoir commis des actes honteux. On l'appelle c....., on lui lance du fluide pour le pousser à la débauche.

Le troisième malade se plaint d'être injurié, d'être appelé c..... On veut lui faire prendre des poisons, des poudres, etc.

Les aliénistes auraient dit, il y a quelques années, que ces trois malades étaient atteints du délire de la persécution. Mais comment ce délire s'établit-il ? Tantôt lentement, tantôt très vite. Quel est le pronostic ? Variable : les uns guérissent, les autres sont incurables, et il est impossible de reconnaître ceux qui doivent guérir. Voilà ce qu'auraient répondu Lasègue, Legrand du Saulle, etc.

Dire que la guérison survient dans 20 p. 100 des cas, ce n'est pas apprendre grand'chose à la famille qui désire savoir si tel malade doit ou ne doit pas recouvrer la raison. Il est cependant possible d'être plus affirmatif à cette heure. L'étude des antécédents et l'examen approfondi des malades permettent de porter un diagnostic et un pronostic plus fermes, plus certains et plus concluants.

Le premier malade avait été obéissant, travailleur, régulier, bien ordonné pendant sa jeunesse. Il était, jusqu'à trente-deux ans, en pleine santé physique, intellectuelle et morale. A cet âge, il se marie et il devient triste et sombre, sans cause apparente. Il travaille dans une étude de notaire et il constate que les clercs falsifient des pièces et volent le patron. On le pousse au vol. Il se plaint à son patron et quitte l'étude pour aller dans une autre. Là encore, les clercs l'excitent à commettre des actes contraires à la probité. Il s'en va ainsi de place en place et s'exerce enfin à faire marcher des machines à coudre.

Il saisit une phrase d'un voisin et brode immédiatement un roman. On a l'œil sur lui, on l'attaque, on lui veut du mal. Les visites de son beau-frère lui semblent louches.

Cette période dure deux ans. Tout à coup, il entend dans la rue ces mots : « Voilà le mouchard. » Il regarde et ne voit personne. Une autre fois, on dit en s'adressant à lui : « Voilà le c... » Il ne peut trouver la personne qui l'insulte.

A cette époque, il assiste à une séance d'hypnotisme et, depuis ce moment, il prétend qu'il a de la céphalalgie. Il croit qu'on lui lance du vitriol à la figure, il dit que l'on a pestiféré sa vie, et refuse d'avoir des relations avec sa femme. Il croit qu'on veut l'empoisonner : aussi crache-t-il dans une bouteille, afin que l'on puisse examiner ses expectorations.

Ce persécuté est d'une espèce particulière. Après une longue période préparatoire, il a un délire systématisé. En ce moment, il est dans une des phases de la maladie, il deviendra ambitieux et s'acheminera vers la démence. C'est donc un persécuté atteint de délire chronique, à évolution systématique. Le pronostic se résume en un mot : incurabilité.

Le deuxième malade a des antécédents héréditaires. Sa grand'mère était une mélancolique, sa mère une épileptique et son père un alcoolique.

Pendant sa jeunesse, il entrait dans de violentes colères. C'était un irrégulier. Il disparaissait de chez lui pendant plusieurs jours et rentrait sans donner une raison, sans prononcer une parole. A neuf ans, il eut une chorée. A dix-sept, il devient sombre ; il refuse de manger ; il dit que son cœur ne bat plus. Après deux mois de séjour au bord de la

mer, il revient guéri et reste guéri pendant un an. Au bout de ce temps, il a du délire, des hallucinations : il voit Dieu, le diable, il s'agite, ne dort plus. Le bromure de potassium finit par arrêter l'accès.

Jusqu'à vingt-sept ans, il travaille irrégulièrement. Il fait la noce de temps à autre. A la suite d'une rixe, il devient sombre. Des gens lui font des gestes pour indiquer des actes qu'il a commis. On l'appelle c..... Il entend des voix. Il reçoit du fluide qui le pousse à la débauche.

Ce malade est donc atteint du délire de persécution. Mais le cas est tout différent. L'instabilité du caractère, les nombreuses alternatives en bien et en mal font penser que la fixité du délire, la systématisation du délire ne sera pas de longue durée. C'est donc un accès de délire chez un héréditaire dégénéré. Or, ces accès guérissent. Celui-là doit guérir, mais ce malade n'en a pas moins une aptitude spéciale pour provoquer de nouveaux accès de délire. Son avenir est sombre. Donc cet héréditaire dégénéré triomphera momentanément de l'accès actuel, mais il en aura d'autres.

Le troisième individu a un père alcoolique et un frère épileptique. Dans sa jeunesse, il a été régulier. Il a bien travaillé dans ses classes. Il s'est fait valet de chambre et a eu une bonne conduite pendant ce temps et plus tard, durant son séjour au régiment. Après avoir quitté les rangs, il change d'hygiène. Il se met à boire des liqueurs alcooliques. Il a des cauchemars, des rêves, un sommeil agité. Il ne se grise jamais, mais il boit beaucoup et tous les jours. Enfin, il ne se contente plus de boire, il se grise complètement. L'insomnie, les hallucinations apparaissent. On veut l'assassiner. Il entend des injures. Le matin, les hallucinations auditives seules persistent. Quand il est arrivé ici, il s'imaginait être poursuivi par un nommé Kummy, Son ennemi ameute des individus contre lui.

Nous obtenons chez cet homme un calme relatif dans les premiers temps de son séjour à l'asile. Mais les hallucinations auditives sont revenues. Il suspecte ses aliments, car il a peur qu'on lui donne du poison.

Chez cet homme, l'alcool a fait tous les frais du délire. L'alcool n'a pas provoqué ses effets habituels, il a agi d'une façon lente. L'ingestion d'une dose quotidienne d'alcool avait fini par créer une prédisposition accrue par l'hérédité.

Cet homme a déliré à la manière des persécutés. Or, ces accès durent deux ou trois mois et disparaissent ; les malades de ce genre guérissent, quand ils renoncent complètement aux boissons fortes.

En remontant ainsi, dans ces trois cas, à la nature de la maladie, nous avons fait œuvre de clinicien. Nous avons pu dire que le premier malade était incurable et que les accidents iraient toujours en augmentant ; nous avons pu déclarer que l'accès de délire du second malade devait guérir, mais que d'autres accès devaient fatalement revenir ; enfin nous sommes autorisé à annoncer la guérison du troisième individu, s'il veut bien se soustraire à l'influence pernicieuse de l'alcool.

SUR LA NON-EXISTENCE

D'UNE TENDANCE AU VIDE DANS LA PLÈVRE, A L'ÉTAT NORMAL.

Par le docteur B. CHALMET (de Landerneau).

Les auteurs qui ont décrit la mécanique de la respiration admettent, sous le nom d'aspiration thoracique continue, une tendance au vide pleural produite par l'élasticité pulmonaire. Je voudrais démontrer que l'élasticité pulmonaire ne joue pas le rôle qu'on lui attribue, et qu'à l'état normal il n'y a, dans la plèvre, ni tendance au vide, ni tension distincte de la tension intra-thoracique. Aux médecins que la question pourrait intéresser, je soumets les réflexions suivantes sur ce point de physiologie.

Pour qu'une aspiration soit produite, il faut : 1° un espace creux ou susceptible de l'être ; 2° une force ou un moyen quelconque qui diminue la pression dans cet espace ; 3° si l'aspiration doit avoir tous ses effets, une ou plusieurs forces voisines disposées à profiter de leur supériorité, c'est-à-dire dirigées vers l'espace où la pression a été diminuée. Exemples :

Dans l'aspiration par une pompe aspirante : 1° le corps de pompe ; 2° la force qui soulève le piston ; 3° la pression atmosphérique qui, devenant prédominante à l'extérieur, pousse le liquide dans le corps de pompe.

Dans l'aspiration par une ventouse : 1° l'intérieur du verre ; 2° le papier enflammé qui échauffe l'air dont la pression diminue par le refroidissement ; 3° la pression atmosphérique qui, devenant prédominante à l'extérieur du verre, le maintient appliqué contre la peau, et la pression intra-vasculaire qui, augmentée relativement à cause de la diminution de la pression à l'intérieur du verre, détermine un afflux plus considérable de sang dans les capillaires de la surface ventousée.

Dans l'inspiration : 1° le poumon ; 2° les muscles inspirateurs ; 3° la pression atmosphérique qui, devenant prédominante à l'extérieur, pousse l'air dans les voies aériennes.

Comment ces trois conditions sont-elles réalisées pour la plèvre ?

1° L'interstice pleural n'est jamais normalement un espace creux ou susceptible de l'être (1), puisque les pressions atmosphériques externe et interne, exercées en sens inverse autour de l'un et de l'autre feuillet, les maintiennent toujours accolés ;

2° La force qui diminue la pression dans la plèvre est, dit-on, l'élasticité pulmonaire. C'est par la tendance constante du poumon à se rétracter qu'on explique la tendance au vide pleural. Mais, pour qu'il y eût, de ce fait, une tendance au vide dans la plèvre, l'élasticité pulmonaire devrait tendre à en séparer les feuillets en s'exerçant isolément d'abord sur le feuillet viscéral ; elle devrait être, par conséquent, supérieure à la pression atmosphérique interne. Or, comme le poumon est toujours plus ou moins dilaté par l'air, même et surtout quand la rétractilité pulmonaire est à son maximum dans une inspiration forcée, il faut conclure que son élasticité est toujours inférieure à la pression atmosphérique interne, et que, par suite, la résultante de ces deux forces, agissant suivant des directions contraires, agit dans le sens de la plus grande, de dedans en dehors. L'élasticité pulmonaire ne peut donc s'exercer isolément sur le feuillet viscéral et produire une aspiration.

3° Le pourrait-elle, en étant supérieure à la pression de l'air intra-pulmonaire, elle ne tendrait pas à faire, elle ferait le vide dans la plèvre. Car la tendance au vide, produite par la rétraction du poumon, n'aurait pas la singulière propriété d'empêcher cette rétraction, c'est-à-dire de

(1) Même chez le fœtus dont les côtes, violemment abaissées, sont appliquées sur le poumon par la pression intra-utérine (Hermann et Keller). — Marc SÉE. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. POUMONS, p. 151.

supprimer sa cause, et d'exister quand même. Le feuillet viscéral serait donc attiré en dedans par l'élasticité pulmonaire et l'air serait chassé de l'intérieur du thorax. La pression atmosphérique externe agirait alors très énergiquement sur le feuillet pariétal, mais, en déformant les côtes en dedans, elle mettrait en jeu leur élasticité de dedans en dehors, qui ne permettrait pas à la paroi de suivre longtemps le poumon. Les muscles inspirateurs d'une part, la rétractilité pulmonaire de l'autre, exerceraient par conséquent isolément leur action sur les feuillets pariétal et viscéral et feraient de la plèvre une cavité où existerait le vide absolu. A l'expiration, la paroi thoracique effectuerait seule son mouvement de retrait, violemment comprimée par la pression atmosphérique exercée sans contrepoids à l'intérieur. (Je ne parle pas des muscles expirateurs dont le rôle serait bien réduit.)

En résumé, dans la respiration normale : 1° l'interstice pleural n'est pas un espace où la pression puisse être diminuée ; 2° l'élasticité pulmonaire n'est pas une force capable d'avoir cette action ; 3° aurait-elle ce rôle, qu'une seule des forces voisines, la pression atmosphérique externe, pourrait rapprocher le feuillet pariétal du feuillet viscéral attiré en dedans : les muscles inspirateurs et l'élasticité costale les éloigneraient l'un de l'autre. Donc, trois raisons, dont l'une suffirait pour démontrer la non-existence d'une tendance au vide produisant l'accolement des lames pleurales, et c'est bien heureux, car elle causerait leur séparation.

Malgré toutes ces impossibilités, on enseigne cependant que l'élasticité du poumon, *dilaté par l'air*, tend à faire le vide pleural (donc s'exerce d'abord sur le feuillet viscéral), mais qu'en tendant à se rétracter, le poumon ne se rétracte pas (il est donc attiré en dehors par la tendance au vide pleural qu'il produit en tendant à se retirer en dedans), puis, toujours par le vide pleural, il exerce une traction sur les côtes ; que, dès lors, le poumon attire les côtes en dedans, les côtes attirent le poumon en dehors, il y a lutte entre ces deux forces et une position normale qui résulte de leur équilibre.

Ainsi, voilà une élasticité assez forte pour attirer d'abord le feuillet viscéral de la plèvre et, par la tendance au vide, exercer une traction permanente sur les parois du thorax, une élasticité qui devra être par suite l'agent principal de l'expiration et dominer toutes les élasticités voisines. On pourrait ajouter qu'elle triomphera d'elle-même puisque, au commencement de l'expiration, où on admettra au moins que l'élasticité costale est dirigée de dehors en dedans, elle n'aura à lutter que contre elle-même, au moyen du vide pleural qu'elle détermine. Comment pourra-t-elle jouer ce rôle important et paradoxal sans avoir vaincu le premier obstacle qui lui est opposé : la pression de l'air intra-pulmonaire ? Et, si cette pression lui est inférieure, comment le poumon pourra-t-il être dilaté et conserver une certaine élasticité en ne se rétractant pas complètement ?

On a dit qu'en l'absence d'adhérences, il paraît difficile de comprendre le mécanisme de la respiration, si l'on n'admet pas le vide pleural. Je croirais plus juste de renverser les termes et de penser, au contraire, qu'avec une rétractilité pulmonaire capable d'exercer une tendance au vide pleural, nous n'aurions pu respirer sans adhérences. La première inspiration du nouveau-né n'eût produit que le décollement des côtes d'avec le poumon ; car, dès que l'entrée de l'air eût mis en jeu la puissante élasticité du poumon, il se serait immédiatement rétracté. Pour vaincre une force aussi grande et assurer la dilatation inspiratoire du poumon, il eût fallu, entre l'organe et les parois thoraciques, une adhérence complète et solide. Alors, nous aurions été doués de muscles inspirateurs très énergiques ; l'élasticité pulmonaire reprenant ses droits à l'expiration, nous aurions à peine eu besoin de muscles expirateurs, et notre élasticité costale, après avoir dépassé en dedans une forme primitive qui n'eût existé que virtuellement, se serait toujours exercée, à la fin des expirations, de dedans en dehors, pour lutter contre l'élasticité pulmonaire.

Plusieurs auteurs admettent quelques-unes de ces déductions, par exemple : l'expiration due principalement à l'élasticité pulmonaire et l'élasticité costale exercée de dedans en dehors à la fin des expirations ordinaires (ce qui suppose une déformation en dedans de la paroi). Ils y sont logiquement conduits par le rôle qu'ils attribuent à la rétractilité pulmonaire ; mais le raisonnement démontre que leur point de départ est faux, et les expériences de physiologistes éminents qu'ils décrivent, à l'appui de leur opinion, peuvent être, à mon avis, interprétées d'une façon différente.

Quand, après avoir adapté à la trachée d'un animal mort un manomètre à eau ou à mercure solidement fixé par une ligature (1), on ouvre les cavités pleurales, le niveau du liquide est détruit dans le manomètre et la colonne d'eau ou de mercure s'élève, du côté qui n'est pas en communication directe avec la trachée, de plusieurs centimètres (d'eau) ou millimètres (de mercure). Le chiffre obtenu représente l'augmentation de pression de l'air comprimé par l'élasticité pulmonaire dans l'espace qui existe entre le poumon rétracté et le liquide du manomètre. Soit n ce chiffre. La pression atmosphérique à l'intérieur du poumon $+ n$ est alors égale à la pression atmosphérique à l'extérieur du poumon dans la plèvre ouverte + la rétractilité pulmonaire qui agit dans le même sens. En supprimant la pression atmosphérique dans les deux termes de l'équation, n est égal à la rétractilité pulmonaire. Par conséquent, on mesure à la fois la rétractilité pulmonaire et l'augmentation de pression de l'air intra-pulmonaire. Mais on obtient ici un nombre absolu de millimètres de mercure [6 à 50 (Donders)], et non un nombre de millimètres au-dessus ou au-dessous de la pression atmosphérique, comme lorsqu'on mesure les pressions de l'air intra-thoracique à l'inspiration et à l'expiration. Donc l'élasticité pulmonaire est toujours bien inférieure à la pression atmosphérique interne et on ne peut, pour prouver une tendance au vide pleural, additionner, ce qu'on a fait, des millimètres qui ne représentent qu'une inégalité entre les pressions atmosphériques interne et externe, et les millimètres qui représentent, d'une façon absolue, la force de la rétractilité pulmonaire.

M. d'Arsonval (2), enfonçant obliquement dans la plèvre droite d'un animal vivant un gros trocart à robinet mis en communication avec un manomètre à eau, le robinet ouvert, a noté, dans la branche communiquant avec le trocart, une élévation de l'eau à l'inspiration, une moindre élévation à l'expiration, et seulement une pression positive (abaissement de la colonne), avec l'expiration brusque ou

(1) Carlet. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Respiration (expérience de Corson), p. 604. — Marc Sée. Loc. cit. (expériences de Donders), p. 149-150.

(2) M. Sée. Loc. cit., p. 150.

l'effort. Mais la tendance au vide pleural, qu'il a ainsi mesurée, est produite artificiellement : la présence du gros trocart annule la pression atmosphérique interne dans les points du poumon avec lesquels il se trouve en contact, et permet, en ces points, à la rétractilité pulmonaire de s'exercer isolément sur le feuillet viscéral, au lieu d'agir comme normalement sur les deux feuillets accolés. On comprend que l'air du trocart tende à occuper un espace plus grand, puisque le poumon, partiellement rétracté pour loger le trocart, tend encore à se rétracter, que cet espace soit plus grand à l'inspiration qu'à l'expiration, puisqu'à l'inspiration les muscles inspirateurs et la rétractilité pulmonaire s'exercent, dans la région du trocart, isolément sur chaque feuillet, et que l'air du trocart ne puisse être comprimé (avoir une pression positive) que par une action énergique des muscles expirateurs produisant, avec le retrait violent du thorax, l'augmentation considérable de la pression atmosphérique interne et engageant au moins, s'il n'est pas déchiré, le poumon dans le trocart.

On cite aussi une expérience de Paul Bert (1), pour démontrer que l'élasticité pulmonaire est l'agent principal de l'expiration et lutte ordinairement contre l'élasticité costale. Il s'agit d'un chien auquel on vient de poinçonner le bulbe. Sa trachée est mise en communication avec un tambour à levier ; contre les côtes postérieures est placé un tambour explorateur relié à un tambour enregistreur par un tube en caoutchouc. On ouvre le thorax avec précaution. Aussitôt les deux leviers entrent en mouvement, chacun traçant ses indications sur un cylindre tournant. Au moment où l'air s'échappe, il y a projection en dehors des côtes postérieures. Cette expérience prouve que le thorax d'un animal récemment tué est en expiration forcée, ce qu'il était facile de prévoir. Sur le cadavre, en effet, alors qu'il n'y a plus de mouvements respiratoires et, par suite, de tensions variables de l'air intérieur dues aux alternatives de dilatation et de rétrécissement de l'espace qu'il occupe, les pressions atmosphériques interne et externe se contre-balancent, tout en maintenant l'accolement de la plèvre, et la rétractilité pulmonaire, sans produire une tendance au vide pleural, attire les côtes en dedans jusqu'à ce que leur élasticité exercée de dedans en dehors lui fasse équilibre. Mais il n'en est pas de même pendant la vie. Dans les conditions ordinaires de la respiration, une nouvelle inspiration a lieu quand l'élasticité costale est satisfaite et que les côtes ont repris leur forme primitive. L'élasticité costale et la rétractilité pulmonaire sont donc dirigées dans le même sens à l'inspiration et à l'expiration. Dans l'expiration forcée, ce sont les muscles expirateurs qui déforment les côtes en dedans. En même temps, la pression de l'air intérieur est bien augmentée, puisqu'il ne peut sortir rapidement à cause de l'étroitesse de la glotte. Les forces opposées sont, d'une part, les muscles expirateurs et la rétractilité pulmonaire, d'autre part, l'élasticité costale exercée de dedans en dehors et l'augmentation de la pression atmosphérique interne. Le rôle de la rétractilité pulmonaire dans l'expiration est donc secondaire et moins important qu'on ne le croit généralement.

Quant à son action sur la plèvre, je me demande pourquoi on tient tant à expliquer l'accolement par une tendance au décollement, qui produirait d'ailleurs la séparation des feuillets, quand il est si simple de voir ce qui existe.

(1) Carlet. Loc. cit., p. 611.

On a comparé, avec raison, les deux feuillets de la plèvre (qui sont légèrement humides à cause d'une sécrétion très peu abondante exhalée par ses vaisseaux) à deux plaques de verre mouillées et superposées. Ces deux plaques, difficiles à séparer quand on tire sur chacune d'elles directement en sens contraire, sont unies par la pression atmosphérique exercée sur les faces externes de chaque plaque. Pour la plèvre, c'est absolument la même chose : son intérieur étant soustrait à l'influence de la pression atmosphérique, les pressions atmosphériques externe et interne s'exercent autour d'elle, en sens inverse l'une de l'autre, sur chaque feuillet, et maintiennent la solidarité du poumon et de la paroi, *ayant toujours l'une et l'autre leur valeur absolue pour l'accolement pleural, mais n'agissant, dans les mouvements respiratoires, que par leur différence, toujours en sens inverse de ces mouvements.*

Du moment que des forces aussi considérables que les pressions atmosphériques externe et interne assurent l'accolement pleural, on ne peut plus considérer que par une vue de l'esprit l'action isolée sur l'un des feuillets de la plèvre des forces mises en jeu par la respiration. La rétractilité pulmonaire, aussi bien que les muscles et l'élasticité costo-abdominale, s'exerce à la fois sur les deux feuillets accolés, c'est-à-dire agit en même temps sur le contenant et le contenu trop solidement unis pour qu'ils aient à craindre la tendance purement platonique d'une force bien inférieure. La tendance de la rétractilité pulmonaire n'agit donc que sur les déplacements (non sur la production) de l'accolement pleural et en même temps que les autres forces. A l'inspiration, les muscles inspirateurs doivent lutter seuls contre la différence des pressions atmosphériques externe et interne, l'élasticité costo-abdominale, la rétractilité pulmonaire, toutes forces dirigées de dehors en dedans, qui augmentent en raison de l'énergie de l'inspiration et qui commenceront le mouvement de retrait dès que cessera l'action musculaire. A l'expiration, les muscles expirateurs, l'élasticité costo-abdominale, la rétractilité pulmonaire, toutes forces dirigées de dehors en dedans, n'ont qu'une seule résistance : la différence des pressions atmosphériques interne et externe qui change alors de sens, parce que l'étroitesse de la glotte empêche la sortie rapide de l'air refoulé comme elle s'oppose à l'entrée rapide de l'air aspiré. La limite de l'expiration est le retour à la forme primitive des côtes suivi d'une nouvelle inspiration. Si les muscles expirateurs interviennent énergiquement (expiration forcée), les côtes sont déformées en dedans, exercent leur élasticité de dedans en dehors et cette action s'ajoute à la différence (devenue plus grande) des pressions atmosphériques interne et externe, pour limiter le mouvement de retrait du thorax. Après une pareille expiration, l'inspiration se fait brusquement d'abord par élasticité, il n'y a plus ce repos qui semble exister pour l'oreille à la fin de l'expiration, et la période respiratoire paraît commencer à l'expiration. On peut expliquer ainsi le rythme de la respiration expiratrice qui a pour but de faire sortir et entrer plus d'air dans la poitrine [signe ordinaire de pneumonie chez l'enfant (Bouchut), signe que j'ai rencontré aussi dans quelques cas de dyspnée intense avec lutte, à un âge plus avancé].

Quand on ne croit pas à la tendance au vide pleural, on trouve inutile, la plèvre ne servant qu'à la transmission des forces exercées autour d'elle, de rechercher, expérimentalement ou par le calcul, une tension intra-pleurale distincte

de la tension intra-pulmonaire dans les conditions normales de la respiration. La tension de l'air intra-thoracique dépend de la façon dont nous respirons, de l'intensité des actes musculaires qui mettent en jeu les autres forces, y compris la rétractilité pulmonaire, et règlent en même temps leur degré. Dans les expériences de Hutchinson, Mendelssohn, Donders, au moyen d'un manomètre mis en communication avec un orifice nasal, l'autre étant fermé (1), l'indication manométrique est plus ou moins négative à l'inspiration, plus ou moins positive à l'expiration. On n'a pas à la corriger pour obtenir une tension intra-pleurale moyenne de moins de 7 millimètres. On n'a pas avantage à mesurer la tension anomale produite dans une région limitée de la plèvre, en y enfonçant un gros trocart. Comment pourrait-on, d'ailleurs, comprendre, au moment du retrait expiratoire, une tendance au vide quelque part dans le thorax? Hormis les cas d'expiration forcée, l'élasticité costale est dirigée dans le même sens que la rétractilité pulmonaire, et s'exerce de dehors en dedans sur l'accolement pleural; elle n'a jamais été, cependant, considérée comme une force d'aspiration. On a réservé ce rôle d'aspiration continue, tendant à faire le vide dans la plèvre, à la rétractilité pulmonaire : 1° parce qu'on a comparé sa force absolue à l'inégalité des pressions atmosphériques externe et interne, ce qui ne peut se faire que dans les mouvements respiratoires où il faut aussi tenir compte des autres forces et non pour expliquer l'accolement pleural; 2° parce qu'on n'a pas réfléchi que, d'une part, elle ne pouvait tendre à séparer les deux feuillets de la plèvre sans les décoller, et que, d'autre part, étant toujours très inférieure à la pression atmosphérique interne, elle ne pouvait agir que sur l'accolement pleural maintenu par des forces supérieures et non isolément sur le feuillet viscéral.

Une dernière réflexion au sujet de l'influence que les mots ont toujours sur les idées. Si on n'avait jamais appliqué aux plèvres que les termes strictement exacts d'accolement et d'interstice, il est probable qu'on n'aurait jamais entendu parler d'une tendance normale au vide dans leur intérieur. Qu'on dise cavité virtuelle au lieu d'accolement (ce qui est, cependant, la même chose), l'expression de cavité suggère la comparaison même inconsciente avec une cavité vide où il y a une aspiration, et conduit à une interprétation qui me paraît erronée dans la mécanique de la respiration.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

Les indications formelles de la suggestion hypnotique en psychiatrie et en neuropathologie.

Par M. Bérillon (de Paris).

Depuis quelques années, un assez grand nombre de médecins se sont efforcés d'élargir le champ des applications de la suggestion comme moyen thérapeutique. Mais c'est surtout dans les affections du système nerveux que la suggestion a donné des résultats positifs.

Les relevés des observations de M. le docteur Bérillon lui donnent, pour l'année 1889 et pour le premier semestre de 1890 (dix-huit mois), un total de 360 malades qui n'ont pas reçu d'autre traitement que la suggestion faite dans l'état d'hypnotisme.

Ces malades peuvent être divisés en trois classes : femmes, 265; hommes, 50; enfants, 45.

Pour la clarté de son exposé, il a divisé en cinq groupes les affections dans lesquelles il a appliqué la suggestion.

I. Névroses. — *Hystérie.* — Sur le total des 360 malades, 155, plus du tiers, étaient atteints d'hystérie. M. le docteur Bérillon a traité par la suggestion les formes les plus diverses et les symptômes les plus variés de cette affection. Le succès durable de ce moyen thérapeutique a été la règle; l'insuccès, l'exception. Les insuccès ont tenu à des conditions d'hygiène et de milieu indépendantes de l'intervention médicale.

De sa pratique, M. le docteur Bérillon arrive à conclure que l'emploi de la suggestion hypnotique est nettement indiqué :

1. Contre les attaques convulsives de la grande hystérie et contre les symptômes qui peuvent persister à la suite de ces attaques : paralysie, contractures, spasmes, tremblements, anesthésies, hyperesthésies, amaurose, etc.

2. Dans les cas d'hystérie monosymptomatique : monoplégie, mutisme hystérique, aphonie, hoquet, vomissement, toux, dyspnée, blépharospasme, dyschromatopsie, chorée rythmée, tics, etc.

3. Contre les manifestations de l'hystérie vulgaire : insomnie, anorexie, dyspepsie, constipation, troubles viscéraux et menstruels, névralgies, etc.

4. Contre les troubles mentaux de nature hystérique : perversion des sentiments, idées fixes, impulsions irrésistibles, hallucinations, mélancolie, agitation maniaque, etc.

Chorée. — Dans le traitement de la chorée, la suggestion ne détermine pas une amélioration ou une guérison aussi rapide que dans l'hystérie. Pour arriver à la guérison, quatre à huit séances sont souvent nécessaires. De plus, la pratique apprend que, pour faire disparaître les mouvements choréiques, il est utile de faire exécuter au malade, pendant l'hypnose, des mouvements de gymnastique réguliers.

Paralysie agitante. — Les malades observés étaient déjà arrivés à une période assez avancée. Cependant, il a été permis d'arrêter les mouvements pendant la durée du sommeil provoqué et de procurer ainsi aux malades un repos salutaire.

Épilepsie. — Chez vingt épileptiques traités par la suggestion, il n'a enregistré que quatre résultats très favorables. Chez ces quatre malades, les résultats obtenus ont été durables; ils remontent déjà à plus d'une année.

Chez six autres, il a obtenu une diminution passagère des attaques, des tremblements, des vertiges, une amélioration notable de la mémoire et de l'état mental, la disparition de l'incontinence d'urine. Il pense que le traitement par suggestion, appliqué avec beaucoup de persévérance, pourra toujours améliorer l'état général du malade atteint d'épilepsie essentielle.

Asphyxie locale. — Il est possible d'amener rapidement une élévation notable de température de la main chez des malades qui présentaient de la cyanose des extrémités.

Somnambulisme nocturne. — Dans trois cas où l'application de la suggestion a été tentée comme moyen de traitement, la guérison définitive a été obtenue en une, trois et quatre séances.

(1) Carlet. Loc. cit., p. 625.

II. Affections organiques du système nerveux. — Comme on l'a dit fort justement, les malades atteints d'affections chroniques du système nerveux peuvent être déjà dans un état de guérison anatomique, sans être guéris physiologiquement.

C'est ainsi que M. le docteur Bérillon a pu noter des cas déjà assez nombreux d'hémiplégies, de paraplégies anciennes, de myélites chroniques améliorées à la suite de quelques séances de suggestion.

Il a obtenu la disparition ou l'atténuation de quelques-uns des symptômes les plus pénibles de l'ataxie locomotrice. Chez trois de ses malades, il a fait disparaître l'insomnie et les douleurs fulgurantes. Il a pu, de même, obtenir chez l'un une amélioration notable de la vision.

Il s'est convaincu que le traitement par la suspension agissait en grande partie, sinon en totalité, par effet suggestif.

III. Neurasthénie; Troubles névropathiques. — La neurasthénie a été, dans un grand nombre de cas, justiciable de la suggestion hypnotique.

Chez quelques neurasthéniques, la suggestion s'est montrée impuissante à triompher de leurs idées hypochondriaques. Néanmoins, il a recueilli dix observations très concluantes de neurasthénies graves, non seulement améliorées, mais promptement guéries par la suggestion.

Quant aux douleurs névralgiques guéries par suggestion, leur nombre est considérable. Parmi les névralgies dans le traitement desquelles l'efficacité de la suggestion a été le plus manifeste, il cite : la migraine, les névralgies dentaires, la névralgie sciatique, les douleurs du rhumatisme chronique et surtout la gastralgie.

IV. Maladies mentales. — On a prétendu, à tort, que la suggestion ne pouvait avoir d'action que contre les troubles mentaux qui relevaient de l'hystérie.

Chez quatre malades atteints de lypémanie anxieuse, M. le docteur Bérillon a obtenu une guérison rapide et complète par la suggestion. Chez une malade atteinte de sitiophobie et qui avait refusé tout aliment liquide ou solide depuis vingt-trois jours, il a suffi d'une seule suggestion pour la déterminer à manger. Chez un malade de quarante-cinq ans, atteint de mélancolie anxieuse depuis dix ans, la guérison fut obtenue en deux séances.

Des résultats aussi favorables n'ont pas été obtenus dans le traitement de la manie aiguë. Le traitement n'a, d'ailleurs, été appliqué qu'à trois malades.

Par contre, il a eu l'occasion d'appliquer le traitement par la suggestion à un grand nombre de malades atteints de délire partiel et d'obsessions. Parmi les cas où un résultat favorable a été obtenu, il cite 3 cas de dipsomanie, 5 cas de morphinomanie, 11 cas d'obsessions (agoraphobie, folie du doute, obsessions affectives, obsessions génitales, obsessions homicides, obsessions suicides), 1 cas d'inversion sexuelle.

V. Maladies nerveuses des enfants. — Les principales manifestations névropathiques des enfants, dans lesquelles la suggestion a été employée avec un succès complet, sont les suivantes : incontinence nocturne d'urine (22 cas), incontinence nocturne et diurne des matières fécales (2 cas), blépharospasme (2 cas), chorée (12 cas), onanisme irrésistible (4 cas), bégaiement (3 cas).

La suggestion a été, en outre, appliquée avec un succès égal contre un grand nombre de troubles d'ordre moins pathologique (terreurs nocturnes, troubles du caractère, instincts et habitudes vicieuses). Sauf de rares exceptions, la guérison a été durable.

L'antipyrèse chez l'enfant.

Par M. Ashby (de Manchester).

Les causes de la fièvre, chez l'enfant, sont très variées. Il faut en distinguer trois espèces : 1° les fièvres spécifiques; 2° celles provoquées par une inflammation locale; 3° celles déterminées par une irritation réflexe du centre thermique. Cette dernière survient surtout au cours d'une irritation gastrique ou intestinale.

Dans la fièvre qui accompagne la pneumonie et la broncho-pneumonie, l'auteur recommande les applications de glace sur la tête et la poitrine, et, lorsque celles-ci échouent, des bains froids de 12 à 20 degrés Réaumur. Dans les fièvres spécifiques, telles que la scarlatine, l'antifébrine, la phénacétine et les bains froids déterminent une trop grande dépression. Il préfère, dans ces cas, la quinine et des compresses froides. Lorsque, malgré l'élévation de la fièvre, les symptômes locaux ne sont pas graves, on peut avoir recours à l'antifébrine et à la phénacétine. Ces antipyrétiques sont également indiqués dans la fièvre typhoïde.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 août 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Linossier (de Lille), qui se porte candidat au titre de correspondant national;

2° Des plis cachetés de MM. Autran (de Bourg-la-Reine) et Henri Barré.

COMMUNICATION

Pyo-pneumothorax interlobaire d'origine traumatique. — **M. HACHE** communique l'observation d'un jeune homme de vingt ans qui, après avoir reçu un coup de couteau dans la région dorsale, présenta une forte dyspnée suivie d'accès de fièvre quotidiens. En même temps, la plaie devint un trajet fistuleux étroit, qui donna issue d'abord à de la sérosité, puis à du pus extrêmement fétide, s'écoulant en jet dans les efforts de toux.

La percussion et l'auscultation donnèrent tous les signes d'un pyo-pneumothorax interlobaire sans communication avec les bronches.

On lava la cavité avec une solution de bi-iodure de mercure au millième; on introduisit dans la fistule une tige de laminaire, puis, au bout de quelques jours, un double drain de caoutchouc, par lequel on fit des lavages au bi-iodure.

Le drain fut enlevé après une quinzaine de jours, et le malade était guéri.

L'oblitération de la poche se fit par le simple développement du poumon.

Cette observation tend à démontrer l'importance du drainage et de la suppression rapide des lavages dans le traitement des foyers intrapleuraux.

On peut en tirer les conclusions suivantes :

Les résections costales multiples ne sont indiquées que quand les côtes sont absolument en contact.

Dans tous les autres cas, la guérison devra d'abord être cherchée par l'évacuation absolue et permanente du foyer, qui favorise à la fois la rétraction costale et l'expansion pulmonaire.

La séance est levée à trois heures et demie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le directeur de l'Enregistrement, questionné par l'Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure, a donné sa réponse au point de vue des certificats soumis au timbre. — Voici la liste qu'il a communiquée :

CERTIFICATS SOUMIS AU TIMBRE

1° Certificats aux nourrices pour obtenir un nourrisson (ne paraît exempt que s'il est délivré aux nourrices destinées aux enfants assistés). [Rép. gén., 3578.]

2° Certificats pour aliénés (à moins qu'il ne soit purement administratif et destiné à ne servir que dans l'intérieur de l'asile).

3° Certificats de santé pour les compagnies d'assurances sur la vie.

4° Certificats de maladie ou d'infirmités pour la revision.

5° Certificats de maladie dans les cas d'impossibilité à se présenter au tirage au sort ou au conseil de revision.

6° Certificats pour prolongation de congé de convalescence (civil ou militaire).

7° Certificats pour militaires ou ecclésiastiques pour obtenir une saison d'eaux thermales.

8° Certificats pour obtenir une retraite.

9° Certificats pour admission dans les écoles ou administrations.

10° Certificats pour indemnités des administrations ou sociétés pour traitement médical (sauf le cas de certificat d'indigence).

11° Certificats de maladies pour dispense d'arbitrage, de juré, de témoignage.

12° Certificats pour veuves d'employés à l'effet.

CERTIFICATS EXEMPTS DU TIMBRE

1° Certificats de vaccine.

2° Certificats de vaccine ou de décès.

3° Certificats délivrés par les médecins délégués et assermentés. (Art. 200.)

4° Certificats pour gens de guerre pendant la durée de leur service.

5° Certificats ou rapports médicaux pour coups, blessures ou meurtre, sur réquisition du maire, juge de paix, juge, procureur, commissaire, etc. (Décis. min. du 10 mai 1874.)

6° Certificats pour constater un décès de personne trouvée sur la voie publique, meurtre, accident, suicide, sur réquisition de l'autorité.

7° Certificats pour admission dans les hôpitaux ou hospices de vieillesse.

8° Certificats d'infirmités pour secours du département en cas d'indigence.

9° Certificats constatant la maladie de membres de sociétés de secours mutuels. (Décis. du 29 janvier 1874. — Rép. fr. 4988.)

10° Certificats pour justifier l'absence des enfants malades à l'école. (Décis. min. du 23 janvier 1883. — 22165 I. E.)

11° Certificats délivrés aux nourrices conformément à la loi du 22 décembre 1874 (protection des enfants du premier âge) et au règlement d'administration publique du 27 février 1877 pour constater les aptitudes physiques des nourrices. (Décis. min. du 9 mai 1885. — Rép. per. n° 6969.)

12° Certificats constatant la vaccination des enfants des écoles primaires. (Décis. min. du 23 avril 1889. — Rép. 7240.)

— Par décret, en date du 22 août 1890, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de première classe retraités Mourlon et Molinier.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Boutonnier, médecin principal de deuxième classe, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Lacassagne, médecin-major de première classe, retraité.

— Par décision ministérielle, en date du 22 août 1890, M. Marestaing, médecin-major de première classe, a été désigné pour occuper l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Maubeuge.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 99. — SAMEDI 30 AOUT 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 30 AOUT 1890. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Œdème aigu de la peau.

Par M. Maurice COURTOIS-SUFFIT, interne des hôpitaux.

Il est, au milieu des affections de la peau, tout un groupe de manifestations morbides, brusques dans leur apparition, éphémères dans leur durée, consistant en des œdèmes disséminés, épars, en apparence sans ordre, à la surface du tégument externe. Ils sont signalés, comme au hasard, au cours de la description des maladies les plus diverses, et la plupart passent inaperçus, égarés qu'ils sont entre des symptômes d'une valeur plus considérable.

En ces dernières années, des auteurs sont venus, qui ont tenté de réunir, dans un cadre unique, un certain nombre de ces lésions spéciales, et c'est à une forme particulière d'œdème cutané qu'ils ont donné le nom d'*œdème aigu circonscrit de la peau*. Et ainsi est née une entité morbide tout à fait particulière que l'on a cherché à rendre aussi distincte par la réunion de ses symptômes objectifs que par son étiologie, que par sa marche.

Il est infiniment probable cependant, que tous les cas de ce genre étaient autrefois englobés dans la description de l'urticaire et diagnostiqués comme une forme anomale de cette affection, et à tout bien examiner, depuis que les observations d'œdème aigu se multiplient, il semble que les points de contact avec l'urticaire deviennent de plus en plus nombreux, et des nuances tellement fragiles les séparent actuellement, qu'il paraît bien difficile d'établir entre les deux affections une distinction tranchée.

A la fin du mois de novembre 1889, nous avons eu l'occasion de publier une observation d'œdème aigu, recueillie dans le service de notre maître, M. le docteur Hallopeau, à l'hôpital Saint-Louis. Nous donnions, en même temps, un aperçu très rapide des principaux ouvrages publiés sur cette question. Cette année même, dans les numéros de février, du *Berliner Klinische Wochenschrift*, le docteur Max Joseph (de Berlin) vient d'étudier trois nouvelles observations d'œdème aigu circonscrit. Cet auteur résume les principales théories émises successivement sur l'apparition des œdèmes de la peau et cherche à en tirer une conclusion pouvant se rapporter au [illegible] récis qui nous occupent.

Les observations qu'il rapporte, so[illegible] cas, grosses d'intérêt, car les conditions au milieu [illegible]s est apparu l'œdème, permettront de rendre plus nets quelques symptômes encore peu connus.

Nous nous proposons d'étudier d'abord, d'une façon complète, ce que l'on sait de l'œdème aigu circonscrit, en tant que maladie spéciale.

Nous rapprocherons ensuite ses grands caractères cliniques de ceux de l'urticaire, et nous verrons s'il est logique de séparer ces deux affections.

Puis, en un court tableau, nous examinerons certaines autres manifestations cutanées, qui existent éparses, décrites sous différents noms, mais qu'il nous paraît possible de rapprocher des précédentes et peut-être de relier à elles par quelques-uns de leurs principaux symptômes.

I

DÉFINITION. — L'œdème aigu circonscrit de la peau consiste en l'apparition de tuméfactions limitées de la peau et de quelques muqueuses. Tuméfactions mobiles dans leur allure, transitoires dans leur durée, essentiellement récidivantes, indolores souvent, aprurigineuses presque toujours, chaque nouvelle poussée d'œdème se faisant, soit dans le point primitivement atteint, soit en toute autre place de la surface cutanée.

Ces manifestations sont comme le fond même de la maladie. Elles en constituent la véritable physionomie. Tout, dans les phénomènes concomitants, est essentiellement variable, et des observations actuellement connues, c'est à peine si l'on peut tirer quelque loi fixe pour l'exposé des conditions étiologiques et des phénomènes généraux.

HISTORIQUE. — L'histoire de l'œdème aigu de la peau est de date absolument récente. C'est Quincke, qui, le premier, a pensé à en faire une entité morbide spéciale, et lui a donné le nom qu'elle porte actuellement (1882).

Quelques faits semblables, cependant, paraissaient connus depuis longtemps, mais étaient isolés dans la science et Dinkelacker, élève de Quincke, qui, dans un mémoire, avait tenté de rassembler ces observations éparses, ne les avait pas serrées d'un lien bien solide.

Quincke en fait, au contraire, un exposé clinique presque complet et en donne de suite les grands caractères.

Il note l'apparition brusque de ces surfaces œdémateuses sur la peau, leur survenue possible sur quelques muqueuses. Il constate que la couleur du tégument qui les recouvre est presque normale ou très légèrement teintée en rouge. Il remarque encore que cet œdème est presque toujours indolore et aprurigineux. Puis il décrit les manifestations internes de l'œdème aigu, sa localisation fréquente sur certaines muqueuses, le voile du palais, le pharynx. Dans une observation, il note l'existence d'un épanchement séreux dans une articulation. Il insiste sur le mode particulier de son apparition et dit que les « œdèmes atteignent leur acmé en quelques heures, pour disparaître plus rapidement encore ». Les principales causes sont même indiquées par Quincke, car il montre la possibilité de la transmission héréditaire et toute une série de causes occasionnelles que nous retrouverons souvent signalées, parmi elles : le refroidissement, les efforts.

Comme on peut le voir, Quincke a presque tout décrit dans l'œdème aigu, et certes à sa description peu de choses seraient à reprendre, si toute une série de travaux ultérieurs n'était venue plutôt pour en compliquer l'étude que pour l'éclaircir.

Jamilson, en 1883, donne une observation où il est question d'une femme de soixante ans, qui présentait, en même temps, tous les signes d'une arthrite rhumatismale. L'œdème aigu siégeait sur la peau du visage et était accompagné de céphalalgie et d'un léger mouvement fébrile.

Ce fait est à noter, car nous verrons plus loin que cette coïncidence de l'œdème avec des symptômes généraux et des douleurs rhumatismales sera souvent signalée.

Suivent des observations de Graham (1885), de M. Valentin (1885).

Cette même année (1885) voit paraître un travail plus considérable de Strübing, qui donne à l'œdème aigu circonscrit le nom d'œdème angio-neurotique. Son travail contient le récit de trois cas graves, dans lesquels il s'efforce de mettre en relief deux ordres de symptômes :

1° Coïncidence de l'œdème de la peau et de l'œdème des muqueuses de l'arrière-bouche et du larynx ;

2° Symptômes variés du côté du système digestif.

Ayant noté la fréquence des nausées, des vomissements chez les malades, il croit pouvoir les rapprocher des vomissements périodiques de Leyden, et les mettre sur le compte de l'irritation pathologique du sympathique abdominal.

Il est probable, dit Max Joseph, en analysant le mémoire de Strübing, que « la névrose des organes abdominaux est en connexion directe avec celle qui préside à la naissance des œdèmes cutanés, mais on ignore d'où vient la cause première ».

Il nous faut encore mentionner d'autres symptômes décrits par Strübing, et qui nous paraissent, en l'espèce, avoir une importance extrême. D'abord, des altérations des urines consistant en l'apparition d'une albuminurie légère et en la décroissance de la quantité émise ; puis, la possibilité de phénomènes cérébraux, tels que : douleurs sourdes de la tête, légère obnubilation sensorielle.

Il nous semble, qu'en analysant avec soin ce travail très important, on en tire cette conviction, que tous ces faits semblent, à s'y méprendre, être bien plutôt des observations où un complexus morbide général se complique de manifestations cutanées, qu'une maladie de peau se compliquant de phénomènes gastriques. Nous reviendrons plus loin sur cette hypothèse.

En 1886, un travail très important de M. Rapin, sur l'urticaire massive, permet d'envisager la question sous un aspect tout différent. Cet auteur englobe, dans sa description de l'urticaire massive, un certain nombre de faits, qu'on pourrait facilement en distraire au profit de l'œdème aigu. Bien plus, il décrit des cas où l'œdème aigu et l'urticaire ont paru s'associer.

Ici, c'est l'observation d'une femme de vingt-huit ans, qui présentait à côté de l'urticaire géante, en différents endroits, des plaques d'œdème aigu. Celui-ci avait une fois même atteint la langue en un point de sa surface.

Plus loin, c'est l'observation d'un homme de quarante-huit ans, qui présentait à la fois de l'urticaire géante en différents endroits du corps, puis une urticaire interne avec tuméfaction de la langue. En même temps, il portait, sur le cuir chevelu, des bosses grosses comme des noisettes, semblables, dit-il, à des gommes syphilitiques. L'étude des symptômes concomitants pouvait seule aider au diagnostic.

Il est certain, en effet, que, dans ce cas, les manifestations morbides, que rapporte l'auteur à la fin de son observation, semblent s'écarter par bien des points des faits que nous connaissons, mais cette association morbide lui paraît anomale et il dit :

« Comment définir une affection qui est caractérisée par une enflure circonscrite de la peau, de grandeur variable, indolente même à la pression, *prurigineuse ou non*, de coloration blanchâtre ou rosée, se montrant indifféremment sur tous les points de la surface du corps, tantôt unique, tantôt multiple, disparaissant après une durée de quelques heures, sans avoir notablement impressionné l'état général, très sujette à la récidive qui a lieu souvent pendant des années ? »

M. Rapin admet, en dernière analyse, que le tableau symptomatique appartient à l'*urticaire*.

Et, en effet, la plus grande partie de ses observations sont, à n'en pas douter, des faits semblables à ceux que Milton a signalés en 1876, et qu'on peut facilement rapporter à l'urticaire massive. A côté de ces observations, il en est d'autres qui, bien évidemment, les touchent de très près, mais qui, en ce moment, et considérant encore l'œdème aigu circonscrit comme une maladie tout à fait distincte, doivent certainement lui être rapportées.

Cette séparation entre les deux maladies est d'ailleurs la difficulté de notre étude. Elles se touchent par une parenté si intime, des symptômes si minces servent seulement à les différencier, que, à chaque moment, nous sommes arrêté, nous nous trouvons en face de deux opinions absolument tranchées, et encore est-il fort probable que l'œdème aigu et l'urticaire ont été, tour à tour, pris l'un pour l'autre, et bien souvent décrits un peu au hasard.

Après ce travail important de M. Rapin, de nouvelles observations sont publiées.

En 1886, M. le docteur Salles (1) rapporte un fait qu'il classe sous les noms de « œdème aigu et urticaire arthritiques ».

C'est l'histoire d'un malade, homme vigoureux, dont les manifestations morbides siègent uniquement sur la verge et les bourses. Les tuméfactions se produisent rapidement sans douleur. Elles durent vingt-quatre ou trente-six

(1) Sallès. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1886.

heures, et pendant la période d'état le malade n'éprouve d'autre inconvénient que « celui produit par la gêne d'un scrotum qui atteint quelquefois le volume d'une tête d'enfant et d'une verge qui peut avoir 5 centimètres de diamètre ».

En même temps, le malade est pris une fois d'urticaire confluente, surtout aux avant-bras et à la face interne des cuisses. Cette éruption s'était installée sans tapage ni grande démangeaison.

L'auteur conclut en disant : « C'est un cas de la forme œdémateuse de l'urticaire, sur laquelle M. Besnier a insisté. »

Suivent des travaux de Minich, en 1887, sur la même question, puis des observations de Falcone, la même année. Ce dernier auteur, analysant les symptômes généraux qui peuvent accompagner les manifestations œdémateuses, se fondant sur l'existence parfois certaine d'une période prodromique, à symptômes généraux, tels que : anorexie, fatigue, malaise, douleur de tête, léger mouvement fébrile, croit pouvoir assimiler l'œdème aigu à une maladie infectieuse.

L'année suivante paraît un mémoire de Osler (1888), où l'on trouve notée la disposition héréditaire que nous avons déjà trouvée mentionnée par Quincke.

Osler, en effet, rapporte l'histoire d'une famille qui fut atteinte de cette même affection pendant cinq générations. L'œdème aigu s'accompagnait en plus de troubles gastro-intestinaux : coliques, nausées, vomissements, diarrhée. Enfin, nous trouvons l'observation d'un cas grave où la mort est arrivée par l'œdème de la glotte.

Mais l'auteur fait remarquer que quelques-uns de ses malades présentaient, en même temps, de l'urticaire. Cette fois encore, l'on peut se demander s'il est bien logique d'admettre cette hybridité, cette association de deux maladies si voisines par leurs symptômes objectifs, ou s'il n'est pas plus rationnel de supposer que ce fut toujours l'urticaire qui se présenta, mais d'une façon anomale, en quelques cas ?

En 1888, la distinction est de plus en plus nettement établie entre les deux maladies, par Riehl, dans un mémoire où sont rapportées plusieurs observations :

La première est celle d'un homme qui présenta l'œdème caractéristique, d'abord à la face, sur les deux paupières alternativement, puis sur les lèvres et sur les joues. Ces gonflements persistèrent pendant de longues années, marchant toujours d'une façon erratique, quittant les points les premiers envahis pour se poser en d'autres endroits. Pendant le cours de ces manifestations cutanées, le malade fut pris, une nuit, d'un accès de dyspnée extrêmement violent, rappelant tous les caractères de l'œdème de la glotte. Le mal avait disparu au matin, et jamais il ne fut noté d'autres troubles généraux.

La deuxième observation est presque en tout identique à la précédente, mais cependant il s'y place une notion étiologique plus nette. C'est l'histoire d'un homme de trente-trois ans, qui constate que la première apparition de son œdème aigu coïncide d'une façon évidente avec un refroidissement. C'est d'abord à la joue que le gonflement se fixe, pour la quitter rapidement, et y revenir quelques jours plus tard. Cette observation encore fait mention de symptômes d'œdème glottique s'étant reproduits plusieurs fois. Aucun symptôme général ; urines normales.

En 1888, Loïmann parle d'un cas, où l'œdème aigu existait chez un garçon de six ans, et disparut sous l'influence d'une maladie aiguë. Il revint plus tard sans cause occasionnelle palpable.

La même année, observations d'Elliot, puis de Börner. Ce dernier auteur mentionne la coïncidence chez la femme de l'œdème aigu et des troubles de la menstruation.

En 1889, M. Napier signale l'influence de l'air chaud comme cause certaine des tuméfactions œdémateuses.

En 1889 encore, Küssner, dans un travail intitulé : *Des hydropisies de cause obscure*, cite quelques observations se rapportant à l'œdème aigu de Quincke.

Nous ne retenons de ce travail qu'un fait qui nous paraît d'un gros intérêt, et sur lequel nous attirerons l'attention plus loin. C'est l'histoire d'un malade qui présenta les symptômes bien caractérisés de l'œdème aigu, et chez lequel des *hémorrhagies répétées* survinrent sur différentes muqueuses. Il est fait mention d'hémoptysies, d'hématuries, puis enfin, à la suite d'une petite opération sur les dents, s'installent des hémorrhagies des gencives qui demeurent pendant quelques jours, et affaiblissent singulièrement le patient.

Küssner rapporte ces symptômes, œdème aigu et hémorrhagies, à une cause unique, et y voit un signe de filtration anomale ou système vasculaire.

Nous ne voulons insister en aucune façon, en ce moment, sur les hypothèses que peut faire naître cette observation. Nous ne cherchons qu'à la mentionner d'une façon toute spéciale, pour la retrouver à la fin de cette étude.

A la fin du mois de novembre 1889, nous publions, dans les *Annales de dermatologie*, une courte note sur l'œdème aigu circonscrit. Nous avions pu, en effet, suivre, dans le service de M. Hallopeau, un malade présentant les signes les plus nets de cette affection. C'était un garçon de vingt et un ans, sans antécédents héréditaires d'aucune sorte, qui avait vu survenir, quatre mois avant son entrée à l'hôpital, subitement, un gonflement de la joue droite, puis des tuméfactions œdémateuses semblables en différents points du corps. Nous constatons, en l'examinant à son entrée, une large surface saillante, œdémateuse, d'un rouge clair, s'étendant d'une clavicule à l'autre et descendant jusquà trois travers de doigt au-dessus du mamelon gauche. D'autres plaques semblables existaient, disséminées un peu partout, à la cuisse, sur le pubis, au genou droit. Le lendemain, le prépuce était gonflé jusqu'à saillir, au-dessus du gland, de 2 à 3 centimètres.

Et toujours, l'œdème aigu apparaissait subitement, demeurait à la même place un temps très court, et disparaissait presque tout à coup. Dans tous les cas, l'aspect de la lésion était le même. C'était une surface saillante, tendue, de coloration presque uniformément rosée, se continuant insensiblement avec la peau saine. De dimension inégale, de forme irrégulièrement circulaire, ces œdèmes étaient tout à fait aprurigineux.

Le travail le plus récent sur l'œdème aigu est celui de Max Joseph (février 1890). Tout l'intérêt de ce mémoire réside dans les trois observations qu'on y trouve.

Jusqu'à présent, en effet, c'est presque toujours sur des sujets absolument sains, que la lésion cutanée s'arrête. Nous avons vu que des auteurs avaient mentionné la possibilité, chez le même malade, de la survenue de l'œdème et de l'urticaire, et nous avons fait remarquer combien cette association pouvait paraître étrange, étant donné la ressemblance si considérable de ces deux affections. Max

Joseph signale aussi, chez un de ses malades, cette association; et, de plus, nous montre l'œdème aigu apparaissant d'abord avec des accès très nettement marqués d'hémoglobinurie paroxystique, et dans une seconde observation, l'œdème aigu fait partie du cortège des symptômes cutanés du goître exophthalmique associé à l'urticaire. Dans un troisième cas enfin, l'œdème caractéristique survint chez un alcoolique invétéré.

Chez le premier malade, le froid était la cause occasionnelle, presque unique, des manifestations cutanées. A chaque refroidissement, l'œdème apparaissait sur les parties du corps découvertes, les mains et le visage. Nous ne voulons pas résumer plus longuement ces observations, car seule l'étiologie est intéressante. Les caractères objectifs de l'affection sont les mêmes, la marche est absolument semblable à celle que nous connaissons déjà.

Là s'arrête actuellement la série des travaux publiés sur l'œdème aigu. Nous voyons que deux grandes opinions dominent toute son étude. La plupart des auteurs cherchent à faire, de l'œdème aigu circonscrit de la peau, une affection séparée, ayant ses symptômes propres, son étiologie spéciale, son évolution caractéristique. Ils la distinguent de l'urticaire avec laquelle les autres auteurs continuent à la décrire.

Faisons maintenant l'étude clinique de l'œdème aigu.

Étiologie. — Des principales observations que nous avons signalées, il est possible de tirer les lois générales de l'étiologie, de tracer de ce chapitre les lignes principales.

Il est d'abord un certain nombre de faits acquis d'une façon incontestable. L'œdème aigu paraît surprendre, dans la grande majorité des cas, les adultes en pleine santé, en dehors presque toujours de toute tare héréditaire ou acquise. Les hommes et les femmes en sont presque indistinctement atteints.

Quincke cependant, déjà en 1882, Valentin en 1885 avaient soupçonné la possibilité de la transmission héréditaire de la maladie.

Osler, en 1888, insiste davantage sur ce point, dans l'observation que nous avons citée plus haut. Max Joseph la retrouve dans sa première observation.

Sont aussi signalés parfois les troubles de la menstruation comme phénomènes étiologiques possibles.

De toutes les causes qui semblent y prédisposer d'une façon certaine, le rhumatisme est souvent invoqué. L'œdème est venu en même temps qu'une arthrite rhumatismale. Beaucoup de malades sont arthritiques et voient leurs manifestations cutanées évoluer parallèlement aux manifestations articulaires. A noter aussi, l'influence possible des fatigues, des efforts.

Mais la cause qu'on retrouve la plus fréquemment inscrite est l'influence de la température. La grande majorité des malades voient leur œdème apparaître sur les parties de la peau découvertes, lorsqu'ils sont exposés au froid. Et ce qui tendrait à faire supposer que cette influence est réelle, c'est la coïncidence de l'œdème avec des accès d'hémoglobinurie paroxystique (Max Joseph).

Cette dernière affection débute le plus souvent après une fatigue physique exagérée, ou sous l'influence d'un refroidissement vif et subit. C'est presque aussitôt que le malade prend un frisson violent, pénible, se plaint d'une lassitude considérable, avec courbature dans les lombes et les cuisses. Ses extrémités se cyanosent, une sensation de froid se produit. Puis les urines, rares au début, s'élèvent rapidement de quantité, jusqu'à atteindre 2 ou 3 litres. Elles se foncent de plus en plus, prennent la coloration du vin de Malaga. La gamme ascendante du ton arrive à son apogée au bout de quelques heures, puis les urines deviennent de plus en plus claires.

Cet aspect de l'hémoglobinurie paroxystique, survenant subitement sous l'influence d'un refroidissement, atteignant en peu de temps son maximum, pour disparaître en une période très courte, rappelle la marche caractéristique des poussées de l'œdème aigu de la peau. Si bien que l'on a tenté d'expliquer les deux affections avec la même théorie, de donner à toutes deux une pathogénie unique.

L'œdème aigu a été vu au cours d'un goître exophthalmique bien caractérisé. L'alcoolisme a paru, chez un malade, être la cause provocatrice de l'apparition de ces manifestations cutanées.

Symptomatologie. — Le début est brusque, subit. Les malades s'aperçoivent tout d'un coup que des *enflures rosées* apparaissent en différents points de la surface de leur corps. C'est généralement au milieu de la santé que ces manifestations se produisent, sans qu'ils en soient avertis par le moindre symptôme. C'est là la règle.

D'autres fois, et c'est ce qui a permis à quelques auteurs d'assimiler cette affection à une maladie infectieuse, il existe une certaine période prodromique, généralement courte, à symptômes très légèrement marqués. Ce n'est qu'une fièvre très fugace, avec quelques sensations de fatigue, de courbature. L'appétit diminue, une légère céphalalgie apparaît, quelquefois des nausées, des vomissements, de la diarrhée ou de la constipation. Le tout se passant en un temps très rapide.

Quelle que soit la façon d'entrer en scène, la maladie, une fois manifestée, a des caractères objectifs extrêmement précis.

La lésion consiste en une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané de la peau et de quelques muqueuses.

A la peau, cette infiltration œdémateuse, cet œdème aigu se dissémine par plaques en différents endroits du corps, mais siège de préférence au *visage*. En ce point, c'est sur les joues qu'on le voit fréquemment se fixer, souvent aussi sur les lèvres, parfois encore sur les paupières. Dans l'observation que nous avons publiée, nous avons marqué que le malade, à plusieurs reprises, s'était présenté avec les deux paupières gonflées, comme celles d'un sujet atteint d'érysipèle de la face. Cette localisation aux paupières n'est point rare, et a été décrite par d'autres auteurs.

Comme on le voit, ces manifestations cutanées se produisent surtout en des points où le tissu cellulaire est le plus lâche. C'est à la face que l'œdème apparaît le plus volontiers et demeure avec le plus de ténacité.

Sur le tronc, l'œdème paraît moins se fixer.

Il n'y a, d'ailleurs, aucune loi fixe présidant à la dissémination des symptômes. Tous les endroits du corps peuvent être atteints comme au hasard. Et, cependant, il y a fort à penser que ce n'est là qu'une apparence. Déjà, Max Joseph insiste sur ce fait que l'œdème n'apparaît que sur les parties découvertes, ce qui expliquerait pourquoi la face et les mains sont si fréquemment atteintes. Il est probable que la cause qui fait naître l'œdème, le produit au point directement impressionné.

L'aspect de la lésion est caractéristique. C'est une tumé-

faction isolée, à bords assez nettement délimités. Quelquefois la plaque, dont la coloration tranche peu avec celle des parties voisines, se limite par des bords presque insensibles. Le plus souvent, l'épiderme est tendu au maximum et luisant. La coloration est généralement peu intense, c'est une teinte uniformément rosée, peu distincte de la peau saine, disparaissant très vite sous la pression du doigt, qui y laisse une marque blanche. L'étendue de ces surfaces œdémateuses est extrêmement variable. A côté de plaques de la largeur de la paume de la main, quelques-unes sont à peine de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, d'autres sont encore plus petites.

Leur forme est de même variable à l'infini. Rien à cet égard ne peut être établi nettement.

Ce sont là, brièvement esquissés, les grands caractères objectifs de l'œdème aigu circonscrit de la peau. Notons encore quelques détails, dont quelques-uns ont leur importance, car c'est avec l'aide de tous ces éléments qu'on a pu songer à distraire cette affection du cadre nosologique d'autres maladies cutanées, en particulier de l'urticaire, pour en faire une entité morbide à part.

La température de la partie atteinte ne paraît, en aucun cas, manifestement augmentée.

L'œdème aigu est indolore spontanément et à la pression. On ne peut compter, comme des phénomènes douloureux, ces très légères sensations de tiraillement, de tension. Il y a absence presque absolue de prurit.

Ces données, qui impliquent des caractères d'absolue bénignité, sont vraies pour l'œdème à la peau. Elles ne le sont plus, lorsque l'œdème siège sur les muqueuses.

Quincke, Riehl et d'autres ont, tour à tour, décrit l'apparition de symptômes aigus causés par des manifestations œdémateuses sur l'arbre aérien.

Dans les deux cas de Riehl, l'œdème, se localisant au larynx, a donné lieu aux accès de suffocation connus de l'œdème de la glotte. Cette complication a amené la mort chez un malade. Dans d'autres cas, on a pu discuter l'urgence d'une trachéotomie. Le gonflement a été remarqué sur la langue qu'il tuméfiait assez pour rendre difficiles la parole et la déglutition.

Ces manifestations internes de l'œdème aigu ne semblent pas s'arrêter là, et nombre d'auteurs ont pensé qu'il était logique d'admettre que des gonflements de même nature pouvaient se fixer en des points bien différents, et, en particulier, sur le tube digestif. C'est de cette façon qu'on a tenté d'expliquer certains cas de vomissements presque incoercibles (apparition de l'œdème sur la muqueuse stomacale), certains faits où la diarrhée s'est montrée rebelle, etc. Ces phénomènes gastro-intestinaux apparaissent, en effet, par crises, débutent tout à coup, disparaissent très vite, et reviennent incessamment. C'est de la sorte que marche l'œdème sur la peau. Dans l'observation que donne Max Joseph, où l'œdème apparaissait à la peau, en même temps que des crises d'hémoglobinurie paroxystique, l'auteur se demande si l'on ne pourrait pas expliquer les troubles urinaires par une poussée œdémateuse siégeant sur la muqueuse rénale.

Toujours est-il que ces faits d'œdèmes internes donnent à cette maladie une physionomie beaucoup plus sévère qu'elle ne paraissait avoir au début. Ce sont là seulement d'ailleurs les seuls symptômes graves qu'elle peut présenter, car les phénomènes généraux qui l'accompagnent sont généralement de peu d'intensité.

Dans presque tous les cas, ce sont seulement des troubles légers de la digestion que l'on rencontre, un court malaise, de la somnolence, de l'abattement, de la constipation. Peu de fièvre.

C'est donc presque toujours une affection bénigne.

Son allure est très caractéristique. Les tuméfactions œdémateuses se produisent fugaces, par poussées isolées. Elles arrivent à leur acmé en un temps très court, persistent telles pendant un laps de temps très rapide et disparaissent tout à coup sans laisser de traces, environ vingt-quatre heures plus tard.

Mais pendant l'évolution de la première plaque, une seconde se forme, en un autre point du corps. Celle-ci va disparaître à son tour, pour céder la place à une suivante, et ainsi va la maladie avec ses manifestations fugaces et se succédant par poussées. De cette façon, chaque surface œdémateuse circonscrite vit pendant un temps très court, et l'affection pendant un temps très long, presque indéterminé, car il suffit, chez la plupart des malades, qu'une même cause se produise, pour que l'éruption renaisse.

Riehl a noté que, lorsque l'œdème aigu a envahi plusieurs fois la même région, il pouvait être suivi d'un gonflement définitif.

II

Nous avons cherché, en cette courte analyse, à tracer un tableau symptomatique exact de l'œdème aigu circonscrit de la peau, nous fondant pour ce faire sur l'étude attentive des principales observations que l'on a publiées sur ce sujet, et sur le cas dont, pendant quelque temps, nous avons pu suivre l'évolution. Les symptômes que nous avons dits, sont de l'affection les principaux, les signes que nous avons tracés sont les plus importants. Il nous faudrait, pour terminer cette courte étude, en faire le diagnostic dans un chapitre distinct. Mais, c'est certainement là le point le plus embarrassant, ou qui, du moins, à un premier regard, doit paraître tel. Se reportant, en effet, pour bâtir solidement, à l'opinion des différents auteurs précités, on s'aperçoit bien vite qu'ils éliminent d'emblée du diagnostic tous les différents œdèmes de la peau, pensant que leurs principaux caractères sont suffisamment tranchés, et qu'ils admettent que seule l'urticaire se rapproche assez de l'œdème aigu pour être confondue avec lui. Et s'ingéniant ensuite à trouver entre ces deux affections des différences notables, ils arrivent à faire de l'œdème aigu circonscrit de la peau une entité absolument à part, tout à fait séparée de l'urticaire. Il nous faudrait donc, pour élucider ce sujet, mettre d'un côté les principaux symptômes de l'urticaire, de l'autre ceux de l'œdème, et montrer par quelles nuances ils se séparent, mais, en y regardant de plus près, nous allons voir que, loin de trouver, entre ces deux affections, des signes qui les différencient, nous allons accumuler des preuves qui les rapprochent.

Nous faisions remarquer, dès le début de cette Revue, qu'il était infiniment probable que la plupart des faits, décrits actuellement sous le nom d'œdème aigu de la peau, faisaient auparavant partie de la description de l'urticaire, et pour s'en convaincre d'une façon parfaite, il suffit, croyons-nous, d'ouvrir les principaux Traités de dermatologie, ou bien encore, les articles traitant de l'urticaire dans les grands Dictionnaires, pour y trouver, décrite complètement au milieu des formes anomales de la maladie,

une forme particulière que l'on nomme indifféremment *urticaire œdémateuse* ou *urticaire géante* et qui se rapproche des faits que nous avons étudiés, aussi parfaitement qu'il se peut. Il nous semble donc, que les auteurs qui ont le plus insisté sur les différences qu'il convient d'établir entre les deux éruptions, ont, au contraire, fait toucher du doigt d'une façon plus manifeste les rapports qui les unissent, en augmentant les connaissances que nous possédons, sur l'étiologie, la forme ou la marche de ce qu'ils ont convenu de nommer « œdème aigu circonscrit ».

Sera-ce, en effet, l'étude des conditions étiologiques qui donnent naissance aux deux affections, qui permettra de les distinguer ?

Nous avons marqué plus haut que les causes qui produisent l'œdème aigu, se résument actuellement à quelques notions certaines, telles : influence du froid sur les parties de la peau découvertes, parfois l'alcoolisme, ou bien des troubles de la menstruation.

Rien de plus évident que ces mêmes causes pour engendrer l'urticaire :

« Dans l'urticaire caractérisée par des poussées éruptives ayant lieu à des intervalles variés, l'apparition des plaques est souvent déterminée par l'ingestion d'un aliment ou d'une boisson, par une digestion pénible, par une émotion quelconque, par l'impression du froid ou de la chaleur (1). »

Il ne faut, d'ailleurs, pas insister davantage sur la fréquence de l'apparition de l'urticaire à la suite de l'ingestion de différents aliments, ou de certaines boissons. C'est de notion courante.

L'influence du froid est non moins évidente, et il est des observations qui l'affirment : Blachez (2) rapportait l'histoire d'une femme rhumatisante chez laquelle le plus léger refroidissement amenait une poussée d'urticaire localisée de la partie refroidie, avec cuisson intolérable. La simple immersion des mains dans l'eau froide déterminait un gonflement avec plaques ortiées, et, à propos de ce cas, le professeur Béhier rappelait qu'arrivé à un certain âge, il avait dû renoncer aux bains froids, parce que chaque immersion était suivie d'une éruption d'urticaire. Une atmosphère fortement échauffée peut produire le même résultat (3).

Franck a noté la fréquence de l'urticaire chez les femmes, qui ont l'utérus « en mauvais état ». Mais c'est surtout Hébra qui a mis en relief l'importance des métrites chroniques, des catarrhes, des déviations utérines. Il a également incriminé la grossesse, la menstruation.

Nous ne voulons pas ici insister longuement, car chacune des causes qui ont été invoquées pour expliquer l'apparition de l'œdème, sont notées partout comme provoquant très fréquemment l'urticaire. C'est donc par d'autres phénomènes que les deux éruptions se séparent, car comment étiologiquement distinguer ce que des causes identiques peuvent tour à tour produire ?

Peut-être est-ce l'allure de l'urticaire qui diffère ?

Partout on trouve écrit à peu près ceci : « Un caractère est spécial et appartient en propre à l'urticaire. C'est la brusque apparition de l'éruption, c'est sa mobilité, c'est encore sa disparition subite et sa réapparition soudaine.

Au milieu de la santé ou après quelques prodromes légers de mal de tête, d'embarras gastrique ou de malaise général, l'urticaire apparaît rapidement et s'étend immédiatement à une ou plusieurs régions, les plaques changent de place, disparaissent après quelques minutes, quelques heures, l'éruption peut atteindre soit simultanément, soit successivement les divers points de la surface cutanée. »

N'est-ce pas là, calquée pour ainsi dire, la marche que nous avons assignée à l'œdème aigu ?

Si donc œdème aigu circonscrit et urticaire se ressemblent à s'y méprendre, par leurs causes et par leur évolution, ce sont donc seulement leurs symptômes objectifs qui les séparent ?

Oui, si l'on prend, comme unité de comparaison, l'urticaire type, classique, normale. Cette plaque ortiée vulgaire diffère en quelques points de la surface œdémateuse : « L'œdème de l'urticaire est un œdème aigu, *anémique*, et c'est pour cela que le centre de la papule ortiée est blanc, tandis que la périphérie, au moins pendant la période de développement de la lésion, présente les caractères de l'œdème congestif (1). »

Il y a là quelque différence avec cette tuméfaction tendue, uniformément rosée, s'éteignant insensiblement avec la peau voisine, mais cette différence disparaît si l'on étudie une forme toute particulière de l'urticaire, décrite partout, et qui, pour nous, est celle que maintenant l'on cherche à séparer et à décrire sous le nom d'œdème aigu circonscrit.

C'est cette variété décrite il y a de longues années par Milton (2), sous le nom d'*urticaire géante*. Il la décrit à peu près ainsi : Cette forme consiste en des gonflements, tantôt étendus à toute la face, à tout un avant-bras, tantôt limités aux paupières, aux lèvres, au dos de la main, au scrotum ou au pénis. Ces parties sont alors défigurées par le boursouflement, et on ne peut reconnaître l'affection qu'à la chaleur, au picotement, au prurit, et surtout à la marche capricieuse, aux apparitions fugaces et morbides de l'œdème.

M. Hardy (3) donne une description encore plus semblable à celle de l'œdème aigu, et il nous semble que le tableau symptomatique qu'il fait de cette forme anomale d'urticaire est, en tout point, le même que celui que nous avons donné de l'œdème.

« Quelquefois, il existe une tuméfaction œdémateuse qui laisse l'empreinte du doigt par la pression, et qui occupe une certaine étendue. Cette variété, que j'appelle *urticaire œdémateuse*, est observée surtout dans les régions où la peau est doublée d'un tissu cellulaire lâche, c'est-à-dire à la face et principalement aux paupières, aux mamelles chez la femme, aux parties génitales chez l'homme. Dans cette forme, la peau est souvent pâle et le gonflement est produit par un œdème ordinaire; quelquefois, cependant, on voit sur la partie gonflée quelques élevures de véritable urticaire, ou, du moins, il y en a eu momentanément au début de la tuméfaction. »

Milton a montré que l'urticaire œdémateuse ou géante a souvent une marche chronique et est très sujette à de nombreuses récidives. Dans la première de ses observations, les plaques se montrèrent pendant quatre mois et demi en ceinture, au niveau des cuisses et des fesses, puis

(1) Hardy. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*
(2) Blachez. Société médicale des hôpitaux, 1872.
(3) Béhier. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

(1) Note du *Traité d'Hébra.*
(2) Milton. *Edinburgh Med. Journ.*, 1876.
(3) Hardy. *Traité des maladies de la peau*, 1886.

envahirent la face, résistant à toute intervention thérapeutique.

Dans un autre cas, la malade était sujette, depuis dix-huit à dix-neuf mois, à des poussées hebdomadaires d'œdème uniquement sur les paupières. Un autre malade, enfin, était en proie à cette affection depuis plus de sept ans, et ces poussées prurigineuses revenaient toutes les deux ou trois semaines, pendant douze à trente-six heures.

La forme œdémateuse est, d'après Bazin, une des formes que peut revêtir l'urticaire chez les herpétiques ; l'œdème occupe alors des régions pourvues d'un tissu conjonctif abondant et souvent les placards sont confluents (1).

Si nous nous tenions seulement aux faits que nous venons de signaler, déjà il nous paraîtrait bien difficile de différencier ces deux éruptions. Nous avons marqué que tout était semblable dans l'étiologie, de même dans la marche, et que les phénomènes objectifs de l'urticaire géante ne différaient en aucune façon de ceux de l'œdème. Seule, l'absence presque absolue de prurit, dans les cas que nous étudions, a pu servir de caractère distinctif aux deux affections. Est-ce là un symptôme suffisant, pour classer à part tout un groupe de phénomènes, et mettre au jour une nouvelle maladie ? En y regardant de près, nous ne pouvons même être tout à fait certains que le prurit manque toujours dans l'œdème aigu. Que sont ces sensations diverses, de tension, de tiraillement, de cuisson même, que presque tous les observateurs y ont signalées ? Si ce n'est pas le vrai prurit, c'est certes une démangeaison atténuée et, en tout cas, ce symptôme n'est pas de valeur telle qu'il puisse servir à catégoriser une affection distincte.

Et ceci est d'autant plus exact, que toute une série de désordres que nous avons mentionnés dans le tableau symptomatique de l'œdème aigu, sont tous décrits depuis longtemps dans celui de l'urticaire.

Nous voulons parler des manifestations internes qui compliquent si fréquemment les poussées œdémateuses de la peau, et qui leur ajoutent un cachet de gravité assez considérable.

« Sur la muqueuse de la bouche, du pharynx, de l'épiglotte, il survient parfois, en même temps, des rougeurs passagères, de l'œdème correspondant aux plaques, lesquelles peuvent augmenter considérablement le volume de la luette et de l'épiglotte, au point de faire craindre l'asphyxie. Cependant, les accidents sont très rares, ils appartiennent exclusivement à l'urticaire géante; dans cette variété, les plaques cutanées sont extrêmement volumineuses (Hébra-Kaposi). »

Ces accidents ont été, cependant, signalés aussi dans les cas d'urticaire ordinaire.

Willan parle de ces cas d'urticaire aiguë, récidivante, accompagnée d'œdème de la gorge, de dysphagie, de *tuméfaction parfois énorme et de raideur de la langue*.

Des faits absolument semblables ont été signalés dans la description de l'œdème aigu.

Nous disions, plus haut, qu'hypothétiquement on pouvait concevoir, lorsque surviennent au cours d'une poussée d'œdème aigu à la peau des complications particulières, telles que : vomissement, diarrhée, hémoglobinurie paroxystique même, il n'était pas illogique d'admettre, comme cause de ces phénomènes, des plaques d'œdèmes muqueux en tout semblables dans leur forme et dans leur allure à celles que l'on connaît sur la peau. Cette théorie a été émise pour l'urticaire et soutenue par les auteurs les plus considérables.

Blachez (1) a rapporté l'observation d'une dame, rhumatisante, chez qui l'application du froid provoquait sur la peau, en quelques minutes, une urticaire limitée, très prurigineuse, et qui, après l'ingestion d'une glace, pendant l'été, était prise d'une sensation interne suivant le trajet de l'œsophage, rappelant les sensations de la peau, et de douleurs angoissantes.

C'est surtout M. Guéneau de Mussy, qui étudia ces cas d'urticaire interne. Il se fonde sur la concomitance dans certains cas, sur l'alternance dans d'autres, des phénomènes cutanés et muqueux, de même, il n'hésite pas à croire que l'urticaire peut se localiser d'emblée et exclusivement sur le tégument interne. Il a vu des malades présentant des phénomènes douloureux du côté du tube digestif, chez qui ces phénomènes disparaissaient, lorsqu'une éruption d'urticaire venait à se produire, comme pour les remplacer.

Nous avons, croyons-nous, suffisamment mis en parallèle les deux éruptions, dans tous leurs caractères, pour que la conclusion s'impose d'une façon très nette. Nous croyons, que ce qu'on a décrit dans, ces dernières années, sous le nom d' « œdème aigu circonscrit de la peau », en faisant de cette affection un type dermatologique à part, n'est que de l'urticaire : forme anomale de l'urticaire, il est vrai, mais forme connue et classée depuis longtemps, et décrite par de nombreux auteurs sous le nom d'urticaire géante, ou mieux d'*urticaire œdémateuse*. Et il nous semble que rien n'autorise plus à décrire séparément ces deux affections, et, en tout cas, en critiquant avec soin les diverses observations publiées sur ce sujet, on ne trouve aucun symptôme assez nettement important, ni assez constant pour dominer la physionomie clinique de l'œdème aigu et permettre de le classer sous une rubrique spéciale. Ce que l'on peut affirmer, c'est que l'urticaire n'est qu'un œdème de la peau, capable chez différents sujets d'affecter une allure particulière, susceptible en certaines occasions de perdre son allure ortiée, c'est-à-dire prurigineuse, pour ne conserver que ses caractères œdémateux, et ainsi peuvent exister certains faits dans lesquels l'urticaire, c'est-à-dire l'œdème, ne fait plus partie d'une affection spéciale, mais constitue l'un des chaînons d'une série plus considérable où peuvent rentrer différentes manifestations œdémateuses, décrites sous différents noms.

III

Diagnostic. — Il est, en effet, toute une série de manifestations œdémateuses de la peau, circonscrites, présentant par leur apparition subite, par leur durée éphémère, quelques-uns de ces caractères assignés à l'œdème aigu, qui en sont séparés par les causes qui les produisent, et par le cortège bruyant des symptômes généraux qui les accompagnent. L'urticaire œdémateuse rentrant par ses caractères dans le groupe des angio-névroses, la plus grande majorité des œdèmes cutanés étant de même rangés dans ce groupe, il n'est pas étonnant qu'on puisse confondre l'urticaire œdémateuse avec d'autres œdèmes de la peau, *qui ne sont cependant pas la même maladie*. C'est là véritablement le point de diagnostic qu'il nous faut examiner.

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Urticaire.

(1) Blachez. Loc. cit.

Éliminons, dès l'abord, quelques affections qui ne doivent pas être confondues avec l'urticaire œdémateuse. Tels, par exemple, l'érysipèle ou le phlegmon. Citer ce dernier, c'est le juger; l'érysipèle peut parfois simuler, et combien peu! l'œdème aigu. Nous avons marqué, chez le malade que nous avons suivi, qu'à plusieurs reprises était apparue une bouffissure considérable des paupières, les gonflant, et donnant l'aspect de l'érysipèle facial. Ce n'est certes là qu'une apparence à laquelle il ne faut pas trop s'arrêter. L'accompagnement classique de la poussée d'érysipèle est trop caractéristique pour qu'une méprise puisse subsister pendant longtemps.

Montant graduellement le chemin du diagnostic différentiel, il faut signaler ces nodosités du tissu cellulaire sous-cutané qui peuvent, par quelques-uns de leurs symptômes, revêtir l'aspect de notre affection. Davaine en 1879, MM. Troisier et Féréol en 1883, ont tour à tour décrit des manifestations sous-cutanées à peu près semblables.

Davaine prétend que ces nodosités rhumatismales éphémères du tissu cellulaire sous-cutané, quand elles reposent sur quelque partie superficielle du squelette, au front, par exemple, font une saillie que l'on pourrait prendre pour des plaques d'urticaire, compliquées d'œdème sous-cutané.

M. Troisier décrit ces mêmes lésions, avec leur apparition soudaine, leur disparition rapide, leur indolence. Il constate qu'il n'y a pas de changement de coloration à la peau. Ce sont, dit-il, des petites tumeurs, globuleuses, très saillantes, circonscrites, de la grosseur d'une lentille ou d'un pois. Elles sont dures, elles ressemblent plutôt à des tophus qu'à des gommes.

M. Féréol donne la description de tumeurs très fugitives siégeant à la peau du front et, à les voir, on les prendrait de suite pour une exostose ou une périostose, à cause de la saillie un peu vague du contour et de la coloration tout à fait normale de la peau. Elles sont absolument éphémères et disparaissent facilement du matin au soir.

Nous ne faisons que signaler ces faits, il suffit de rapprocher leurs principaux symptômes de ceux que nous avons assignés à l'œdème aigu pour marquer leurs différences.

Il nous faut maintenant insister davantage sur quelques œdèmes circonscrits de la peau qui ont pu survenir dans les conditions les plus diverses, mais qui se rapprochent de l'urticaire œdémateuse, en ce sens que le système nerveux paraît avoir presque toujours été la cause première de leur apparition.

Il est, en effet, curieux de constater, en examinant les théories diverses émises par les auteurs, dont nous signalions les travaux au début de cette étude, sur la pathogénie de ce qu'ils conviennent d'appeler « œdème aigu circonscrit de la peau », que presque tous s'ingénient à trouver, dans une adultération particulière du système nerveux, l'origine de leur affection, et que, par cela même, ils la rapprochent encore de l'urticaire, dont ils veulent la séparer.

Se fondant sur l'évolution de la lésion, sur son apparition possible avec tout un cortège de symptômes généraux plus ou moins prononcés, on ne peut guère penser à une cause locale agissant sur la peau, et c'est à l'influence du système nerveux qu'il faut demander l'origine de ces manifestations. Mais les auteurs, qui font de l'œdème aigu une affection spéciale, cherchent alors d'où vient cette perturbation nerveuse.

Quincke pense que l'œdème se produit par un trouble dans le pouvoir de transsudation des vaisseaux sous une influence nerveuse.

Strübing croit que l'œdème apparaît par la mise en activité des vaso-dilatateurs, s'appuyant pour ce croire sur les expériences d'Ostroumoff (excitation du bout périphérique après section du lingual, au moyen d'un courant d'induction, production d'hyperhémie et d'œdème de la langue).

Riehl se demande, enfin, si l'excitation que détermine l'œdème vient des nerfs périphériques ou du système nerveux central. Cette dernière conception s'appuierait sur plusieurs raisons: d'abord, l'apparition simultanée des manifestations du côté de la peau et du tube digestif souvent accompagnées de symptômes généraux; puis la localisation mobile de l'œdème qui ne suit pas exactement le trajet d'une branche nerveuse; enfin, la possibilité de sa survenue, au cours d'une maladie du système nerveux.

Mais toutes ces théories, échafaudées à grand'peine pour expliquer l'œdème aigu circonscrit, ont depuis longtemps été faites pour expliquer l'urticaire.

M. Renaut donne, comme cause de la forme arrondie de la plaque ortiée, l'atonie d'une artériole de distribution commandant un cône vasculaire particulier. Et presque toujours cette atonie est d'ordre paralytique; on admet donc que c'est là un trouble circulatoire localisé, dépendant de l'irritation des nerfs vaso-moteurs, une névrose vaso-motrice, d'après Schwimmer et Eulenburg, une dermatose angio-nerveuse (Auspitz).

Et pour confirmer cette théorie de l'urticaire, on s'appuie sur des faits cliniques évidents, tels que la survenue dans le cours de certaines névroses (maladie de Basedow).

C'est dans ce groupe des angio-névroses, dont fait partie l'urticaire œdémateuse, qu'on peut ranger toutes les autres manifestations de même nature qu'il nous reste à signaler. L'œdème survient comme celui de l'urticaire, et le système nerveux, dans les deux cas, joue un rôle considérable dans leur apparition. C'est par là que ces œdèmes peuvent être rapprochés de l'urticaire, ils s'en écartent par tous leurs autres caractères cliniques et surtout par l'ensemble des conditions spéciales au milieu desquelles ils surviennent.

Parmi les exemples les plus nets de cette variété d'œdèmes, se produisant sous l'action évidente du système nerveux, il faut signaler les faits que rapporte M. le docteur Faisans, dans sa thèse de 1882, au cours de la description du purpura myélopathique.

Il nous montre que « l'apparition des taches hémorrhagiques est habituellement accompagnée ou précédée d'*œdèmes sous-cutanés*. Ces œdèmes, continue-t-il, ont une physionomie tout à fait particulière, en ce que leur invasion et leur disparition sont également soudaines; ils se montrent aux deux membres inférieurs et souvent sont symétriques, ils y restent quelques heures, ou un à deux jours, puis quand l'éruption purpurique s'est faite, ils s'évanouissent pour se porter aux mains, aux avant-bras, ou à la face; de là, ils peuvent revenir sur les points primitivement atteints, les quitter de nouveau, procédant ainsi par *poussées successives*, comme l'éruption qu'ils précèdent et qu'ils semblent préparer. Quelquefois cependant, les œdèmes et les hémorrhagies semblent indépendants les uns des autres, et ils peuvent se montrer isolément. Ils présentent la coloration rosée des œdèmes fluxionnaires. »

Nous voyons, remarquablement signalés, au cours de

cette description, quelques-uns des caractères que nous connaissons et que nous savons appartenir au syndrome qui nous occupé, ce sont surtout la rapidité de l'apparition, celle de la fuite, pour ainsi dire, des manifestations cutanées, et la mobilité extraordinaire de leur allure. Mais, il suffit aussi de se souvenir de quel cortège symptomatique ils font partie dans les observations de M. Faisans, pour marquer par quels points ils se séparent. Toutes ces manifestations cutanées font évidemment partie du même groupe morbide, mais ne sont pas la même maladie.

Ce n'est d'ailleurs pas le seul fait où des œdèmes fluxionnaires, mobiles, intermittents, ont été signalés au cours du purpura. M. Mathieu, dans son excellent article PURPURA du *Dictionnaire encyclopédique*, en cite un fait bien remarquable. C'est une observation due à M. Binet et publiée dans la *Revue de la Suisse romande*, en 1886. On voit, chez le même malade, les douleurs rhumatoïdes, les œdèmes mobiles, les poussées pétéchiales et les crises gastro-intestinales, se succéder presque régulièrement. Dans ce cas, il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans qui, quelques mois après la ménopause, fut prise, brusquement, d'*œdèmes mobiles*, avec arthralgie légère, et d'éruption de purpura survenant par poussées successives, espacées en quelques jours. Presque chaque jour, dans la soirée, survenait une crise gastro-intestinale très douloureuse, avec vomissements et diarrhée. Les évacuations prirent successivement le caractère hémorrhagique. Peu à peu, l'état général devint mauvais, les hémorrhagies se produisirent par d'autres voies et la malade succomba dix-huit jours après le début des accidents, sans avoir eu d'élévation notable de la température.

Cette observation est intéressante à bien des points de vue, mais au milieu du tableau morbide, un peu complexe, qu'on y rencontre, nous voulons seulement retenir le fait de l'existence concomitante de ces poussées d'œdèmes mobiles qui se reproduisent assez fréquemment. Ici encore, comme dans les cas de M. Faisans, il s'agit d'une apparition cutanée éphémère, semblable par ce fait à notre œdème aigu, mais qui s'en distingue d'une façon toute spéciale par ses autres caractères généraux.

Et comme pour resserrer le lien qui réunit ces faits à ceux que nous étudions, nous mettons en lumière une observation que nous signalions seulement au début de notre étude. C'est celle de Küssner, qu'on trouve rapportée dans le mémoire sur les « hydropisies de cause obscure ». Nous trouvons l'histoire d'une malade qui présenta les symptômes les plus caractérisés de l'œdème aigu, avec son apparition brusque et sa disparition rapide, et chez laquelle on nota l'existence d'hémorrhagies répétées sur différentes muqueuses. C'est ainsi que successivement furent observées des hémoptysies, des hématuries, puis des hémorrhagies gingivales assez persistantes.

Ce fait se rapproche singulièrement de ceux que nous venons de rappeler, et il y a lieu de se demander, si, dans ce cas, c'est bien à l'urticaire œdémateuse que l'on a eu affaire, ou bien plutôt à des apparences semblables et identiques à celles que MM. Faisans et Mathieu décrivent au cours du purpura. C'est cette dernière opinion qui nous paraît de beaucoup la plus vraisemblable, et il nous semble qu'en se fondant seulement sur l'acuité étonnante des symptômes, on a décrit bien souvent, sous le nom d'œdème aigu circonscrit, d'autres faits qui ne s'en rapprochent que par leur mobilité et leur persistance éphémère. Il est certain que tous ces faits forment une chaîne ininterrompue, une série de manifestations angio-nerveuses semblables, que chaque anneau est relié à son voisin par un pont d'apparence identique, et que cependant quelques-uns sont d'allure particulière, et c'est seulement à eux qu'il faut conserver le nom d'urticaire œdémateuse.

On serait tenté de conclure, comme le fait M. Faisans, pour ce qui a trait aux poussées d'œdème se faisant au cours du purpura : si ces symptômes sont explicables par un trouble de l'innervation ganglionnaire, ils ne le sont guère moins par une lésion de l'axe cérébro-spinal. Les infiltrations du tissu cellulaire sont chose commune chez les malades atteints d'hémiplégie et de paraplégie. Que le grand sympathique intervienne secondairement dans la production de ces œdèmes, la chose est possible et même probable; mais il n'en est pas moins vrai que la lésion primitive a son siège dans les centres.

Encore ainsi se trouve signalée l'influence que doit avoir le système nerveux sur la production de toutes ces manifestations cutanées, et c'est encore là le meilleur lien pour les attacher toutes.

D'autres faits peuvent être réunis dans ce même groupe. On sait qu'expérimentalement Vulpian, M. Ranvier ont pu reproduire des œdèmes exclusivement rapportés à l'influence nerveuse. Et la clinique a produit des observations semblables.

En 1885, MM. Mathieu et Veil publiaient, dans les *Archives de médecine*, un travail très intéressant sur les « Œdèmes névropathiques ». Il est fait mention de plusieurs exemples. Dans une première observation, on trouve que des œdèmes apparurent pendant une poussée d'arthropathie manifestement nerveuse. Puis une observation est donnée au cours de laquelle on voit des œdèmes survenir à la suite des douleurs fulgurantes de l'ataxie. Les auteurs rapprochent ces faits des lésions trophiques de la peau observées chez les ataxiques. D'autant que, dans le cas dont il s'agit, les poussées d'œdème se sont montrées après les crises fulgurantes, précisément dans les régions de la peau où des éclairs douloureux s'étaient montrés avec le plus d'intensité. Dans ces deux observations, il s'agit de lésions médullaires très différentes, dans lesquelles l'œdème cutané est apparu dans des conditions très analogues.

Nous ne voulons pas insister davantage sur cette question. Il est bien certain que des poussées œdémateuses peuvent survenir au cours de bien d'autres affections, mais cette étude générale nous entraînerait trop loin du cadre que nous nous sommes assigné. C'est ainsi que l'on sait que l'œdème cutané peut se produire dans les affections du cerveau, dans les névroses comme dans l'hystérie, dans différentes intoxications (alcoolisme, oxyde de carbone). Il peut apparaître dans les maladies infectieuses, et peut-être pourra-t-on démontrer plus tard que c'est là son origine ordinaire. Tous ces faits sont encore d'un grand intérêt, mais nous pensons qu'il n'y a pas lieu de nous y arrêter en cette étude.

Nous avons simplement cherché à montrer que toute une variété de manifestations cutanées, décrites depuis peu de temps sous le titre spécial « d'œdème aigu circonscrit de la peau », n'était qu'une variété anciennement connue d'urticaire, et que tous les faits récemment donnés sous le nom d'œdème aigu pouvaient parfaitement rentrer dans la description de l'urticaire massive, que nous préférerions voir appeler *urticaire œdémateuse*, car cette dénomination

tient mieux compte des principales manifestations de la maladie.

Puis, ne prenant plus l'urticaire qu'en tant qu'œdème de la peau, nous avons cherché à montrer qu'à ce point de vue unique, elle pouvait être rapprochée et distinguée d'autres manifestations œdémateuses décrites sous différents noms, à la production desquelles le système nerveux paraît contribuer pour une large part.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de pathologie interne à l'usage des étudiants et des praticiens (1), par C. Vanlair.

Ce manuel, représenté par un volume de 1052 pages, est nécessairement très élémentaire; malgré son peu d'étendue, l'auteur s'est efforcé d'y faire tenir les notions les plus récentes, celles tout au moins qui ont une réelle importance et qui sont définitivement acquises. Ses chapitres ont le mérite de la clarté dans leur brièveté obligatoire. Un plan aussi restreint suppose naturellement un exposé d'une grande concision, auquel on doit surtout demander la précision et l'exactitude. Un semblable précis peut être utile aux débutants qui veulent embrasser d'un coup d'œil les grandes lignes d'une maladie, et aux praticiens qui, éloignés des bancs de l'école, gênés par la multiplicité des publications médicales, veulent rapidement se rendre compte de l'état actuel de telle ou telle question. Dans ces conditions et dans cette mesure, le manuel de M. Vanlair peut être utile; l'auteur, sans doute, n'a pas visé autre chose, et il ne faut pas lui demander davantage.

Leçons sur les maladies du larynx (2), par J. Moure.

M. Moure a réuni dans ce volume des leçons faites à Bordeaux dans un cours libre de laryngologie. Il a passé successivement en revue les diverses affections du larynx, de telle sorte que l'ensemble de ces leçons représente un manuel complet. Ce manuel est conçu dans un esprit clinique et pratique; et, à ce point de vue, la forme de leçons laisse beaucoup plus de latitude que la forme plus resserrée du manuel proprement dit; l'opinion personnelle de l'auteur s'y fait plus facilement jour.

Ces leçons, préparées avec soin, sont surtout destinées aux médecins généraux qui veulent se mettre au courant de la laryngologie, ou qui, en présence d'un cas particulier, veulent savoir à quoi s'en tenir sur sa portée, et les indications qu'il comporte. On y trouvera, cependant, des chapitres consacrés à des affections rares mais intéressantes, telles que le lupus et la lèpre du larynx. Les manifestations nerveuses de la glotte y sont étudiées d'une façon particulière. L'ouvrage se termine par une étude des laryngites dans les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, l'érysipèle et l'influenza. Les questions de diagnostic et de traitement prennent une place importante dans l'exposé, ainsi qu'il convient dans un ouvrage qui met au premier plan la clinique et la pratique, sans délaisser, cependant, le point de vue théorique et scientifique.

Leçons sur la grippe de l'hiver 1889-1890 (3), par J. Grasset.

Les leçons consacrées, par M. le professeur J. Grasset, à l'étude de la grippe de l'hiver dernier et recueillies par M. le docteur G. Rauzier, ont été publiées déjà dans le *Montpellier médical*. Elles montrent combien l'épidémie de Montpellier a ressemblé à l'épidémie de Paris : ce sont les phénomènes nerveux qui se sont surtout montrés accentués. Cette prédominance des phénomènes nerveux explique, sans la justifier pleinement, l'assimilation faite entre la grippe de cet hiver et la dengue : c'est une grippe à forme de dengue.

M. Grasset est contagionniste. Les arguments qu'il invoque ont, en effet, une grande valeur. La grippe est d'abord allée d'une capitale à une autre, pour, de là, diffuser dans les provinces. C'est précisément la loi des relations internationales. L'évolution de l'épidémie dans certains centres secondaires ou tertiaires plaide nettement en faveur de la contagion. Des personnes, venues de Paris où régnait déjà la grippe, la communiquent tout d'abord aux membres de leur famille, aux amis qui les visitent, à leur médecin, aux employés de leur maison. C'est ainsi que les choses se sont passées à Lunel et à Frontignan.

Dans les leçons de M. Grasset, on trouvera une intéressante étude sur les complications de la grippe ou ses localisations prédominantes. Il étudie successivement :

1° Les localisations respiratoires proprement dites : bronchite, broncho-pneumonie, fluxion de poitrine grippale;

2° Les complications par infections secondaires :

- *a.* Infection pneumococcique : pneumonie, pleuro-pneumonie, infection générale;
- *b.* Infection bacillaire : bronchite et pneumonie tuberculeuses, tuberculose aiguë;

3° Le retentissement de la grippe sur l'appareil circulatoire; les lésions du cœur droit; les modifications de la tension artérielle;

4° Le retentissement sur le système nerveux : délire, troubles trophiques, douleurs et arthropathies.

Nous n'insisterons pas davantage, parce que des revues générales seront consacrées, dans ce journal, à l'étude des formes cliniques de la grippe, de ses complications et des problèmes étiologiques qu'a soulevés, en particulier, la dernière épidémie. Nous nous contenterons, après avoir signalé les leçons de M. J. Grasset, d'en recommander la lecture à ceux qu'intéresse la question. Ils y trouveront, non seulement des documents importants personnels, sur l'histoire de la maladie, mais encore une exposition générale, très clairement présentée, de sa marche, de ses allures, de ses formes, de ses complications.

De la grippe (1), leçons du professeur Augustin Fabre, recueillies par le docteur L. Audibert.

Le professeur A. Fabre était mort malheureusement avant l'épidémie de grippe de 1889-1890 : ce n'est donc pas d'elle qu'il s'agit dans ces leçons, mais d'épidémies observées antérieurement et surtout en 1883. Il est fort intéressant de comparer ces leçons à celles de M. le professeur J. Grasset. On peut se demander, dès lors, s'il s'agit bien de la même maladie. Y a-t-il, d'une part, la grippe vraie, maladie épidémique susceptible de prendre une expansion presque universelle, et, d'autre part, la fièvre catarrhale, plus discrète, plus bénigne, susceptible de rester limitée à un certain nombre de foyers? La grande grippe, celle de l'hiver dernier, par exemple, est-elle la petite grippe presque annuelle, dont la puissance virulente se serait trouvée exaltée à un degré habituellement inconnu?

A. Fabre a vu la grippe se montrer de préférence pendant les hivers doux, ou seulement au moment du dégel : une température relativement élevée, un certain degré d'humidité atmosphérique, ce serait les deux circonstances favorables de son apparition. Aussi rapporte-t-il la survenue de la maladie à l'apparition de certains germes dans l'air, et, plus particulièrement, de spores cryptogamiques. Les grands froids empêcheraient leur production, et, de cette façon, arrêteraient l'évolution des épidémies grippales. Par cette genèse, on pourrait s'expliquer l'existence de la grippe chaque hiver dans certaines habitations

(1) In-8°. Prix : 20 francs. — Liège, Aug. Desœr; Paris, O. Doin.
(2) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.
(3) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Montpellier, C. Coulet; Paris, G. Masson.

(1) In-8°. — Marseille, imprimerie E. Court-Payen.

humides, remplies de moisissures. Un couvent de Marseille se trouvait dans ces conditions.

C'est la théorie tellurique. Cette théorie, très séduisante, explique mal, il faut le reconnaître, les faits de contagion signalés l'hiver dernier, et, en particulier, ceux qui sont rapportés dans les leçons de M. Grasset.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique (1), publiée sous la direction de M. J. Rochard.

Le troisième fascicule du second volume de l' « Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique », publiée sous la direction de M. J. Rochard, renferme tout entier un important article : les eaux potables. Il est dû à un savant, particulièrement compétent en semblable matière, à M. le professeur Armand Gautier. Son travail comprend les articles suivants : rôle de l'eau comme boisson; caractères des eaux potables; conservation et épuration des eaux potables; eaux de boisson nuisibles, leur rôle dans le développement des maladies épidémiques; méthodes d'essai et d'analyse des eaux, examen micrographique.

De la suspension dans l'ataxie locomotrice (2), par William Gosselin.

Dans ce travail, thèse de doctorat, l'auteur confirme les bons effets obtenus par la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice. Il rapporte, de plus, deux observations de sclérose en plaques, dans lesquelles la suspension a donné également des résultats satisfaisants.

(1) Fascicule III du tome II. Prix du fascicule : 3 francs; l'ouvrage complet, à forfait : 150 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.
(2) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

De l'action des climats maritimes dans les affections tuberculeuses (1), par le docteur G. Hameau.

M. le docteur G. Hameau a été chargé de présenter, au Congrès international d'hydrologie et de climatologie, un rapport sur l'action des climats maritimes dans les affections tuberculeuses. L'expérience faite, à Berck et ailleurs, a démontré la très grande utilité du climat maritime dans les affections scrofuleuses, ganglionnaires et osseuses. L'accord unanime s'est fait à ce point de vue; il n'en est pas tout à fait de même pour la tuberculose proprement dite, pour la phthisie. M. Hameau déclare que le séjour au bord de la mer est un bon moyen de prophylaxie à l'usage des prédisposés, et un bon moyen de traitement à l'usage de ceux qui sont atteints déjà. Il faut, toutefois, choisir pour chacun une station appropriée à son cas particulier, et ne pas prescrire la mer, sans plus de souci et sans plus ample indication.

— Par décision ministérielle, en date du 22 août 1890, M. Ringeisen, médecin-major de première classe, a été désigné pour occuper un emploi de son grade à l'hôpital militaire de Lille.

— Par décision ministérielle, en date du 27 août 1890, ont été désignés pour occuper un emploi de leur grade :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Duvau, pour le 39e d'infanterie; Martin de Saint-Semmera, pour le 24e d'infanterie; Roux, pour le 129e d'infanterie; Bourbon, pour le 119e d'infanterie.

(1) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 100. — MARDI 2 SEPTEMBRE 1890. 63e ANNÉE. MARDI 2 SEPTEMBRE 1890. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DUPLAY.

Hydro-hématocèle de la tunique vaginale.

Au n° 21 de la salle Ambroise-Paré est couché un homme de quarante-sept ans, serrurier de son état et jouissant d'une bonne santé habituelle.

Il nous raconte qu'un jour, étant au café, il se froissa légèrement le scrotum, en voulant exécuter un coup brillant dans le cours d'une partie de billard. Ce traumatisme, de minime importance, n'empêcha pas cet homme de continuer sa partie et de rentrer à pied chez lui. Il n'avait aucune souffrance. Grande fut sa surprise, en se déshabillant, de constater que sa région scrotale était le siège d'une tuméfaction et d'une ecchymose assez considérables. Un médecin fut mandé et on conseilla le repos et l'application de quelques résolutifs.

Cependant le médecin n'était pas rassuré par l'état local de cet homme. Je fus appelé en consultation. Voici brièvement ce que je constatai :

Il existait une ecchymose qui s'étendait au scrotum, à la verge, au pubis et même à la racine de la cuisse. Du côté gauche des bourses, il y avait un gonflement et une rénitence dont le siège pouvait être localisé autour du testicule gauche.

J'ordonnai quelques résolutifs et surtout le repos. Au bout de quinze jours, l'ecchymose avait disparu et le gonflement avait subi une diminution marquée. Cet homme crut qu'il était guéri et reprit ses occupations. Mais bientôt la tuméfaction devint plus apparente et le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Le gonflement, localisé au côté gauche du scrotum, est très marqué. On peut comparer le volume de la tuméfaction à celui d'un poing d'adulte. La peau, qui recouvre cette tuméfaction de forme globuleuse, a conservé tous ses caractères. Les téguments, qui glissent facilement sur la grosseur sous-jacente, ne conservent aucune trace de l'ecchymose que j'avais constatée.

La tumeur, située au côté gauche du scrotum, est mate et irréductible. Elle présente deux caractères importants sur lesquels j'appelle votre attention. Elle est rénitente et on peut même ajouter qu'elle est fluctuante.

La rénitence est une sensation difficile à décrire. C'est une sorte d'élasticité en vertu de laquelle les doigts qui palpent une tumeur, d'une certaine façon, sont repoussés. La rénitence est propre aux tumeurs liquides contenues dans une poche distendue.

Je vous ai dit que la tuméfaction scrotale en question était plus que rénitente. J'ai, en effet, constaté qu'elle était fluctuante.

La rénitence existe uniformément dans toute la partie antérieure de la tumeur. La palpation minutieuse de toute cette portion de la tumeur ne fait reconnaître aucun point induré.

Par contre, on trouve, à la partie postérieure de la tumeur, une induration du volume d'un gros œuf de pigeon. Cette induration est mal délimitée ; on ne sent pas où finit la tumeur fluctuante et jusqu'où s'étend la portion indurée ; mais si on vient à exercer une pression un peu forte au niveau de l'induration, on détermine une douleur contusive qui est caractéristique. On réveille ainsi la douleur testiculaire. C'est, donc le testicule qui forme cette induration qui tranche sur les parties rénitentes et fluctuantes de la tumeur.

Vous savez comment on cherche la transparence des tumeurs qui siègent dans le scrotum. Je ne m'arrête pas sur ce point. Il me suffit de vous dire que la tumeur n'est pas transparente.

Donc, tumeur opaque dans sa totalité et non douloureuse, excepté dans la partie indurée qui correspond au testicule.

Cette tumeur est volumineuse, comme je vous l'ai déjà dit. Elle n'est pas douloureuse, mais elle détermine par son poids une sensation de gêne et de pesanteur qui a déterminé le malade à entrer à l'hôpital.

L'état général de cet homme est bon.

Il s'agit maintenant d'établir le diagnostic anatomique. Il suffit d'avoir l'habitude des tuméfactions de cette région, pour pouvoir affirmer, après un court examen, que cette tumeur siège dans la tunique vaginale du côté gauche. La peau est indépendante de la tumeur qui est appendue au cordon. En somme, nous pouvons affirmer que nous sommes en présence d'un épanchement situé dans la tunique vaginale.

Le testicule occupe sa situation habituelle dans les cas d'épanchement dans la tunique vaginale, c'est-à-dire la partie postéro-inférieure et légèrement interne. En l'ab-

sence de tout renseignement, on penserait aisément à une hydrocèle.

Mais la tumeur n'est pas transparente. L'absence de transparence suffit-elle pour nous permettre d'éliminer d'emblée l'hypothèse d'une hydrocèle ? On peut répondre par la négative. L'hydrocèle peut exister sans que l'on observe de la transparence. Le liquide contenu dans la vaginale est-il très fortement coloré, ou mieux encore la paroi de la tunique vaginale est-elle très épaissie, l'hydrocèle ne présentera pas de transparence. La conclusion est que ce signe négatif — absence de transparence — ne permet pas à lui seul de faire rejeter le diagnostic d'hydrocèle.

En étudiant avec soin l'histoire de cet homme, on peut avancer que celui-ci a eu une double lésion : un épanchement dans la vaginale et une infiltration sanguine du scrotum.

Vous avez dû être frappé par la disproportion qui a existé entre le traumatisme que cet homme a subi et l'accident qui s'en est suivi. Le coup reçu sur la région scrotale a été insignifiant et l'infiltration sanguine du scrotum a été considérable. Comment expliquer qu'une si faible cause ait pu produire une telle lésion ?

Lorsqu'on examine la peau du scrotum de ce malade, on remarque quelques veines volumineuses qui rampent dans la peau des bourses. Ces veines variqueuses sont surtout marquées à gauche. On peut se demander si le coup, que ce malade a reçu sur les bourses en jouant au billard, n'a pas été suffisant pour provoquer la rupture d'une de ces veines. Je n'admets pas cette explication. Le traumatisme a été trop léger pour rompre une veine. Il faut donc chercher une autre cause.

Le traumatisme a-t-il pu produire, dans la tunique vaginale, un épanchement de sang considérable ? L'expérience a démontré qu'il est absolument exceptionnel de voir se faire un épanchement de sang dans la vaginale normale, même quand les bourses ont subi un traumatisme considérable.

Pour arriver au diagnostic précis, il faut serrer de plus près l'interrogatoire du malade.

Cet homme nous a dit que, depuis vingt-sept ans, son scrotum était plus gros à gauche qu'à droite. Il se flattait d'avoir le testicule gauche plus développé que le droit et cette constatation ne pouvait que lui être agréable. Dans tous les cas, cet homme ne s'est jamais occupé de cette tumeur qui n'était le siège d'aucune douleur.

Qu'était-ce que cette grosseur ? C'était tout simplement une hydrocèle. Sous l'influence d'un froissement léger, il y a eu rupture d'un vaisseau dans la cavité vaginale.

Divers auteurs, Reverdin en particulier, ont constaté qu'il se faisait, dans les vieilles hydrocèles, un épaississement de la tunique vaginale. Les vaisseaux contenus dans la paroi devenaient plus nombreux et plus friables. On a constaté un degré assez marqué de dégénérescence graisseuse de ces vaisseaux.

Dans ces conditions, il suffit d'un traumatisme insignifiant portant sur les bourses pour rompre un de ces vaisseaux et déterminer un épanchement considérable de sang en dedans et en dehors de la tunique vaginale.

Je puis affirmer maintenant que notre malade est atteint d'hydro-hématocèle de la tunique vaginale. Celle-ci déjà altérée, s'est rompue et le sang a pu s'épancher dans le tissu cellulaire du scrotum.

Je vous ai dit que, sous l'influence du repos, l'ecchymose n'avait pas trop tardé à disparaître et que la tumeur avait diminué de volume. Mais, depuis que le malade se lève, la tumeur a augmenté d'un tiers. Cela n'a pas lieu de nous surprendre : telle est la marche habituelle de la vaginalite chronique.

Vous savez ce qui se passe dans la vaginalite chronique, à la suite d'un traumatisme. Un épanchement de sang se produit dans la vaginale. Il se forme des pseudo-membranes avec des vaisseaux de nouvelle formation. Ces membranes sécrètent continuellement. C'est ce qui explique l'augmentation de volume de l'hydro-hématocèle.

Donc hydro-hématocèle de la tunique vaginale ; vaginalite chronique ; néo-membranes doublant la paroi vaginale.

C'est une affection purement locale. Le testicule a conservé sa consistance ordinaire et son volume normal. Le cordon est sain. Le toucher rectal a permis de constater l'intégrité de la prostate et des vésicules séminales. Le testicule de l'autre côté ne présente aucune particularité.

Le pronostic n'est pas grave. Anciennement on ne pouvait en dire autant. L'opération que cette affection exigeait était la cause d'accidents graves, parfois mortels. Avant l'introduction de la méthode antiseptique en chirurgie, la mort survenait dans certains cas à la suite d'une ouverture pratiquée dans une vaginale contenant du sang.

Pour en revenir à notre malade, je vous dirai qu'il faut l'opérer. Sa tumeur ne fait et ne peut qu'augmenter de volume et le gêner de plus en plus dans l'exercice de sa profession. Il y a donc indications à intervenir.

Vous m'avez vu ordonner des frictions de pommades, dites fondantes, sur la peau du scrotum. Je savais parfaitement que ces pommades n'auraient aucun résultat, mais ces onctions m'ont permis de renvoyer, à aujourd'hui, l'opération que je voulais lui faire en votre présence.

En réalité, il n'y a qu'une intervention qui puisse guérir ce malade.

Nous avons le choix entre deux méthodes :

1° On peut faire une ponction dans la tumeur, vider la cavité vaginale et pratiquer ensuite une injection irritante dans celle-ci ;

2° Il est possible de traiter autrement ce malade. On peut ouvrir largement la cavité vaginale, la vider, enlever ou gratter les fausses membranes qui doublent la séreuse.

Je ne vous ai pas parlé d'une troisième méthode qu'on tenterait quelquefois, si l'on écoutait les désirs de certains malades. Je veux parler de la simple ponction avec aspiration du liquide sanguin, contenu dans la cavité vaginale. Les malades pusillanimes réclament parfois une petite ponction avec une aiguille bien fine. Gardez-vous d'accéder à ce désir ! La simple ponction faite dans une tunique vaginale pleine de sang est une abominable et dangereuse méthode. Loin d'améliorer l'état du patient, une ponction peut être la cause des accidents les plus graves.

J'avais donc raison de vous dire, que l'on avait le choix entre deux méthodes : ponction suivie d'une injection irritante ou ouverture large de la vaginale au bistouri.

Quelle est la meilleure de ces deux méthodes ?

D'une façon générale, j'avoue que je préfère la ponction, parce qu'elle est moins grave, et qu'elle n'entraîne pas l'obligation d'endormir le patient ; je la préfère parce qu'elle fait courir le moins de risques aux malades.

Cependant, le choix de la méthode à employer est subordonné à d'autres indications.

Pour que la ponction suivie d'injection irritante réussisse, il faut que la paroi de la vaginale soit assez souple

pour s'affaisser après l'évacuation du liquide. Si la paroi reste raide, l'injection irritante ne donnera qu'un résultat nul ou incomplet. Dans les cas où la paroi vaginale est épaisse et dure, il faut donc renoncer à la ponction et pratiquer l'ouverture large de la séreuse.

Mais il y a, dans la pratique, des cas intermédiaires qui embarrassent le chirurgien. On se demande, en étudiant les caractères de la paroi vaginale, si celle-ci est assez souple pour s'accoler, après l'injection modificatrice.

Notre malade entre dans la catégorie des cas douteux. On ne sait si l'incision sera suffisante ou s'il faudra avoir recours à l'excision de la vaginale. On doit, en cette occasion, faire préparer les appareils instrumentaux qui peuvent devenir nécessaires pour pratiquer l'une ou l'autre des méthodes de traitement. C'est ce que j'ai fait.

Quand j'aurai ponctionné la tumeur et que j'aurai vidé la cavité vaginale, je pourrai apprécier nettement les caractères de la paroi. Je saurai alors s'il faut s'en tenir à la simple ponction ou recourir à l'incision.

Dans l'hydro-hématocèle, il ne faut pas se contenter de ponctionner la tumeur et d'évacuer le liquide contenu dans la poche. Il faut encore pratiquer des lavages antiseptiques répétés dans la cavité vaginale, de façon à bien laver l'intérieur de la poche. On ne s'arrêtera qu'au moment où le liquide de l'injection sortira clair.

Quel liquide irritant faut-il ensuite injecter dans la cavité vaginale? Une expérience, qui date de longtemps, m'a démontré que le liquide modificateur, par excellence, est la teinture d'iode pure. Je laisse l'injection pendant cinq minutes en contact avec la vaginale. Dans le cas actuel, comme il existe une paroi assez épaisse et recouverte de fausses membranes, je laisserai la teinture d'iode pendant huit ou dix minutes dans la vaginale.

Après avoir fait la ponction et avoir vidé la cavité vaginale du sang qu'elle contient, si je constate que la paroi est par trop épaisse, et ne peut revenir sur elle-même, j'ouvrirai la vaginale et ferai avec des pinces la décortication que Gosselin a préconisée. Cette décortication n'est pas difficile, sauf sur le testicule où les néo-membranes ne se laissent pas aisément enlever. Si sa décortication présente quelques difficultés au niveau de la glande séminale, on peut très bien s'en passer. On gratte simplement les néo-membranes qui se trouvent sur le testicule et, au besoin, on cure toute la vaginale, de telle sorte que l'on se met dans de bonnes conditions pour obtenir la réunion par première intention (1).

MALADIE DE LA PEAU DITE MALADIE DE PAGET (2)

Par le docteur Louis Wickham.

Le 19 avril 1889, M. J. Darier annonçait à la Société de biologie la découverte, dans la maladie de Paget, de parasites de la classe des Sporozoaires de l'ordre des Coccidies ou Psorospermies, et concluait, d'après la nature maligne de cette affection et la présence des parasites dans les cellules épithéliales proliférées, « que la maladie en question

(1) L'évacuation du sang contenu dans la vaginale a permis de constater que la paroi était souple. Une injection de teinture d'iode a été pratiquée.

(2) L. Wickham. *Contribution à l'étude des psorospermoses cutanées et de certaines formes de cancer. — Maladie de la peau dite de Paget*, Thèse inaugurale, p. 186. — Paris 1890, G. Masson.

fournit une première indication sur la cause et la pathogénie de certains épithéliomes ».

C'était du même coup éclairer la pathogénie si obscure d'une maladie rare, et poser les bases d'une nouvelle hypothèse pathogénique des épithéliomes en général, celle de leur nature parasitaire psorospermique (1).

A cette époque, la maladie de Paget, bien connue de quelques dermatologistes anglais, américains et français, n'avait encore donné lieu à aucun travail d'ensemble complet. Depuis la description première de sir James Paget, parue en 1874, il n'avait été publié, sur ce sujet, que des observations et des études partielles. L'importance considérable que donnait à cette affection, au point de vue des déductions auxquelles entraîne son étude, la découverte de parasites spéciaux, nous a décidé à en faire l'histoire clinique et anatomo-pathologique. Nous avons essayé d'établir, par diverses études, l'identité parfaite de la maladie contestée par certains auteurs, la nature parasitaire de l'affection, les rapports des coccidies avec les cellules épithéliales, et leur processus pathologique.

Voici le résumé de nos recherches réunies dans notre thèse :

« La maladie de Paget est une affection parasitaire du groupe des psorospermoses cutanées (2), caractérisée par l'inflammation chronique de la peau, des glandes et de leurs conduits, suivie de prolifération épithéliale.

Cette affection, considérée, jusqu'à ce jour, comme une maladie spéciale du sein et de la glande mammaire, peut affecter d'autres régions : il en existe au scrotum un exemple indiscutable.

Rare avant quarante ans, elle évolue avec lenteur en s'étendant superficiellement de proche en proche, et ne devient épithéliomateuse qu'après une durée moyenne de deux à six ans qui peut varier de quelques mois à vingt ans et plus. Au sein, les lésions presque toujours unilatérales, plus fréquentes du côté droit, débutent à l'extrémité du mamelon par de petites concrétions cornées, de petites croûtes tenaces, au-dessous desquelles surviennent d'abord une rougeur érythémateuse avec démangeaisons, puis une ulcération et des fissures.

Dès ce moment, le mamelon tend à se rétracter.

Quand la maladie apparaît ailleurs qu'au mamelon, le début se manifeste par une petite surface rosée, érythémato-squameuse.

(1) Les psorospermoses sont très fréquentes chez les batraciens et les poissons; ces parasites ont été étudiés par Müller (1841), Lieberkühn, Balbiani. On en rencontre souvent dans le foie du lapin; on les a signalés dans les œufs de poule. Leur fréquence est donc très grande, et l'on conçoit facilement que l'organisme humain ait à entrer en conflit avec eux.

Les psorospermoses sont constituées par des spores sphériques ou ovoïdes qui peuvent atteindre et dépasser les dimensions d'un globule rouge. Elles présentent une enveloppe résistante, une sorte de capsule qui renferme une masse protoplasmique creusée d'une vacuole et munie d'un ou plusieurs noyaux. L'enveloppe forme quelquefois deux valves accolées, susceptibles de s'ouvrir par une sorte de déhiscence. Ces parasites, souvent réunis en colonies plus ou moins nombreuses, parfois visibles à l'œil nu, ont donc une organisation beaucoup plus complexe que les germes pathogènes habituels qui ne sont que des végétaux élémentaires, représentés par des spores minuscules ou des bâtonnets.

(2) Ce groupe, établi pour la première fois par M. Darier (communication au Congrès international de dermatologie, 1889), comprend déjà la psorospermose folliculaire végétante, la maladie de Paget, et peut être le molluscum contagiosum de Ratmau, ainsi que certaines formes d'épithéliomas superficiels.

Progressivement, les régions voisines, l'aréole, sont envahies et la lésion se caractérise. C'est une surface rouge vif, suintante, desquamante ou croûteuse par places, finement mamelonnée, saignant avec facilité et tranchant nettement sur les parties voisines. Quand on la regarde de près avec attention, on lui reconnaît des parties distinctes. Les unes (premier degré de la maladie) à peine suintantes, rouge vif, très finement grenues, correspondant à une excoriation superficielle, sont nombreuses et forment le fond même de la lésion ; d'autres (deuxième degré de la maladie), mal délimitées, d'un rouge plus sombre, suintant abondamment, sont le siège d'hémorrhagies faciles et représentent des points d'exulcération franche. On peut voir aussi, dans quelques cas, des ulcérations bourgeonnantes qui appartiennent au troisième degré de la maladie, période épithéliomateuse. Il existe, enfin, des surfaces disséminées en îlots lisses, unies, brillantes, sèches et roses : ce sont des plaques épidermisées ou pseudo-cicatricielles.

Souvent, on constate, çà et là, de petits points de télangiectasie. Quelquefois il se produit, comme par auto-inoculation, autour de la surface malade, de nouveaux foyers d'infection.

Ces diverses lésions sont superficielles et offrent à la pression une légère induration papyracée.

Les sensations de brûlure et de démangeaison, qui s'y ajoutent, contribuent à donner à cette affection un aspect d'eczéma chronique rouge. Mais dans le cas où l'analogie de surface serait frappante, l'étude de la zone périphérique lèverait immédiatement tous les doutes.

Le bord est, en effet, caractéristique ; ce n'est jamais celui de l'eczéma. Il offre toujours une netteté parfaite ; souvent il prend la forme d'un léger bourrelet rose pâle, de telle sorte qu'il se détache nettement de la peau saine. A son niveau même, sur une étendue variable, on constate parfois de fines arborisations de capillaires dilatés, et, à 2 millimètres au delà, il existe quelquefois une légère collerette de squames minuscules. Ce bord affecte souvent une disposition polycyclique, et la surface malade est, dans son ensemble, de forme à peu près arrondie ou ovalaire, souvent irrégulière.

Après l'envahissement successif du mamelon et de l'aréole, la lésion gagne peu à peu ; par une progression excentrique, lente et continue, elle arrive à couvrir une surface du sein plus ou moins étendue.

Au centre, le mamelon complètement rétracté devient parfois le siège d'une ulcération bourgeonnante. Souvent, c'est dans la profondeur, à des hauteurs variables, que la néoplasie débute et se présente sous forme d'un noyau dur. Une fois le cancer établi, la maladie évolue avec plus de rapidité ; sauf de rares exceptions, il n'y a d'infection ganglionnaire que dans les périodes avancées.

Dans toutes les contestations de diagnostic, les doutes seront levés par la recherche des parasites dans les squames ou dans les produits de râclage superficiel. *Modus faciendi :* Après avoir débarrassé la surface malade des croûtes et du liquide séro-purulent qui la recouvrent, on enlève avec des pinces les squames les plus fines, ou mieux, ou à leur défaut, on râcle très légèrement un point de la surface excoriée, puis on dissocie. Les produits ainsi obtenus peuvent être examinés directement (obj. 4, ocul. 1, Verick) dans une goutte d'eau ou après traitement par la solution iodo-iodurée de Gram, précédée ou non, suivant que les squames sont plus ou moins grasses, d'un séjour de quelques heures dans de l'ammoniaque au dixième. Sur les squames qu'on a laissées macérer pendant plusieurs jours dans le bichromate d'ammoniaque à 2 p. 100, puis lavées et si l'on veut colorées par l'hématoxyline, les parasites sont beaucoup mieux conservés (Darier).

Le processus morbide se résume à l'infiltration par les psorospermies des cellules épithéliales qui se transforment, se désorganisent et prolifèrent. L'épiderme s'épaissit, les conduits et les glandes sont remplis et gorgés par la prolifération de leur revêtement épithélial. Ces diverses lésions s'accompagnent d'inflammation intense. La prolifération excessive constamment entretenue par la présence des parasites aboutit, après rupture de la base du corps muqueux et des parois des glandes et de leurs conduits, à l'envahissement du tissu conjonctif par les cellules épithéliales, toujours accompagnées des psorospermies.

La néoplasie offre peu de caractères spéciaux et, abandonnée à elle-même, mènerait sûrement à l'infection générale et à la mort. »

Les divers caractères cliniques et histologiques qu'offre la maladie de Paget séparent cette affection des eczémas chroniques et rebelles du sein avec lesquels elle présente, dans quelques cas, la plus frappante analogie ; de même, ils font entrevoir que certaines des lésions superficielles, d'aspect épithéliomateux, rencontrées ailleurs qu'au sein, et difficiles à interpréter, ne sont autres que des cas de maladie de Paget.

Ce n'est pas seulement la nature parasitaire de cette affection spéciale qui se trouve soulevée, mais aussi l'origine coccidienne de certains épithéliomas, de certaines affections cutanées. Le rôle des psorospermies menace de prendre une importance considérable en pathologie générale.

Dans la maladie de Paget, leurs formes primitives sont constituées par de petites masses protoplasmiques irrégulières, qui, à un plus haut degré de développement, s'entourent d'une membrane dépourvue de filaments d'union, quelquefois épaisse et brillante. Sous l'action coagulante de l'alcool, la rétraction du protoplasma autour du noyau laisse une zone vacuolisée sous la membrane d'enveloppe ; c'est à cette zone claire qu'est dû l'aspect criblé de trous qu'offre l'épiderme malade ; c'est elle qui rend compte de l'interprétation de cellules dégénérées et en voie de vésiculisation donnée par les auteurs. Un des principaux caractères de ces corps est d'être intra-cellulaires. Dans leur stade de complète formation, ils offrent des caractères absolument tranchés ; leur volume est double ou triple de celui des cellules voisines, leur membrane d'enveloppe forme un kyste épais et brillant offrant un double contour parfois très manifeste. Leur protoplasma présente souvent des grains assez gros ; dans quelques corps, les masses nucléaires sont parfois nombreuses, volumineuses, globuleuses, granuleuses et semblent bien avoir la signification de spores ou pseudo-navicelles. (Les cellules voisines offrent une tendance à se grouper et à s'allonger autour de la paroi des kystes qui peuvent devenir, dans quelques cas, le point de départ et le centre de formation de globes épidermiques.)

Ces parasites se retrouvent partout où il y a végétation cellulaire ; ils semblent donc avoir une influence directe sur le développement consécutif de l'épithélioma.

Cette conclusion, on le voit, est grosse de conséquences, que nous avons essayé d'exposer dans un chapitre intitulé :

« Quelques considérations sur la pathologie générale et la pathogénie des cancers, déduites de l'étude de la maladie de Paget », dont voici en quelques mots le résumé :

Les maladies, actuellement connues comme psorospermoses, sont précisément accompagnées d'un certain degré de prolifération épithéliale; telles sont : la maladie de Paget, la psorospermose folliculaire végétante (1), la psorospermose des canalicules biliaires chez le lapin (Leuchart), le molluscum contagiosum des oiseaux. D'autre part, dans les épithéliomas, MM. Malassez (2), Albaran, Darier, Cornil, Dubreuil, L. Wickham ont vu des corps ronds qu'on peut rapprocher de ceux de la maladie de Paget; mais leurs caractères sont loin d'être aussi nets que ceux des coccidies, des psorospermoses, et en attendant que de nouvelles recherches viennent affirmer le rôle des corps ronds dans les épithéliomes, on en sera réduit à constater simplement leur présence. Il convient donc non pas de trancher par l'affirmative la question de la nature parasitaire psorospermique des cancers, mais seulement de s'en tenir, jusqu'à nouvel ordre, à cette conclusion que l'étude de la maladie de Paget autorise pleinement l'hypothèse de la nature parasitaire psorospermique des épithéliomes.

Récemment, M. Borrel (3) a conclu, de recherches faites sur des corps ronds, qu'il a, lui aussi, trouvés dans plus de quinze tumeurs épithéliales, que les corps ronds, en général, ne rappellent que de loin les psorospermoses connues et qu'ils doivent être plutôt interprétés comme des formes spéciales de dégénérescence cellulaire.

Nous avons déjà dit que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est difficile de démontrer, par l'étude seule des épithéliomes, la valeur réelle des corps ronds. On ne pourra être convaincu de leur nature parasitaire, et on ne devra conclure, qu'après la connaissance parfaite des coccidies dans les psorospermoses, sans perdre de vue qu'il s'agit d'espèces psorospermiques différentes. C'est en cela que réside l'extrême importance de l'étude minutieuse de la maladie de Paget et de ses coccidies. Celles-ci, dans leur état de plus parfait enkistement, sont indiscutables et il est impossible, même à première vue, de se méprendre sur leurs caractères qui les rapprochent très nettement du deuxième groupe de Balbiani, « des psorospermies oviformes ». Dans la maladie de Paget, « la transition de l'une à l'autre des divers stades de développement des parasites est insensible, et on parvient aisément à établir entre eux une relation étroite; mais indépendamment de la notion à elle seule démonstrative des coccidies parfaitement enkystées, de nombreuses raisons viennent encore affirmer la nature des formes parasitaires moins nettes et moins avancées dans leur évolution.

Ce ne sont pas des cellules en voie de vésiculation, car le protoplasma, au lieu d'être centrifuge et de laisser le noyau à nu isolé dans une zone claire, se rétracte autour du noyau qu'il enveloppe. D'ailleurs, même au point où ces formes sont accumulées en grand nombre, on ne voit jamais de fusion entre les zones claires.

L'aspect kystique des parois, la facilité avec laquelle on colore les masses nucléaires centrales, le nombre même de ces noyaux, la sporulation fréquente du protoplasma, la présence de ces corps dans la couche cornée sont tout autant de caractères absolument incompatibles avec l'hypothèse d'une dégénérescence quelconque et qui même font écarter l'idée d'une altération spéciale et non encore décrite des cellules épithéliales. »

D'ailleurs, la notion des coccidies s'accorde fort bien avec les caractères cliniques et histologiques, qui conduisent d'eux-mêmes à l'idée de parasitisme avec l'action des parasiticides qui diminuent manifestement le nombre des psorospermies dans les squames, et amènent des résultats thérapeutiques positifs.

Désormais la maladie de Paget doit être considérée comme une dermatose parasitaire bien nettement délimitée; mais de nombreuses questions restent à élucider; la première étude qui s'impose est celle du parasite même. Son évolution dans le monde extérieur, son mode de propagation et de transmission ne sont pas connus; il est nécessaire de déterminer plus exactement sa biologie spéciale, son mode de culture, sa morphologie aux diverses périodes de développement. La découverte d'un colorant électif, permettant de déceler les formes primitives, réalisera un grand progrès. Seule, l'inoculation fructueuse, la reproduction de la maladie avec tous ses caractères constituera une démonstration parfaite de la valeur même du parasite.

Voici quelles sont les indications principales du traitement dans la maladie de Paget :

1° Lorsque la lésion reste superficielle, non épithéliomateuse, il faut l'attaquer par des agents parasiticides puissants, comme, par exemple, le chlorure de zinc au tiers suivi de l'application d'emplâtres de Vigo, alternés avec une pommade à l'iodoforme au dixième (Darier);

2° Si l'épithélioma existe superficiellement en un point restreint, râcler ou enlever largement au bistouri, puis employer les parasiticides pour la surface totale;

3° Amputer largement le sein, si l'épithélioma est étendu ou profond.

CONTAGION ET PROPHYLAXIE DU CHOLÉRA

Par M. le docteur Latapie (de Lourdes).

Depuis l'épidémie de 1832, l'Europe est tous les ans sous la menace d'une invasion nouvelle du choléra; à certains intervalles, la terrible maladie éclate dans quelque partie de notre vieux continent, elle s'étend plus ou moins, mais elle conserve toujours sa gravité première, et donne lieu à une effrayante mortalité.

Nous devons en conclure que les moyens de préservation mis en œuvre pêchent par quelque endroit.

Il est aujourd'hui établi que le choléra se perpétue et se propage par des germes vivants qui se trouvent dans les excrétions cholériques; ces excrétions forment comme le foyer primitif, le premier centre de diffusion.

Mais par quelles voies le bacille arrive-t-il, de ce foyer, jusqu'au tube digestif où il va élaborer son redoutable poison ? A l'heure actuelle, l'opinion générale est que les déjections liquides s'infiltrent dans le sol, et que les microbes arrivent ainsi aux puits, aux cours d'eau où nous prenons notre boisson : le choléra se propagerait à peu près comme la fièvre typhoïde.

Il est prouvé que les choses se passent ainsi quelquefois,

(1) J. Darier. *Annales de dermatologie*, juillet 1889. — Thibault. Thèse de Paris, 1889.

(2) M. Malassez, le premier (1876), a remarqué la présence de corps ronds particuliers dans les épithéliomas, et les a rapproché des psorospermies du lapin.

(3) A. Borrel. Société de biologie, 12 juillet 1890.

mais ce n'est pas, suivant nous, le mode habituel de propagation.

Le choléra nous est venu de l'Inde par deux routes, par la voie de terre avec les caravanes, par la voie de mer avec les bateaux. Ni dans l'une, ni dans l'autre de ces deux routes, l'eau de la boisson ne peut être incriminée. Si les caravanes contaminent l'eau des sources situées sur leur chemin, il ne faut pas oublier que le choléra marche avec ces caravanes, aussi vite qu'elles, et arrive avec elles ; elles l'apportent en quelque sorte dans leurs bagages, il leur est attaché, et se montre de suite en des localités où l'eau n'a pas pu être infectée.

Dans les bateaux, l'eau potable est renfermée dans des vases clos, où ne peuvent jamais pénétrer les déjections; le mal ne peut donc s'entretenir sur les vaisseaux que par un processus différent.

A Marseille, le choléra a sévi à plusieurs reprises, depuis que l'eau de la Durance l'alimente; la canalisation urbaine étant parfaitement étanche, les microbes n'y peuvent pénétrer, et il est difficile d'admettre que le canal d'amenée, qui est éloigné de la ville et coule à un niveau supérieur, ait été infecté préalablement à l'explosion morbide.

C'est surtout par les objets d'usage général et de chaque instant, qui servent d'abord aux cholériques et passent ensuite aux parents, aux voisins, aux clients de la maison, que la contamination s'effectue : les bols, les verres, les cuillers, les vases divers, etc., sont les supports habituels de la transmission, parce qu'on ne songe pas à les désinfecter ; les aliments, l'eau, les mains font le reste.

Qui ne sait que les blanchisseuses et leurs familles paient un tribut particulier au choléra ? Elles ne boivent pas certainement l'eau où elles lavent leur linge, mais leurs mains touchent les taches excrémentitielles, et ces mêmes mains préparent ensuite le repas de la maison.

Par la théorie de l'eau de boisson, on n'explique qu'un petit nombre de faits : au contraire, tous les cas s'adaptent sans peine à la théorie que je propose ; on comprend ainsi que les mesures prophylactiques n'aient pas eu jusqu'ici tout le succès désirable. Nous ne nous gardons que d'un côté, et l'ennemi nous vient par des chemins que nous ignorons ou que nous ne surveillons pas ; de là, nos terribles surprises.

Les règlements doivent être complétés. Dès les premiers cas de choléra constatés dans une localité, il faut, incontinent, procéder à la désinfection de tous les objets servant aux malades, et, autant que possible, ne permettre à personne l'usage de ces objets. Pour la désinfection, on se servira d'eau bouillante, une chaudière, au foyer le plus proche, contiendra de l'eau toujours en ébullition, où on plongera pendant une demi-heure tout ce qui sera à purifier.

Quiconque aura touché quoi que ce soit pouvant recéler des germes, se lavera avec une solution antiseptique, et cette solution sera versée dans la chaudière. Rien n'ira au dehors qu'après désinfection.

La valeur des objets ne saurait entrer en ligne de compte, en face de la vie humaine. D'ailleurs, le Trésor public indemniserait le perdant, et le sacrifice ne serait pas bien lourd.

Il n'est village si isolé, il n'est bateau si misérable, où l'on ne trouve une chaudière et de l'eau. Un peu de vigilance, pendant quelques jours, suffit pour conjurer le danger d'une épidémie, ou pour arrêter de suite ses ravages.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les maladies épidémiques dans le Midi (1), par le docteur E. Vivant.

Ce que demande M. le docteur Vivant pour les villes du Midi, on peut le demander pour toutes les autres. Il veut que les médecins signalent l'existence des maladies contagieuses aux municipalités, et que la désinfection par l'étuve à vapeur soit exécutée d'une façon régulière. Comme la simple persuasion ne suffirait pas, il réclame l'intervention officielle des administrations municipales. C'est aux médecins de prévenir les familles et de provoquer un mouvement d'opinion dans ce sens. Les villes du Midi, qui reçoivent l'hiver de nombreux malades venus du Nord, doivent, plus que les autres encore, avoir le souci de leur hygiène; le premier devoir des sanatoria d'hiver, c'est de ne pas être des foyers de contagion. On ne peut qu'encourager une semblable campagne.

La chirurgie du sinus sphénoïdal (2), par Emile Berger.

Voici les conclusions de cette thèse :

1° La trépanation de la paroi inférieure du sinus sphénoïdal, à travers la cavité naso-pharyngienne (Schech), est une opération impossible dans la plupart des cas, et, quand elle est possible, cette méthode est la plus dangereuse ;

2° La trépanation du sinus sphénoïdal à travers l'orbite avec énucléation de l'œil (John Bergh), est une opération justifiée dans très peu de cas (carie et nécrose simultanées des cellules ethmoïdales);

3° La méthode la plus pratique, pour l'ouverture du sinus sphénoïdal, est d'opérer à travers le nez, près de la cloison, à la hauteur du cornet moyen (Zuckerkandl), en perforant les osselets de Bertin avec un stylet;

4° L'ouverture du sinus sphénoïdal est indiquée dans les cas de processus maladif chronique du nez, où les diverses méthodes de traitement n'ont pas réussi même à soulager l'état du malade. Les symptômes indiquant cette *opération*, sont : céphalalgies intermittentes, blépharospasmes, larmoiement, un rétrécissement caractéristique du champ visuel, photophobie. Si ces symptômes sont unilatéraux, on peut admettre l'affection du même côté ;

5° Les altérations trouvées dans le sinus sphénoïdal sont : l'inflammation aiguë et chronique de la membrane pituitaire, la rétention de la sécrétion (hydropisie), la carie et la nécrose de l'os, les tumeurs. La perforation de la paroi antérieure du sinus peut être indiquée pour prouver l'existence d'une tumeur et sa nature;

6° Les résultats obtenus par l'ouverture du sinus sphénoïdal sont très satisfaisants. Les tumeurs du sinus sphénoïdal, qui ne contractent pas d'adhérences avec l'os, sont bien opérables (J. Smith), les tumeurs d'une adhérence intime avec l'os (ostéome) sont très défavorables à l'opération (Fergusson).

Bleisucht und Aderlass [Chlorose et saignée] (3), par A. Wilhelmi.

Cela paraît à première vue une singulière idée que de traiter la chlorose par la saignée : c'est, cependant, ce que fait Wilhelmi, après Dyes (de Hanovre). La proposition de combattre l'anémie par des émissions sanguines a été reçue par des plaisanteries et des sarcasmes. On n'a pris au sérieux ni Dyes, ni sa méthode; malgré cela il a continué à vanter les bons effets de ce procédé singulier. Wilhelmi a fini par essayer et, dans quinze cas, il a obtenu de bons résultats des petites saignées dans la chlorose; de là sa publication actuelle.

Voici ses conclusions principales : chez un grand nombre de chlorotiques, les préparations ferrugineuses sont sans effet. Dans

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.
(3) Güstrow, Opitz et Cie.

beaucoup de ces cas, les petites saignées répétées sont un moyen sûr et rapide de guérison. Ce moyen est à essayer d'emblée chez des femmes qui n'ont pas pris de fer encore, lorsque l'état morbide est très accentué et surtout lorsqu'il y a une diminution considérable du taux de l'hémoglobine.

Dans les anémies hystériques et symptomatiques, les saignées n'ont qu'un résultat négatif.

Pour les saignées, les malades doivent être maintenues au lit; elles sont habituellement suivies par des sueurs assez intenses, que l'on encouragera en couvrant suffisamment les malades et en leur donnant des boissons chaudes. Il faut, par séance, enlever de 80 à 100 grammes de sang. Les séances seront espacées les unes des autres de quatre à huit semaines. Peut-être vaut-il mieux choisir l'époque des règles, de façon à agir dans le même sens que l'hémorrhagie naturelle.

L'auteur ne peut pas dire encore si les bons résultats obtenus sont durables, car il n'y a guère plus d'un an qu'il a commencé à mettre en pratique cette méthode de traitement.

Albert Mathieu.

— Le *Medical Record* s'est demandé, comme nous, de quelle utilité sont les congrès au point de vue scientifique. Et voici en quels termes il formule son appréciation : « La vraie science, dit-il, est modeste et, d'ailleurs, discrète. Elle aime le calme et la tranquillité pour ses travaux. Elle annonce ensuite simplement le résultat de ses recherches. Il n'en est pas ainsi des amateurs et des coureurs de congrès. Ce qui fait le trouble et le désespoir de la science pure est, au contraire, la joie et la vie de la pseudo-science.

Tout congrès retentit de la clameur polyglotte de ceux qui embouchent les trompettes de la renommée pour célébrer leurs mérites, véritables politiciens de la médecine, amateurs de la réclame à outrance, réclamateurs éhontés de priorité. Jamais les babels de ces réunions triennales n'ont entendu annoncer une découverte médicale sérieuse.

Le vrai mérite reste trop souvent à la maison. Mais les chasseurs de consultations, les agents de réclames, les promoteurs de notoriété, les médecins « d'affaires » et tout ce menu fretin qui aime à se frotter amoureusement contre les gros bonnets, ceux-là et leurs pareils pullulent dans ces réunions. »

La *Médecine moderne*, qui reproduit aussi l'appréciation du journal anglais, la fait suivre de cette simple mention : « Sévère, mais juste ! »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 août 1890, M. de Beurmann, médecin des hôpitaux de Paris, a été nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort, au château de Valmont, à l'âge de quatre-vingt-un ans, de M. Gavarret, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, etc. ; — et celle de M. le docteur Craninx (de Louvain).

— *Erratum.* — Page 909, 1re colonne, 12e et 13e lignes, au lieu de « de moins de 7 millimètres. On n'a pas avantage... », il faut lire : « de — 7 millimètres. On n'a pas davantage... »

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 101. — JEUDI 4 SEPTEMBRE 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 4 SEPTEMBRE 1890. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.**	» — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Urémie.

Vous avez eu l'occasion d'examiner, au n° 11 de la salle Jenner, un jeune homme de dix-neuf ans qui est mort le 10 janvier, quelques jours après son entrée à l'hôpital.

Ce jeune homme avait du mal de tête, de l'anasarque, une dyspnée violente, un degré assez marqué d'affaiblissement visuel, des épistaxis, des vomissements se répétant plusieurs fois par jour. L'apyrexie était complète.

Dans cette énumération de symptômes, quels sont les plus notables, quels sont ceux qui doivent fixer principalement notre attention? Il y en a trois importants : la dyspnée si marquée, les vomissements fréquents et l'affaiblissement de la vue.

Ce que mon expérience clinique m'avait permis de dissocier dans cet ensemble symptomatique était, en réalité, parfaitement dissocié par l'époque différente de l'apparition des symptômes. En effet, les trois symptômes notables, que je vous ai signalés (dyspnée, vomissements, affaiblissement de la vue), n'existaient que depuis quinze jours; mais on notait une aggravation quotidienne. Depuis deux semaines, ces symptômes n'avaient fait qu'augmenter.

Quelle était cette affection? La dyspnée, les vomissements et les troubles de la vue, apparaissant chez un individu qui n'avait pas de fièvre, suffisaient pour me faire dire qu'il était en état d'urémie.

A côté de ces symptômes propres à l'urémie, il y en avait d'autres qui n'étaient pas sous sa dépendance. L'anasarque, les épistaxis, la perte des forces appartiennent à une maladie plus ancienne, à la néphrite qui avait amené l'état d'urémie.

Mon diagnostic était confirmé par l'examen de l'urine. Celle-ci, en effet, contenait de l'albumine.

Depuis quand existait cet état d'urémie? Le malade est très affirmatif dans ses réponses. Il déclare nettement que les symptômes cardinaux (dyspnée, vomissements, affaiblissement de la vue) ne datent que de quinze jours. L'urémie de ce garçon a donc commencé il y a quinze jours. L'insuffisance rénale ne s'est pas manifestée brusquement, mais elle s'est établie petit à petit, sournoisement. Cette insuffisance rénale était facile à constater, il suffisait de regarder le bocal dans lequel on récoltait l'urine des vingt-quatre heures. La quantité d'urine, émise dans ce laps de temps, s'élevait à 250 grammes!

L'anasarque, l'épistaxis, l'affaiblissement graduel n'avaient pas la même signification. C'étaient des signes de néphrite et non pas d'urémie.

Quel était l'âge de cette néphrite? L'histoire assez précise de ce malade permettait de faire une réponse assez satisfaisante à cette question. La néphrite existait au mois de juillet 1889 : le malade disait qu'à cette époque sa figure était souvent enflée. La néphrite avait déjà plusieurs mois de durée. En effet, l'œdème n'est pas un phénomène initial de la néphrite. Cela peut être un phénomène très précoce, quand la néphrite débute d'une façon aiguë. Or, ce n'est pas le cas; il s'agit, chez notre malade, d'une néphrite chronique d'emblée. Dans ces conditions, l'œdème est un phénomène relativement tardif.

Il est notable que, jusqu'à l'apparition de l'essoufflement, ce garçon allait bien.

L'œdème de la face venait un jour et disparaissait le lendemain. Les membres inférieurs furent envahis ensuite, mais le fait le plus frappant est l'oscillation de l'hydropisie : c'est le caractère de l'hydropisie brightique.

Le malade avait déjà constaté l'œdème qui avait envahi ses membres, quand il a eu des épistaxis remarquables par leur fréquence et leur intensité. De par la date de l'œdème, nous sommes certain que la néphrite a été contractée à une époque antérieure à juillet 1889.

Mais le passé pathologique de ce jeune homme permet d'assigner une date à l'affection rénale. Dans les antécédents de ce malade, on relève une condition étiologique extrêmement importante. Ce jeune homme a habité une maison très humide située au bord d'une rivière. Or, tous les auteurs ont insisté sur l'influence prolongée du froid humide, et surtout sur l'habitation d'une maison aussi défectueuse. C'est en 1888, que ce garçon a séjourné dans cette maison bâtie à côté de la rivière. On peut fouiller dans ses antécédents, on ne trouvera pas une autre condition étiologique capable d'expliquer la néphrite chronique. Celle-ci remonte donc à 1888.

Pourquoi la néphrite, qui existe depuis 1888, n'a-t-elle causé, jusqu'en 1889, aucun symptôme grave? Pourquoi l'affection, à partir de septembre 1887, a-t-elle changé

d'allure et amené l'insuffisance rénale? Nous sommes en mesure de répondre à cette question.

Un individu a des symptômes de néphrite. Mais un jour, la scène change : il est pris d'urémie soit brusque, soit graduelle. Il y a donc deux phases dans la situation pathologique. Il faut qu'à la néphrite se soit ajoutée quelque chose et quelque chose capable d'engendrer l'urémie. Cette distinction est trop souvent méconnue. Un malade a une néphrite, depuis deux ans, pourquoi n'a-t-il eu des symptômes d'urémie qu'hier et non pas six mois ou un an auparavant? J'ai essayé de le faire comprendre en 1885. Deux malades m'ont permis de m'expliquer sur cette question : un jeune garçon était atteint d'urémie scarlatineuse; une vieille femme avait une néphrite syphilitique. La comparaison des deux cas m'a fourni l'occasion de mettre en lumière certains points de pathogénie.

Pour faire de l'urémie, il faut qu'il y ait obstruction rénale. Celle-ci n'est pas la conséquence nécessaire et obligatoire de la néphrite. Un individu atteint de néphrite est plus exposé qu'un autre à avoir de l'obstruction rénale. Si celle-ci est étendue, si elle intéresse une grande partie du rein, elle amène l'insuffisance fonctionnelle. Dans les deux cas que j'ai étudiés en 1886, nous avons touché du doigt l'obstruction rénale.

Le petit garçon, après vingt-quatre heures de maladie, arriva à l'hôpital avec des symptômes menaçants d'urémie. Il avait de l'obstruction rénale grossière, reconnaissable pendant la vie : il avait une obstruction par hémorrhagie, il avait ses canaux rénaux pleins de sang. Au lieu de faire une néphrite simple, ce garçon a fait une néphrite avec des accidents urémiques. Il avait dans les reins le même dépôt que l'on voyait dans le bocal contenant son urine. Petit à petit, l'obstruction a diminué. Pendant plusieurs jours, nous avons constaté l'augmentation de la quantité d'urine, et en même temps la diminution des dépôts qui devinrent de plus en plus limpides.

La femme qui avait une syphilis rénale a succombé aux progrès de l'urémie. Sa néphrite durait depuis nombre d'années, mais les phénomènes urémiques étaient récents. A cette syphilis rénale s'est ajoutée quelque chose, c'était une altération nouvelle.

En effet, à l'autopsie, nous avons trouvé deux sortes de lésions : 1° des lésions de sclérose rénale; 2° des lésions plus récentes constituées par une glomérulite, des exsudats albumineux.

Il y avait donc eu une néphrite aiguë greffée sur une vieille néphrite.

Si la malade survit aux accidents surajoutés, on reste dans le doute sur la cause de l'obstruction. Mais n'oubliez pas que l'urémie indique que quelque chose s'est ajoutée à la néphrite. Le fait nouveau, c'est l'obstruction des reins soit dans les parties sécrétantes, soit dans les parties d'excrétion.

L'examen plus complet de l'urine de notre jeune homme nous révèle des particularités intéressantes. Ce malade n'a émis que 200 grammes d'urine dans vingt-quatre heures. Dans les conditions ordinaires, une urine qui tombe à 200 grammes devrait avoir une densité énorme. Or, cette urine avait seulement 1009 de densité. Jusqu'à la mort du patient, la densité a oscillé entre 1008 et 1010.

Deux cents grammes d'urine dans les vingt-quatre heures, c'est l'obstruction rénale; cette urine a une densité de 1009 : vous pouvez être sûrs que, de même que la quantité d'eau diminue, les éléments constitutifs de l'urine sont tombés à un chiffre inférieur à la normale.

Le chiffre total de l'urée a diminué. Le premier jour, le malade avait rendu $2^{gr}25$ dans les vingt-quatre heures. Après dix jours, le maximum de la quantité d'urée était de 10 grammes, alors que l'urine avait atteint le taux maximum de 1100 grammes. Dans les premiers jours, la quantité d'urée était de 2, de 5, de 4 grammes. Ces chiffres donnent la valeur des autres éléments constitutifs de l'urine qui subissent parallèlement les mêmes fluctuations que l'urée.

Ces éléments étaient retenus dans le sang en même quantité que l'urée. L'étalon de l'urée permet d'affirmer la quantité des éléments qui n'ont pas été dosés séparément.

L'évolution de cet état d'urémie a été un peu satisfaisante. On a gagné quelque chose. Pendant plusieurs jours, il y avait une amélioration certaine. La dyspnée était moins forte, les urines plus abondantes, l'urée en plus grande quantité. Mais l'urée restait tout de même bien inférieure au chiffre normal. Cependant, l'hydropisie augmentait toujours. C'est un signe des plus fâcheux que l'accroissement de l'œdème. Néanmoins, nous n'étions pas plus inquiet que de coutume. La quantité d'urée était relativement élevée. Le taux de l'urée était de 8 grammes. C'est dans ces conditions que la mort survint subitement. Comment pouvait-on expliquer cette terminaison si brusque? Le cœur ou le cerveau pouvait être incriminé. Le cœur ne présentait aucune lésion. L'auscultation avait révélé l'existence d'un bruit de galop, mais nous n'avons pas trouvé des altérations matérielles des orifices. J'ai pensé que la mort était due à une hydroencéphalie ventriculaire.

L'autopsie donna des résultats intéressants. La substance centrale était légèrement tuméfiée et laissait s'écouler à la coupe un peu de sérosité. Il y avait certainement de l'œdème cérébral. On trouvait de la sérosité dans la plèvre, le péricarde et l'abdomen.

Il faut que je vous dise, en passant, ce que nous avions fait pour conjurer les accidents que présentait mon malade pendant son séjour dans mes salles. Il avait été soumis au régime lacté absolu. Il prenait en moyenne 3 ou 4 litres de lait dans les vingt-quatre heures. Chaque jour, il respirait 60 litres d'oxygène. Au début, on lui avait administré quelques purgatifs.

Ce malade a succombé à une poussée d'hydropisie.

Cette parenthèse étant fermée, je vais continuer l'énumération des constatations microscopiques.

Le cœur était hypertrophié, son poids n'était pas inférieur à 600 grammes. L'aorte n'était pas altérée, mais elle était trop petite : sa circonférence au niveau des valvules sigmoïdes mesurait 57 millimètres. Au commencement de la portion thoracique, l'aorte avait 45 millimètres, et au niveau de l'ouverture diaphragmatique, ce vaisseau n'avait que 41 millimètres.

Le rein présentait des lésions anciennes. Il y avait de la sclérose rénale et des altérations plus nouvelles.

Les glandes rénales avaient l'aspect granuleux. Des granulations petites, d'un blanc grisâtre, faisaient saillie à la surface. Le volume des reins était normal. La capsule, très adhérente, se détachait néanmoins avec une assez grande facilité, à cause de l'œdème qui l'infiltrait.

L'examen microscopique fit reconnaître des lésions diverses. Une sclérose diffuse de date ancienne enserrait les tubuli contorti. Ceux-ci sont aplatis, rapetissés et pré-

sentent un épithélium petit, cubique. D'autres tubes ont une altération différente. Ils sont dilatés par un exsudat albumineux. Ces tubes énormément dilatés contrastent avec les tubuli aplatis et donnent à la coupe l'aspect aréolaire. Ceux qui sont à la surface constituent les granulations signalées à l'examen macroscopique. Les anses de Henle participent aussi à l'altération.

Donc, il y avait une lésion type de la néphrite ancienne. En outre, on constatait un exsudat albumineux qui a joué le même rôle que le sang dans la néphrite du petit garçon dont je vous ai parlé. Voilà la cause de l'obstruction rénale.

Nul n'a mieux décrit l'exsudat albumineux que Frerichs, dans son traité en 1851. Sa description est restée debout, malgré les attaques dont elle a été l'objet. Sous l'influence de la théorie cellulaire, on était bien disposé à rayer les exsudats du cadre des lésions. On a vivement critiqué Frerichs. Cependant, on a fini par reconnaître le rôle prépondérant de ces exsudats albumineux dans la production de l'urémie.

Lorsque l'hémorrhagie rénale est hors de cause, l'obstruction du rein est due à un exsudat protéique coagulable. Il peut s'y ajouter de l'œdème, comme Rosenstein l'avait constaté. Cette obstruction doit être étendue pour amener une insuffisance fonctionnelle. Brucke disait, il y a trente-cinq ans de cela : « Ce qui est important ce n'est pas la profondeur des lésions, c'est leur étendue en surface. » J'ai ajouté à cette formule ces quelques mots « et la rapidité de l'obstruction rénale ». Plus cette rapidité est grande, plus l'urémie est irrémédiable.

L'adaptation de l'organisme aux conditions anomales, créées par les lésions, ne peut pas se faire, à cause de la rapidité de l'obstruction.

MÉDECINE PRATIQUE

Du traitement de la chlorose.

Dans son livre récent (1), M. le professeur Hayem indique quelle est la thérapeutique à laquelle l'a amené son étude prolongée de la chlorose : on ne peut, en semblable matière, choisir un guide plus compétent. Son expérience s'appuie sur des recherches méthodiques poursuivies depuis plus de quinze ans.

Sa façon de procéder est un peu différente, suivant qu'il a affaire à la chlorose simple ou à la chlorose avec dyspepsie ; chlorose simple et chlorose dyspeptique, ce sont là pour lui les deux vraies formes cliniques de la maladie ; la chlorose ménorrhagique ne mérite pas le rang d'une forme véritable, et les formes fébriles sont extrêmement rares.

Le remède par excellence de la chlorose, son remède véritablement spécifique, c'est le fer. Si certains médecins se sont découragés de l'employer, c'est qu'ils ne se sont pas servis des bonnes préparations. Autrefois, avec Trousseau et Pidoux, on voyait surtout dans le fer un excitant ; de là, l'emploi des ferrugineux insolubles capables, par leur long séjour au contact de l'estomac, de produire une irritation de la muqueuse. De là aussi, de nombreux insuccès. La dyspepsie, si elle n'existait pas encore, ne tardait pas à apparaître sous l'influence de ces préparations indigestes. Les eaux minérales non plus ne conviennent pas à la chlorose, et les médecins des stations martiales ne s'y sont pas trompés : ils indiquent le fer dans les anémies, mais non dans la chlorose. Parfois leur usage, le séjour même dans la station produisent une sensible mais passagère amélioration.

Il est facile de se rendre compte de cet insuccès ; si l'on évalue à 3 grammes le chiffre total du fer de l'organisme, les globules du sang étant à la fois diminués en nombre et en quantité, c'est de 1gr50 à 2 grammes de fer et plus, que les malades doivent récupérer.

Dans les cures d'eau minérale ferrugineuse, on ne donne pas plus de 5 centigrammes de principe ferrugineux, correspondant à 2 centigrammes de fer métallique. Le traitement devrait ainsi durer : à Forges, par exemple, soixante-cinq jours, pour fournir au sang la quantité de fer qui lui est indispensable pour se reconstituer. Or, la cure minérale n'est guère supportée plus de vingt-cinq à trente jours. La guérison ne peut donc pas être complète.

Il faut administrer le fer sous forme de protosel, et des divers protosels, celui qui donne les meilleurs résultats, c'est le protoxalate de fer. « On commence par 20 centigrammes en deux fois, au début des deux principaux repas, et, au bout de quelques jours (cinq à sept), si le traitement est bien supporté, on en porte progressivement la dose à 30, puis à 40 centigrammes. Il est inutile de dépasser cette dernière dose. »

Si l'usage du fer est de première nécessité dans le traitement de la chlorose, l'hygiène et le régime ont aussi leur importance. Le grand air, l'exercice sont très utiles ; mais il faut se garder de tomber dans l'excès. C'est ainsi que le séjour au bord de la mer est plus nuisible qu'utile aux chlorotiques, et, cependant, que de chlorotiques n'envoie-t-on pas à la mer ! L'exercice doit être pris avec modération, et rien n'est dangereux comme la fatigue excessive ; l'épuisement, le surmenage doivent être évités avec soin. Le séjour au grand air, les longues promenades seront très utiles, à condition que celles-ci soient progressivement graduées.

Le traitement doit être continué jusqu'à ce que le sang soit remonté au taux physiologique ; mais, pour cela, il faut de temps en temps interrompre la cure ferrugineuse. Au bout de six semaines ou deux mois, elle est moins bien tolérée. L'estomac se fatigue, il y a des lourdeurs de tête, des troubles intestinaux. Un repos, une suspension de la médication, pendant dix ou quinze jours, devient nécessaire ; on la reprend ensuite.

Avec les chlorotiques dyspeptiques, chez celles qui ont des gastralgies, des flatulences, de l'intolérance gastrique, le traitement par le fer ne peut pas être commencé d'emblée, et, tout d'abord, il faut s'occuper de la dyspepsie si les digestions sont lentes, pénibles, accompagnées de sensations douloureuses, il faut commencer tout d'abord par instituer une sorte de régime préparatoire. On fait prendre exclusivement pendant quelques jours du lait pur, des potages au lait, de la viande crue, tout en administrant une préparation ferrugineuse à dose très modérée. Au bout de quelques jours, les digestions s'étant améliorées, les phénomènes dyspeptiques s'étant amendés, on peut permettre de nouveaux aliments : la croûte de pain légèrement grillée, des œufs, du poisson à chair maigre, une petite quantité de viande rôtie ou grillée, et enfin des légumes

(1) Hayem. *Du sang et de ses altérations anatomiques.* — Paris 1889, G. Masson.

verts ou farineux, réduits en purée et accommodés au bouillon, au jus ou à la crème.

Le suc gastrique, dans ces conditions, est le plus souvent pauvre en composés chlorés et en acide chlorhydrique ; il est donc indiqué d'administrer de l'acide chlorhydrique à la fin des repas pour faciliter les digestions. M. Hayem donne habituellement deux fois par jour, à la fin du repas, dans un quart de verre d'eau sucrée, une cuillerée à bouche d'une solution d'acide chlorhydrique à 1 p. 100. Il semble, en tous cas, que le fer, dans ces conditions, soit beaucoup plus facilement toléré et absorbé. Les résultats de ce procédé sont si bons, que M. Hayem, maintenant, administre invariablement à la fois le fer et l'acide chlorhydrique, le fer au début, l'acide à la fin du repas.

Il arrive que le sang se répare, qu'il reprend sa composition et sa richesse normales, sans que, cependant, la dyspepsie disparaisse. La chlorose a guéri, la dyspepsie a persisté. Le fer n'est plus utile et l'acide chlorhydrique donne de moins bons résultats. Souvent alors, on réussit beaucoup mieux avec l'acide lactique que l'on donne à la dose de 1 à 2 grammes après le repas.

Peut-être est-ce à l'acide lactique, qu'il renferme en notable quantité, que le képhir doit ses bons effets chez les chlorotiques. M. Hayem emploie alors le képhir n° 2.

Chez les chlorotiques non dyspeptiques, l'alimentation doit être aussi réglementée. C'est un mauvais procédé que de vouloir de force et quand même faire ingérer, aux malades qui luttent et se défendent, des quantités de viandes succulentes et de vins généreux. En insistant trop, on amène le dégoût et l'on appelle la dyspepsie.

M. Hayem, au contraire, supprime tout d'abord les boissons stimulantes : la bière, le vin, le café et le thé. Il attend, pour administrer une alimentation plus réparatrice, que le fer ait déjà remonté les forces, stimulé l'appétit et les fonctions digestives.

Au lieu de vin pur ou coupé d'eau, il donne, au début, du lait pur non bouilli, en quantité modérée, un tiers de litre au plus par repas. S'il y a pour le lait une répugnance marquée, la préférence est donnée à l'eau pure.

« Les aliments solides, pris d'abord en petite quantité et sous une forme simple, se composent de viandes de boucherie, de volaille, d'œufs, de poisson à chair maigre, de légumes verts et de fruits cuits. Je restreins considérablement l'usage du pain et des féculents et recommande aux malades de manger à leur appétit, en ayant soin de boire peu et de se reposer dans la position horizontale pendant un quart d'heure ou vingt minutes après chaque repas. »

Grâce à l'usage du fer, au régime, à l'hygiène, on voit dans la chlorose se produire de véritables résurrections. Rien ne peut remplacer le fer. Les diverses substances qu'on a proposées et administrées ne le valent pas. Sans le fer, on n'obtient que des améliorations plus ou moins durables, mais pas de guérisons complètes.

Il importe, pour savoir où l'on en est dans le traitement de la chlorose, de rechercher de temps à autre quelle est la composition du sang. Ce n'est que lorsqu'il y a un nombre suffisant de globules suffisamment riches en hémoglobine, et partant en fer, que l'on peut suspendre la médication. L'examen du sang permet seul de savoir si l'on peut et si l'on doit s'arrêter. Les récidives, les rechutes ne sont pas ainsi supprimées, mais elles sont rendues moins fréquentes.

A. M.

UN CAS DE PARALYSIE DU NERF RADIAL DROIT PAR COMPRESSION

Par M. le docteur Charles Liégeois,
De Bainville-aux-Saules (Vosges),

Le sujet de notre observation est un homme de soixante ans, M. B..., pesant 125 kilogrammes.

Il revenait le 14 mars 1890, à deux heures du matin, du chef-lieu de canton, assis, en compagnie d'un camarade, sur le siège d'une voiture dite à berceau qui versa, en passant, sur un tas de pierres. Son compagnon resta sans connaissance, allongé sur M. B... qui se trouvait couché sur le ventre; le berceau de la voiture était appuyé sur la partie du bras qui correspond au bord externe de l'humérus droit, à 20 centimètres de l'articulation de l'épaule. La compression dura en tout une heure; le compagnon d'infortune de M. B..., ayant recouvré ses sens et s'étant dégagé de dessous la voiture, avait requis quelques personnes du voisinage qui relevèrent le chariot.

Le même jour, à dix heures du matin, appelé près de M. B..., je constatai ce qui suit :

L'avant-bras droit est en pronation ; le malade ne saurait le remuer. Il ne peut le soulever que s'il le saisit de la main gauche; sans ce soutien, l'avant-bras retombe comme une masse inerte. Le bras non plus ne peut être soulevé quoique les mouvements de l'épaule ne soient pas compromis. Tous les doigts sont fléchis vers la paume de la main, les phalanges étant fléchies les unes sur les autres et la première étant fléchie sur le métacarpien.

M. B... ne peut, de sa propre volonté, accentuer cette flexion des doigts, c'est-à-dire amener leur extrémité au contact des régions thénar et hypothénar; il ne réussit à exécuter des mouvements de flexion des doigts — très sommaires, il est vrai — que si l'on tient son poignet relevé. Il lui est impossible encore de faire redresser les doigts fléchis, à moins que l'on ne redresse préalablement les phalanges métacarpiennes (à cette seule condition, phalangettes et phalangines simulent un léger mouvement d'extension).

Soulève-t-on l'avant-bras en le soutenant en avant du coude, l'on voit, la face palmaire de la main regardant en arrière, le poignet s'infléchir presqu'à angle droit sur la face antérieure de l'avant-bras sans qu'il puisse être redressé spontanément. Le poignet, du reste, quelle que soit sa position, ne peut faire le moindre mouvement latéral.

La supination volontaire est abolie; l'avant-bras et la main mis en supination retombent en pronation quand on cesse de les soutenir.

Enfin, notre sujet ne saurait, *proprio motu*, étendre son avant-bras droit sur son bras, ni son bras droit sur son avant-bras, ni porter l'avant-bras ou le bras en arrière ou en avant.

La sensibilité au froid, au pincement, à la piqûre me paraît normale à la partie interne du bras, à la face postéro-externe de l'avant-bras, à la moitié externe du dos de la main et à la face dorsale du pouce, de l'index et de la moitié externe du médius. Quand on soulève l'avant-bras, le patient déclare qu'il a la sensation « de sang ou d'eau coulant dans son intérieur ». Je n'ai exploré qu'ultérieurement la sensibilité électro-musculaire : elle était parfaitement intacte.

Rien de particulier à noter du côté de la température soit au bras, soit à l'avant-bras. Le pouls radial bat régulièrement à 72.

Une ecchymose rectangulaire, longue de 8 centimètres, large de 4, se voit au niveau du bord externe de l'humérus droit, à 20 centimètres de l'articulation de l'épaule, là où s'est exercée la compression; les tissus, à ce niveau, sont aplatis et déprimés. L'humérus, la clavicule ne sont pas fracturés; l'extrémité externe de celle-ci n'est pas luxée.

J'étais en présence — pouvais-je en douter? — d'une « paralysie du nerf radial droit par compression ». Le berceau de la voiture avait comprimé pendant une heure ce nerf, dans une hauteur de 4 centimètres, juste à l'endroit

où, superficiel après avoir traversé la gouttière de torsion, il longe le bord externe de l'humérus avant de s'engager dans l'interstice musculaire du long supinateur et du brachial antérieur. Les muscles supinateurs et les muscles extenseurs qu'innerve ce nerf, sont, en effet, paralysés. La pronation dans laquelle retombent l'avant-bras et la main a sa raison d'être dans la paralysie des muscles long et court supinateurs; l'impossibilité de redresser les doigts dans la paralysie de leur extenseur commun; l'inflexion du poignet à angle presque droit vers la face interne de l'avant-bras, lorsque le bras est soulevé dans la paralysie des muscles extenseurs du poignet. Et si l'adduction et l'abduction ne pouvaient plus se faire, c'est encore à cause de la paralysie du nerf radial qui innerve le muscle adducteur dit muscle cubital postérieur et le muscle abducteur dit muscle premier radial. C'est parce que le nerf radial n'a rien à voir dans l'innervation des muscles inter-osseux que ceux-ci étendent les dernières phalanges, quand on a redressé au préalable les phalanges métacarpiennes, c'est-à-dire suppléé à l'extenseur commun des doigts qui est paralysé.

On sait que la faiblesse des muscles fléchisseurs n'est qu'apparente et qu'elle est due, grâce à la paralysie des extenseurs, au raccourcissement des fléchisseurs. Aussi dans le cas que je rapporte, les mouvements de flexion reparaissaient, insignifiants à vrai dire, quand je relevais le poignet.

M. Panas estime que, dans la paralysie radiale par compression, le muscle triceps brachial n'est jamais compromis, conserve toujours toute sa force. M. Joffroy, cependant, a cité un cas où ce muscle était affaibli ainsi que l'anconé. Nous pensons que, dans le nôtre, ces deux muscles, ou plus exactement le vaste interne du triceps brachial et l'anconé étaient absolument paralysés. Remarquez, en effet, que M. B... ne pouvait étendre spontanément l'avant-bras sur le bras, ni le bras sur l'avant-bras, en un mot ne pouvait exécuter les mouvements propres à ces muscles.

La durée et l'intensité de la compression, si caractérisée ici par un aplatissement marqué des tissus, ne suffiraient-elles pas pour expliquer la contusion des filets nerveux du triceps; alors, qu'en général, le tronc principal se trouve seul atteint?

La conservation de la sensibilité cutanée ne va pas contre notre hypothèse, car les nombreuses anastomoses terminales des nerfs de l'avant-bras expliquent la continuité de cette fonction.

Du 15 mars au 4 avril, j'électrisai tous les matins mon malade pendant une heure avec l'appareil à courant continu de Trouvé, à huit éléments, au sulfate de cuivre, dont je plaçais la plaque positive au-dessus ou au niveau de la gouttière de torsion ou vers le quart inféro-antérieur de l'humérus, et la plaque négative sur la face latéro-dorsale interne de la main. Dix-neuf séances n'ayant amené aucun résultat, j'eus recours, à partir du 4 avril, à l'appareil électro-médical induit de Trouvé au bisulfate de mercure. Dès la première séance (j'en fis chaque jour deux d'une heure) je me servis des courants les plus intenses, ayant soin de sortir complètement de la bobine le tube graduateur. Tous les muscles paralysés répondaient aux courants par les mouvements les plus variés. C'est seulement après la quarantième séance, le 24 avril, que j'eus la satisfaction de voir, en dehors de l'application volta-faradique, l'auriculaire et le pouce exécuter de petits mouvements de flexion et d'adduction. Soulever l'avant-bras, le mettre en supination, remuer les autres doigts étaient encore autant de choses irréalisables.

Le 1er mai, tous les doigts pouvaient opérer des mouvements de flexion et d'adduction; mais l'abduction des doigts, l'abduction et l'adduction de la main ne se faisaient pas. Le sujet était incapable, sans le secours de sa main gauche, de transformer la pronation en supination; le triceps et l'anconé commençaient, il est vrai, à recouvrer leur énergie primitive, puisque M. B... réussissait à placer son avant-bras dans l'écharpe.

Le 29 mai, les muscles supinateurs, les muscles adducteur et abducteur du poignet reprenaient leurs fonctions perdues depuis soixante-quinze jours; la supination se faisait à merveille. Le gonflement de la main entravant singulièrement la flexion, le malade, d'après nos conseils, l'exposa deux fois par jour pendant une demi-heure à des irrigations d'eau froide.

Puisque les mouvements de flexion revenaient peu à peu, n'était-ce pas une preuve qu'eux aussi, les extenseurs, moins allongés et, partant, moins paralysés, allaient graduellement, comme les supinateurs, recouvrer leurs fonctions? C'est ce qui arriva : les doigts purent s'étendre et se redresser à partir du 10 juin, trois mois moins quelques jours après le traumatisme.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

I

Traitement préventif de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. — M. Puech expose, dans les *Archives de tocologie*, les résultats qu'il a obtenus dans le traitement préventif de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

Pour cet auteur, l'ophthalmie purulente reconnaît surtout pour cause la contagion par les sécrétions utéro-vaginales de la mère, quelle que soit leur nature. La fréquence même de ces écoulements, dont l'absence chez la femme enceinte constitue l'exception, doit engager l'accoucheur à instituer, dans tous les cas, le traitement préventif de l'ophthalmie du nouveau-né.

M. Puech a fait l'essai alternatif de la méthode de Crédé et de la méthode d'Hegar-Korhn.

La méthode de Crédé consiste dans l'instillation dans les yeux du nouveau-né d'une goutte de solution de nitrate d'argent à 1/50e. Crédé recommande de pratiquer ensuite quelques lavages avec de l'eau légèrement phéniquée et de placer sur les yeux une compresse d'eau salicylée. M. Puech s'est borné à faire simplement une instillation d'une goutte de nitrate d'argent.

La méthode d'Hégar-Korhn est assez simple. Dès que la tête de l'enfant franchit le périnée, on se hâte d'essuyer les paupières encore closes de l'enfant avec deux tampons d'ouate trempés au préalable dans une solution au bichlorure de mercure. Quand le fœtus est tout entier expulsé, on procède à nouveau avec d'autres tampons à un nettoyage soigneux des paupières et de tout le pourtour de l'œil.

M. Puech croit que les deux méthodes ont une égale efficacité. Cependant, il n'est pas éloigné de penser que la méthode de Crédé reste la méthode de choix, applicable aux Maternités, surtout au cours des épidémies graves d'ophthalmie.

La méthode d'Hégar-Korhn serait la méthode à laquelle on pourrait s'adresser dans la pratique extra-hospitalière, où les chances de contamination sont moins grandes.

Rougeole et broncho-pneumonie. — M. Sevestre a publié, dans la *Revue des maladies de l'enfance*, une intéressante étude sur la rougeole et la broncho-pneumonie.

La rougeole, maladie généralement bénigne, peut, dans certaines circonstances, devenir très grave; il en est souvent ainsi dans les hôpitaux d'enfants.

La gravité de la rougeole résulte, le plus ordinairement, d'une complication de broncho-pneumonie. Cette complication est une maladie surajoutée, indépendante de la rougeole, et résulte d'une infection secondaire. La contagion en est l'origine la plus fréquente, mais la broncho-pneumonie peut aussi provenir d'une auto-infection, par les microbes existant normalement dans la bouche. La tuberculose est aussi une complication assez fréquente de la rougeole.

M. Sevestre arrive ensuite aux déductions pratiques. Il faut, dit-il, prévenir le développement de la broncho-pneumonie et empêcher la contagion de s'exercer. Mais on ignore comment se fait la contagion de la broncho-pneumonie.

M. Sevestre propose de limiter à six ou huit, au plus, le nombre des malades atteints de rougeole, qui se trouvent dans une même salle; en outre, on doit assurer dans cette salle l'aération et la ventilation. On fera une antisepsie aussi complète et aussi soignée que possible, soit pendant le séjour du malade, soit après sa sortie. Enfin, il est nécessaire de disposer de salles de rechange, afin de pouvoir procéder de temps en temps à un nettoyage complet des salles. Grâce à ces divers moyens, la mortalité de l'hospice des Enfants-Assistés est tombée à 10 p. 100, alors qu'elle était de 40 ou 50 p. 100.

M. Sevestre recommande de veiller, d'une façon spéciale, à l'antisepsie de la cavité buccale.

II

Pathogénie de certains abcès multiples chez les nourrissons. — M. Bouchut, qui a bien étudié les abcès multiples des nourrissons, les rapportait à trois causes : 1° à la puerpéralité; 2° à la syphilis; 3° à la scrofule.

Mais MM. Roulland (de Niort) et Vilcocq ont décrit des abcès multiples d'origine inconnue. Ces deux auteurs, malgré les recherches les plus minutieuses, n'avaient pu déterminer la cause de ces abcès.

Il est évident que le titre donné par MM. Roulland et Vilcocq à l'affection qu'ils avaient observée ne pouvait pas être définitif. C'était une étiquette provisoire.

M. Couder a repris cette question et l'a exposée dans la *Revue des maladies de l'enfance*.

On observe parfois, chez le nourrisson, dit M. Couder, des abcès chauds multiples, une infection purulente généralement bénigne, qui est l'un des aspects d'une infection générale. Cette infection se fait par deux principales portes d'entrée :

1° La plaie ombilicale enflammée et septique (abcès puerpéraux de Bouchut);

2° Les voies digestives, quand le lait de la mère contient des microbes pathogènes. Cette origine reste toujours ignorée si l'on s'en tient à l'examen de l'enfant seul.

Chaque fois qu'il existe de la galactophoromastite (Budin) ou une maladie générale aiguë contagieuse (Tarnier), chaque fois, en un mot, que le lait contient des micro-organismes pathogènes, la femme doit cesser de donner le sein.

Quand il existe des simples crevasses, il faut les traiter par des applications continues de compresses antiseptiques (eau alcoolisée ou boriquée). En outre, les crevasses seront mises à l'abri de toute infection par l'emploi d'un bout de sein ou d'une têterelle.

Enfin, on fera une antisepsie soignée de la plaie ombilicale.

Quelques expériences relatives à la désinfection des doigts du chirurgien. — Les chirurgiens sont à peu près d'accord pour reconnaître l'importance de la désinfection des mains, avant toute opération. Les doigts contiennent des plis, des coins et des recoins où les germes peuvent se cacher. M. Wessberge a publié, dans la *Revue générale de l'antisepsie*, les résultats des expériences entreprises par M. le docteur Fürbinger sur cette question.

M. le docteur Fürbinger propose le procédé suivant :

1° Les ongles seront nettoyés à sec avec un couteau ou tout autre instrument propre à cet usage;

2° Les mains brossées pendant une minute à l'eau chaude et au savon;

3° Puis lavées, pendant le même laps de temps, dans l'alcool à 80 p. 100;

4° Enfin brossées de nouveau dans une solution sublimée à 2 p. 1000 ou phéniquée à 3 p. 100 pendant une minute. Durée du procédé : quatre minutes.

L'intervention de l'alcool, outre qu'elle assure une désinfection parfaite, a encore cet avantage de préserver les mains de l'action parfois fort désagréable que l'eau phéniquée exerce sur la peau de certains opérateurs.

La solution de bichlorure de mercure semble être supérieure à l'eau phéniquée. Mais, tandis qu'une solution phéniquée, préparée avec de l'eau distillée, reste fort longtemps intacte, une solution, préparée avec de l'eau ordinaire (ainsi que cela a lieu dans beaucoup de nos hôpitaux), subit au bout de *quelques heures* une décomposition, en vertu de laquelle il se forme du trioxychlorure de mercure, décomposition qui enlève toutes les propriétés antiseptiques de la solution employée. Or, cette décomposition a lieu dans les proportions de 80 p. 100; de sorte qu'au bout de six à huit heures, une solution préparée avec 1 gramme de bichlorure de mercure pour 2 litres d'eau, ne contient plus que 0,2 p. 1 000 de sublimé; c'est-à-dire que la solution est à 1/5000. Pour peu qu'on ne mette que 8 décigrammes de bichlorure pour 1 litre d'eau, la liqueur supposée antiseptique ne contiendra, en réalité, pas un atome de sublimé.

Il faut donc se servir de l'eau distillée pour faire les solutions de sublimé, à moins de se servir de la solution préparée comme d'ordinaire, mais immédiatement après qu'on a ajouté le bichlorure de mercure à l'eau.

M. Fürbinger estime que l'acide phénique, dans la proportion de 3 p. 100 d'eau, « est encore le plus sûr et le plus praticable des antiseptiques employés dans nos hôpitaux ».

Des transformations épithéliales physiologiques et pathologiques. — M. Henry Morau a entrepris une intéressante étude sur les transformations épithéliales physiologiques et pathologiques. L'auteur a entrepris une longue série d'expériences et pratiqué un nombre considérable de coupes pour aboutir à des conclusions qu'il est bon de signaler. M. Morau commence par établir le fait suivant : les épithéliums se transforment et leur origine embryologique ne leur imprime pas forcément une morphologie fixe. Un autre chapitre est consacré à la démonstration d'un fait qui avait été déjà soupçonné, à savoir que la transformation de l'élément épithélial se produit, en général, en même temps que change le rôle physiologique qu'il doit remplir.

De l'ensemble des observations de M. Morau, il résulte que le revêtement épithélial de la muqueuse du vagin d'un grand nombre de rongeurs, ne reste pas fixe dans sa morphologie, suivant que tout l'appareil génital de ces animaux est dans une phase de repos ou d'activité fonctionnelle. La transformation des éléments cellulaires semble s'accorder et coïncider exactement avec la fonction physiologique. Les cellules profondes de la muqueuse évoluent alternativement, selon le type pavimenteux ou le type cylindrique muqueux. Cette évolution est directement influencée par la différence de la fonction de l'organe; or, comme celle-ci est rythmique, il s'ensuit que la transformation épithéliale est également rythmique.

Dans un dernier chapitre, M. Morau étudie différentes transformations d'ordre pathologique. Ces transformations reconnaissent le plus souvent pour causes le changement de milieu de l'élément et son irritation, soit mécanique soit chimique.

Remède contre le hoquet (Lœbl). — Une cuillerée à café de sucre mélangée avec une cuillerée à café de vinaigre. (*Lyon médical.*)

Injection désinfectante (Hamon).

Acide salicylique.	} *ââ*	2 grammes.
Acide thymique		
Essence d'ambre.		xx gouttes.
Essence de verveine		xxx —
Alcool à 90 degrés.		25 grammes.
Eau de Cologne		50 —
Eau distillée		300 —

Mêlez. Une cuillerée à soupe de cette solution pour un litre d'eau, que l'on emploiera sous forme d'injections utéro-vaginales, répétées trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, afin de faire cesser la fétidité des lochies. (*Presse médicale belge.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 septembre 1890. — Présidence de M. Tarnier.

M. LE PRÉSIDENT, après la lecture de la correspondance, annonce la mort de M. Gavarret, ancien président de l'Académie, et, en signe de deuil, lève la séance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er septembre 1890, M. Joyau a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 2 septembre 1890, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. Arnaud, pour l'emploi de directeur du service de santé du 17e corps d'armée; — M. Chauvel, pour l'emploi de directeur du service de santé du 9e corps d'armée; — M. Duprey, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Rouen; — M. Gigon, pour le 104e d'infanterie.

— La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse met au concours, pour 1891, les deux prix suivants :

Prix Jules Naudin : « Histoire et critique des doctrines relatives au tétanos. » Valeur du prix : 1500 francs, plus 200 francs pour impression.

Prix de Mme Adrien Gaussail : « De l'influence des fièvres éruptives sur le développement de la tuberculose. » Valeur du prix : 1000 francs, plus 200 francs pour impression.

Indépendamment des prix ci-dessus la Société peut décerner, chaque année, quatre médailles d'encouragement : vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations, à leur choix, pourvu que ces ouvrages n'aient point été imprimés ou communiqués à quelque autre société savante.

Les mémoires doivent être adressés, pour les prix avant le 1er janvier 1891, pour les médailles d'encouragement avant le 1er mars 1891, à M. le secrétaire général de la Société.

Plages de la Manche, Nord, Normandie, Bretagne (de Dunkerque à Roscoff), par G. Bardet. 3e édition, 1 vol. in-18 cartonné, 16 gravures, 7 cartes. — Prix : 5 francs. — Paris, E. Dentu.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 102. — SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1890. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La langue noire (mélanotrichie linguale).

Par le docteur H. Surmont,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Lille.

L'affection qui fait le sujet de ce travail n'est pas rare, mais elle n'a pas eu, jusqu'à présent, le privilège d'attirer d'une manière bien évidente l'attention des cliniciens, puisque les faits publiés jusqu'à ce jour (elle a été décrite en 1869) ne dépassent guère la cinquantaine. Il est juste d'ajouter qu'elle n'a aucune gravité, qu'elle entraîne bien peu d'ennuis pour le malade, et l'on s'expliquera par là que sa découverte soit quelquefois une surprise pour le sujet comme pour le médecin.

Nous avons eu, pour notre part, l'occasion d'en voir cinq cas en trois ans. De ces cinq malades, deux nous ont été gracieusement adressés par nos collègues MM. les docteurs Brulant et Dumont, chefs de clinique de la Faculté. C'est sur l'étude de ces malades et l'analyse sérieuse des cas épars dans la littérature médicale qu'est fondé ce travail.

I

Définition et synonymie. — La langue noire est essentiellement caractérisée par une hypertrophie du revêtement épithélial des papilles filiformes de la langue et un changement de leur coloration. L'hypertrophie peut être telle que ces productions épithéliales atteignent jusqu'à 1 centimètre et demi et plus de longueur, formant ainsi, sur le dos de la langue, de véritables poils, dont la coloration variable, mais foncée dans la presque totalité des cas, affecte tous les tons du jaune brunâtre au noir d'encre.

Cette altération linguale a été désignée, jusqu'ici, sous des noms tellement variés que nous ne pouvons nous dispenser de faire passer cette riche synonymie sous les yeux du lecteur.

Beaucoup d'auteurs, d'auteurs étrangers en particulier, ont conservé la dénomination de « nigritie de la langue, nigrities linguæ », proposée par Bertrand de Saint-Germain pour des faits de même ordre, sinon les mêmes que ceux dont nous nous occupons. Bertrand de Saint-Germain comparait à tort cet état anomal de la langue à la structure normale de la peau du nègre. Les autres dénominations, utilisées en France, sont celles de « coloration noire extrinsèque spontanée de la langue » (Gubler), « langue noire » (M. Raynaud), « coloration noire de la langue » (Gallois), « glossophytie » (Dessois). A l'étranger, on rencontre les noms divers de « lingua nigra » (Sell, Böcher), « nigrities linguæ », « black tongue »; et, en Allemagne, les appellations variées de « schwarze Zungenbelag », « schwarze Zunge », « schwarze Haarzunge ». Cette dernière expression est certainement, de toutes celles employées jusqu'ici, la plus heureuse; elle caractérise absolument l'aspect clinique de l'affection. Les noms français de « langue noire », « coloration noire de la langue », sont notoirement insuffisants et souvent inexacts; celui de « nigritie » correspond à une erreur anatomique; celui de « glossophytie », proposé par Dessois, est mauvais, parce qu'il a son point de départ dans des vues théoriques (l'origine parasitaire des lésions) dont l'exactitude est loin d'être démontrée, et que, d'accord avec beaucoup d'auteurs récents, je repousse complètement; aussi je crois devoir proposer, pour désigner ces faits, un mot nouveau qui, tiré des seuls caractères cliniques de l'affection, ne risque pas d'être mis en défaut, celui de « mélanotrichie linguale » (μελας, θριξ).

II

Historique. — Je n'hésite pas à commencer l'histoire de la langue noire en 1869, époque où l'affection fut décrite en même temps par Gubler et par Maurice Raynaud. C'est donc une maladie d'origine toute française; ses deux parrains avaient été si nettement frappés de ses caractères essentiels que, sans avoir connaissance de leurs travaux réciproques, ils employèrent des images presque identiques pour en retracer les aspects spéciaux.

Les auteurs qui, après eux, ont repris cette étude, ont voulu trouver, dans les ouvrages antérieurs, des faits analogues à ceux de Gubler et de Maurice Raynaud. En réalité, les passages incriminés n'ont trait qu'à des faits observés très superficiellement ou même étrangers à la question; en tout cas, on ne trouve nulle part une description dont on puisse dire, sans discussion, qu'elle se rapporte à un cas de langue noire. Cette remarque s'applique en particulier à

Rayer, Bertrand de Saint-Germain, Eulenberg. Voici la citation de Rayer (1) : « J'ai vu, dit-il, plusieurs exemples de coloration noire de la langue. Ordinairement, la matière colorante déposée sur les bords de cet organe en petits points rapprochés, d'un noir bleuâtre, s'étend sur la face supérieure de cet organe. La langue est d'ailleurs parfaitement saine. » On avouera qu'il faut de la bonne volonté pour reconnaître le tableau de la langue noire dans ces quelques lignes, qui ne retracent ni la marche de l'affection, ni son siège habituel, ni son aspect chevelu, etc. Je considérerais bien plus volontiers, comme un cas de mélanotrichie, le fait suivant de Portal (2), relatif à « une femme dont la langue était couverte de poils de 5 à 6 lignes de longueur, assez rudes, et reparaissant peu de temps après avoir été coupés. Cette singulière maladie guérit par l'usage des antiscorbutiques. » Ollivier (3) rapporte le cas de Portal; puis l'on ne trouve plus rien de semblable dans les œuvres des médecins de la première moitié du siècle, pourtant si attentifs à la séméiologie de la langue.

Bertrand de Saint-Germain (4) fait en 1855, à l'Académie des sciences, une communication sur quatre cas de « nigritie de la langue en dehors de tout état fébrile », dans lesquels on a voulu voir les premiers faits bien observés de langue noire. Ce qu'il y a de remarquable, dit l'auteur, « c'est la coloration noire de la face supérieure de la langue..., sans qu'il y ait augmentation appréciable du volume de la langue, ni rigidité, ni douleur, *ni enduit superficiel*. Dans ces divers cas, la coloration s'est manifestée dès le début comme une tache d'un noir très vif et de forme ovale, sur la ligne médiane, d'où elle s'est étendue par degrés à toute la surface de la langue. Elle est restée stationnaire environ dix jours, puis s'est effacée peu à peu en sens inverse du mode de propagation, c'est-à-dire de la circonférence au centre... On ne pouvait méconnaître une production insolite de ce même pigmentum qui colore la peau du nègre. » Cette description se rapporte bien à la forme des taches noires, à leur évolution habituelle, à leur localisation, à leur couleur; mais, loin de noter l'existence de productions piliformes, Bertrand de Saint-Germain mentionne expressément l'absence de tout enduit superficiel, compare l'organe à la langue du perroquet et de certaines races de chiens, et place le siège de la coloration dans les couches profondes de la muqueuse. Le doute est donc permis sur les faits de cet auteur, et cela d'autant plus que, à notre avis, il faut attacher à l'état velu de la langue autant, sinon plus, d'importance diagnostique qu'à sa coloration sombre.

Eulenberg (5) a décrit (6), chez un enfant de deux ans, atteint de catarrhe intestinal, une coloration analogue de la langue; mais, selon Brosin (7), il n'y a qu'une chose qui paraisse démontrée, d'après les dessins et la relation de l'auteur, c'est qu'il considère cette pigmentation comme analogue à la pigmentation cutanée. C'est donc encore un cas douteux.

Nous arrivons maintenant aux travaux de Gubler (1) et de Maurice Raynaud (2), et dès lors l'affection, bien observée et complètement décrite, entre dans une nouvelle phase de son histoire. Gubler (3) en donne la description suivante que nous rapportons en entier :

« Chez quelques personnes, spécialement chez des malades et des vieillards, on remarque, sur la face dorsale de la langue, un enduit noir ayant manifestement son siège dans la couche d'épithélium qui est alors très épaisse. Les gaines épithéliales des papilles forment en ce cas de longues villosités couchées en sens différents, à peu près comme l'herbe versée. La couleur noire plus profonde au milieu de la langue où l'épithélium est plus haut, s'atténue vers les bords et à la pointe où la cuticule épidermique est plus rare. Il est impossible de détacher la couleur noire sans enlever les coiffes épithéliales, et l'opération est difficile à exécuter.

La coloration affecte parfois certaines régions seulement sous forme de taches arrondies ou irrégulières; le plus souvent elle est diffuse. En tous cas, elle présente rarement la circonscription nette des taches pigmentaires proprement dites. La durée est très variable, de quelques semaines à quelques mois. Chez un de mes amis qui souffrit longtemps d'une grave affection des voies digestives, cette couleur noire de la langue apparut en même temps que les symptômes abdominaux, et ne commença à s'atténuer que lorsqu'ils furent améliorés. Elle dura plus d'une année entière.

La première idée qui se présente en présence de cette coloration, c'est que le sujet a léché l'encre de sa plume, ou qu'il a bu du vin pur très chargé de matière colorante. Cette dernière circonstance peut se présenter plus habituellement; néanmoins, il est souvent facile de s'assurer qu'elle n'est pas la cause du phénomène, soit parce qu'on apprend que les sujets ne boivent pas de vin, soit parce qu'en supprimant cette boisson, on ne voit pas disparaître la coloration noire. Dès lors, on a dû songer à la présence d'un parasite, mais jusqu'ici l'observation microscopique n'a pas justifié cette hypothèse. »

Quelques semaines après l'impression de cet article, et avant sa publication, M. Raynaud (4) avait entretenu la Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du 26 février 1869, de trois cas de cette curieuse affection. Il emploie, pour caractériser l'aspect de la langue, la même image que Gubler, et compare l'organe à un champ de blé « lorsque, après un violent orage, les épis, mouillés et renversés par la pluie, se réunissent en touffes épaisses couchées et entrecroisées en divers sens ». La communication de M. Raynaud est intitulée : « Note sur une nouvelle affection parasitaire de la muqueuse linguale »; pourtant l'auteur n'est pas intimement convaincu de l'action des parasites dans la production du phénomène, car son travail se termine par les lignes suivantes : « Deux éléments concourent à donner à la langue l'aspect si remarquable que j'ai décrit en commençant, savoir : l'hypertrophie épithéliale et la présence

(1) Rayer. *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, 1835, vol. III, p. 573.

(2) Portal. *Anatomie médicale*, t. IV, p. 527. — Paris, 1804.

(3) Ollivier. *Dictionnaire de médecine*, 1838, art. Langue, t. XIII, p. 402.

(4) Bertrand de Saint-Germain. Nigritie de la langue en dehors de tout état fébrile, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 26 novembre 1855, t. XII, p. 932.

(5) Et non pas Eulenburg, comme l'écrivent presque tous les auteurs.

(6) Eulenberg. Die Schwarzer Zungenbelag, *Arch. f. Phys.*, Heilkunde 1853, Bd. 16, p. 490.

(7) Fr. Brosin. Ueber die schwarze Haarzunge, in *Dermatologische Studien herausgegeben*, von Dr Unna. Hambourg, 1888.

(1) Gubler. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Bouche (séméiologie), 1869, 1re série, t. X, p. 229.

(2) Maurice Raynaud. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1869, 3e série, t. VI, p. 1 des *Mémoires*.

(3) Gubler. Loc. cit.

(4) M. Raynaud. Loc. cit.

du parasite ; lequel de ces deux éléments joue le rôle principal? Est-ce le parasite, qui provoque par sa présence la prolifération et la condensation des éléments de l'épithélium lingual? Est-ce, au contraire, l'épithélium préalablement transformé en cylindre piliforme, qui offre au parasite les conditions d'habitat qui favorisent son développement? Cette seconde manière de voir me paraît la seule admissible. J'ai, en effet, précédemment indiqué que cette modification de l'épithélium lingual pouvait exister sans traces de parasites. »

On voit par ces lignes que, dès le début, la question de l'origine parasitaire de ces altérations linguales s'est nettement posée, et que, dès le début aussi, elle a laissé dans l'hésitation ceux qui l'ont soulevée.

De 1869 à 1883, l'attention n'est pas du tout appelée à l'étranger sur la langue noire, et les faits publiés sont, sauf deux ou trois, presque exclusivement d'origine française.

Cette même année 1869, M. Gallois (1) présentait, à la Société de biologie, l'observation d'un cas dans lequel il attribue la coloration noire aux aliments et au vin. Gubler (2), présent à la séance, proteste énergiquement contre cette interprétation, tout en reconnaissant que la question étiologique reste entièrement à résoudre. M. Balbiani, qui avait pratiqué l'examen microscopique dans le cas de M. Gallois, n'y avait pas rencontré « de spores semblables à celles qu'il avait vues dans l'échantillon qui lui avait été soumis par M. le docteur Raynaud ». Il avait simplement observé des filaments de leptothrix. Dans la même séance, M. Laborde (3) rapporte l'examen d'un cas où il n'a « trouvé rien qui pût être rattaché à un nouveau champignon ».

Le silence se fait dès lors sur la question jusqu'en 1875, car Richter (4) et W. Fairlie Clarke (5), qui sont les seuls à en parler, se bornent à signaler les faits de M. Raynaud. Toutefois, Richter ajoute, à son compte rendu des faits de M. Raynaud, qu'il a observé à plusieurs reprises, sur de nombreuses préparations microscopiques, que les hyperplasies des épithéliums de la langue constituaient un gazon épais de cylindres noirs crénelés, mais que cependant il n'a jamais pu trouver le champignon dont il est question (cité par Brosin).

En 1875, M. Féréol (6) apporte, à la Société médicale des hôpitaux, un nouveau fait à propos duquel il repousse résolument la théorie parasitaire, pour ne voir dans la langue noire qu'une *hypertrophie épithéliale piliforme des papilles de la langue*.

L'attention est rappelée de nouveau sur ce sujet, les observations se multiplient. MM. Laveau (7), Lancereaux (8), Vidal (9), Vallin (10) apportent successivement leurs cas, et l'affection fait son entrée dans les classiques (1). Pour tous ces auteurs, la question étiologique reste pleine d'obscurités, toutefois M. Lancereaux pencherait volontiers vers l'influence parasitaire. « L'hypertrophie épithéliale et la présence de ce parasite sont évidemment la cause de la coloration si particulière de la langue; mais lequel de ces deux éléments joue ici le principal rôle ? Il me serait difficile de le dire. Je n'oserais toutefois avancer, avec M. Raynaud, que c'est simplement l'épithélium transformé en cylindre piliforme, car si parfois on ne trouve pas de spores, il n'est pas certain que celles-ci n'aient pas existé au préalable. »

M. Dessois (2), dans une thèse bien étudiée, fort de l'examen microscopique de trois cas pratiqué dans le laboratoire et sous la direction de M. Malassez, se rallie positivement à la théorie parasitaire, baptise le champignon pathogène du nom de glossophyton, et l'affection qu'il détermine de celui de glossophytie. Les conclusions de son travail méritent d'être reproduites. Elles sont :

1° Que la coloration noire avec hypertrophie des papilles linguales coexiste toujours avec la présence d'un parasite végétal ;

2° Que cette coloration doit être rapportée au microphyte lui-même, qui la communique aux gaines épithéliales allongées des papilles;

3° Que l'hypertrophie papillaire, dont l'existence préalable à un certain degré, par suite d'une idiosyncrasie, présentait une condition favorable à l'implantation du parasite, est due spécialement à l'irritation nutritive causée par ce cryptogame.

Les arguments de M. Dessois ne convainquirent pas tout le monde, et tandis que Sell (3) et M. Pasquier (4) publiaient des cas de langue noire avec parasites, M. Alb. Mathieu (5) déclarait à la Société anatomique que les parasites n'ont qu'un rôle tout à fait secondaire et effacé dans l'affection. Rayer (6), de son côté, essayait de mettre tout le monde d'accord en admettant « deux espèces de langue noire, l'une simple, l'autre compliquée de parasites ».

Dès lors les observations se multiplient à l'étranger, où nous n'avons eu à citer, jusqu'à présent, que le cas de Sell, car l'observation de Pallarez (7) n'est qu'un fait sans valeur, édifié sur des souvenirs rétrospectifs.

La première observation publiée en Angleterre est de George Stoker (8). L'examen microscopique ne signale pas l'existence de parasites, mais seulement l'hypertrophie épithéliale. Il en est de même du fait de Broatch (9). Brydon (10) et Barnes (11) ne rapportent que des faits clini-

(1) Gallois. Sur un cas de coloration noire de la langue, in *Comptes rendus de la Société de biologie*, 7 août 1869, p. 276.

(2) Gubler. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1869, p. 277.

(3) Laborde. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1869, p. 277.

(4) Richter. In *Schmidts Jahrb*, 1871, Bd. 151.

(5) W. F. Clarke. *A treatise on the diseases of the tongue*, Londres 1873.

(6) Féréol. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 25 juin 1873, p. 197.

(7) Laveau. *De la langue noire*, Thèse de Paris, 1876, n° 300.

(8) Lancereaux. Note sur un cas de langue noire, in *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 8 décembre 1876, p. 365 (avec figures).

(9) Vidal. *Idem*, 1876, p. 368.

(10) Vallin. *Idem*, 27 avril 1877.

(1) Mathias-Duval et Lereboullet. *Manuel du microscope*, 1877, 2e éd., p. 224.

(2) Dessois. *De la langue noire* (*glossophytie*), Thèse de Paris, 1878, n° 470.

(3) Sell. Tilfaelde af « Lingua nigra », *Hospital Tidende*, 1879, anal. in *Jahr. de Virchow et Hirsch.*, 1879, t. II, p. 172.

(4) Pasquier. Note sur deux cas de glossophytie, in *Bulletin médical du Nord*, mai 1883, p. 155.

(5) A. Mathieu. Un cas de langue noire, in *Bulletin de la Société anatomique*, 15 décembre 1882, p. 535.

(6) Rayer. *Des langues noires*, Thèse de Paris, 1883, n° 452.

(7) Castellui Pallarez. Anfiteatro anatomico español, in *Gazette médicale de Paris*, 1879, p. 667.

(8) G. Stoker. Black tongue, in *Brit. Med. Journ.*, 29 mars 1884, p. 601.

(9) G. T. Broatch. Case of black tongue, *Idem*, 1884, vol. I, p. 761.

(10) J. Brydon. *Idem*, 1884, vol. I, p. 761.

(11) A. R. Barnes. Black tongue, *Idem*, 1884, vol. I, p. 995.

ques. L'année précédente, 1883, Hutchinson (1), parlant de la langue noire sur laquelle il n'avait, du reste, aucune expérience personnelle, l'attribuait à la simulation. Cette opinion, étrange pour quiconque a vu un sujet porteur de cette affection, est absolument rejetée par Butlin (2) dans son « Traité des maladies de la langue ». Sans apporter de faits nouveaux, cet auteur émet l'avis que la mélanotrichie est due, non à un parasite spécial, mais à une action spéciale des microbes ordinaires de la bouche, qui, pour une cause actuellement inconnue, produisent la teinte noire caractéristique. Nous n'avons plus, dès lors, à signaler en Angleterre que quelques observations cliniques, celle de Stocker (3) où l'examen microscopique ne fut pas pratiqué, celle de Balfour Graham (4) qui est douteuse.

Les travaux les plus importants sont désormais, outre ceux du Danois Sell (5), ceux qui sont publiés en Allemagne. Sell, dans ses deux mémoires successifs, fait de la langue noire une mycose. Schech, après s'être déclaré partisan de cette opinion dans son « Traité des maladies de la bouche » (6), la rejette dans un mémoire récent basé sur des faits personnels (7), pour n'y voir qu'une affection liée à l'épaississement et à la pigmentation du tissu. Cette doctrine est également celle de Rossbach (8) et celle de Brosin (9) dont la monographie, publiée récemment, est le travail le plus complet que nous possédions sur la question. Böcher (10), Roth (11) et Lannois (12) reviennent, au contraire, aux idées parasitaires.

Telle est, menée jusqu'à ce jour, l'histoire de la langue noire. Nous aurons, chemin faisant, à revenir sur les travaux de plus d'un des auteurs cités dans les lignes qui précèdent. Nous abordons maintenant la description clinique de l'affection.

III

Symptomatologie. — J'ai déjà dit que la mélanotrichie linguale ne comporte, la plupart du temps, aucun ennui pour le sujet qui en est porteur, aussi son développement est-il habituellement insidieux, et elle est d'ordinaire pleinement développée lorsqu'elle attire l'attention du malade.

A ce moment, l'on constate sur le dos de la langue une plaque surélevée, de dimensions variables, située en avant du V lingual, véritable barrière que la lésion ne franchit jamais, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre par l'examen de la langue pratiqué soit directement, soit plutôt à l'aide du miroir laryngoscopique. La plaque débute d'ordinaire sur le milieu de l'organe d'où elle va s'étendant progressivement; plus rarement elle apparaît sous forme de petits points échelonnés sur les parties latérales se fusionnant plus tard. La région marginale elle-même n'est jamais prise, non plus que la face inférieure. La lésion n'affecte quelquefois qu'un seul côté, ce cas est de beaucoup le plus rare; je l'ai rencontré chez mon dernier malade chez qui la plaque, de la dimension d'une pièce de deux francs environ, était localisée à gauche. Les bords de la plaque sont d'ordinaire irréguliers, ses dimensions variables; grande quelquefois comme une pièce de cinquante centimes ou un franc, elle peut aller jusqu'à recouvrir toute la surface de l'organe située en avant du V. Il en était ainsi chez le malade de M. Lancereaux. Dans les cas où la plaque ne recouvre pas la presque totalité du dos de l'organe, il existe souvent à sa circonférence une série de petites touffes noires de même nature.

La couleur de la langue au niveau de la lésion est toujours sombre, quelquefois d'un noir d'encre; mais bien que l'affection ait tiré son nom de ce signe, ce n'est pas là la teinte la plus habituelle; d'ordinaire on rencontre plutôt le brun foncé que le noir, mais on peut observer toutes les teintes intermédiaires entre le jaune brun plus ou moins foncé et le noir.

Il suffit d'examiner la langue d'un peu près pour voir que sa coloration est liée à l'existence d'un chevelu éminemment caractéristique de l'affection. Ce chevelu est formé de poils épais, colorés, dont la longueur assez variable, du reste, peut aller jusqu'à 1 centimètre et demi et même 2 centimètres. Ces poils sont toujours plus hauts sur la ligne médiane que vers les bords; ils ont leur taille minima dans les petites touffes isolées de la périphérie. Ce sont eux qui ont fait comparer l'aspect de l'organe malade, à un champ de blé ou d'herbe versés, ou encore à un chapeau de soie mouillé et brossé à rebrousse-poil. Chez les sujets que j'ai observés, j'ai noté, autour de la plaque et sur une étendue plus ou moins grande, l'existence d'une zone gris sale au niveau de laquelle la langue présente un aspect velouté beaucoup plus accentué que d'ordinaire. Ce fait est dû uniquement à l'hypertrophie du gazon papillaire à ce niveau; c'est en petit la lésion de la mélanotrichie elle-même.

Chez certaines personnes, l'aspect noir de la plaque est en partie masqué par un enduit saburral abondant, formé de squames épithéliales et de fins débris alimentaires, amas grisâtre du milieu duquel émergent les poils avec leur coloration foncée, absolument comme les débris d'une barbe bien noire tranchent sur la mousse savonneuse dans laquelle ils tombent lorsqu'on se rase. Je suis convaincu que le cas publié dernièrement par le docteur Roth (1) comme étant une nouvelle affection mycosique de la langue, n'est, quoi qu'il en pense, autre chose qu'un cas de mélanotrichie présentant cette particularité au plus haut degré. Chez son malade, les papilles hypertrophiées n'étaient pas foncées, mais seulement jaunâtres, ce qui n'est pas fait pour nous étonner.

En résumé, la mélanotrichie est caractérisée objectivement par l'existence, sur toute l'étendue de la langue où existent les papilles piliformes, de plaques velues de dimensions variables et de coloration spéciale. L'évolution de ces

(1) Hutchinson. In *Med. Press and circular*, 1882, vol. II, p. 20.

(2) H. T. Butlin. *Diseases of the tongue*, p. 31 et 49. London, 1885. — (Une traduction française, due à M. le docteur Aigre, a été éditée par la librairie du *Progrès médical*, en 1889.)

(3) J. R. Stocker. Black tongue, in *Brit. Med. Journ.*, 2 octobre 1886, vol. II, p. 629.

(4) B. Graham. *Idem*, 1887, t. I, p. 61.

(5) Sell. Tilfaelde af « Lingua nigra », *Hospitals Tidende*, 1885, anal. in *Internat. Centralbl. f. Laryngol., etc.*, 1885, t. II, p. 85.

(6) Schech. *Lehrb. der Kranhh. der Hundhœhle, des Rachens und der Nase*, 1884, p. 54.

(7) Ph. Schech. Die schwarza Lunge, in *Munch. Med. Wochens.*, 5 avril 1887.

(8) Rossbach. Ueber schwartze Lunge (nigrities linguæ), in *Corr. Bl. d. Allg. Ærztl. ver. v. Thuringen*, Weimar 1887, XVI, p. 229.

(9) Fr. Brosin. Loc. cit.

(10) C. Böcher. Lingua nigra, *Hospitals Tidende*, Copenhague 1887.

(11) W. Roth. Ueber hoafœrmige Bildungen an der Lunge, in *Wiener Med. Presse*, 1887, nos 26 et 29.

(12) M. Lannois. Sur la langue noire, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, nov. 1888, p. 568.

(1) Roth. Loc. cit., 2e Obs. du mémoire. La première est un cas type de langue noire.

plaques peut se rapporter à deux types : tantôt, après avoir acquis leur développement complet, elles restent stationnaires pendant longtemps, un, deux et même quatre ans (1) [notre dernier malade] ; tantôt, au contraire, elles affectent une marche en quelque sorte cyclique, mettant dix à quinze jours à se développer, et restant à leur summum pendant quelques semaines pour décroître progressivement (malade de Dessois, etc.). Elles reparaissent ensuite très souvent de la même façon, car les récidives sont très fréquentes et souvent notées dans les observations, quand le malade est suivi pendant assez longtemps. Ces différences dans la marche tiennent simplement, selon nous, à des modes différents de desquamation épithéliale, celle-ci se faisant par plaques dans le second cas, et n'entraînant dans le premier que des poils isolés.

L'affection, si tant est qu'on puisse donner ce nom à des altérations déterminant si peu de troubles, l'affection est donc essentiellement chronique, mais pendant sa longue durée n'incommode guère les sujets qui en sont porteurs ; c'est pour cette raison, et à cause de son siège à la partie postérieure de la langue, qu'elle passe souvent inaperçue.

Les *phénomènes subjectifs* sont des plus réduits, ils ne consistent, la plupart du temps, qu'en un peu de *sécheresse de la bouche* et *un goût terreux*. En dehors de cela, les propriétés tactiles et gustatives de la langue sont conservées.

Lorsque les poils sont très longs et très gros, il peut arriver que le sujet les perçoive ; c'est ainsi que le dernier malade que j'ai vu se plaignait d'avoir des cheveux dans la gorge. Cette sensation est quelquefois assez marquée pour provoquer, lorsque l'arrière-bouche a été desséchée par le courant d'air respiratoire, vers le matin, par exemple, un véritable chatouillement allant jusqu'à déterminer du spasme et des accès de suffocation chez le premier malade de Roth. Poussé à ce degré extrême, le fait est très rare ; la sensation de chatouillement est fréquente.

Ce qui est plusfréquent encore, c'est un certain mauvais goût de la bouche, dû aux fermentations qui s'accomplissent au niveau de la plaque. Celle-ci forme, en effet, à cause de son chevelu, une sorte de barrière qui arrête les cellules épithéliales desquamées et les débris alimentaires, à peu près comme une touffe d'herbes poussée dans l'eau vive retient au passage les petites impuretés entraînées par le courant. Il en résulte un amas de saburres, dont les micro-organismes, hôtes habituels de la bouche, déterminent aisément la fermentation, ainsi que l'atteste encore *la réaction acide*, constante au niveau de la plaque, sinon dans toute la cavité buccale. Cette fermentation, dont on peut avoir raison assez aisément avec des soins de propreté appropriés, était telle, dans un cas de Roth, qu'elle avait déterminé une abominable fétidité de l'haleine. Je n'ai pas connaissance d'une autre observation où cette fétidité de l'haleine existât à ce point.

IV

Étiologie. — D'après Gubler, la langue noire s'observe surtout chez des vieillards et des malades ; il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau des observations pour y trouver la justification de la première de ces assertions (2).

Age. — Sur 49 cas, l'âge du sujet est noté 33 fois. L'âge moyen de ces 33 sujets est de cinquante-trois ans, mais, si l'on examine le tableau de plus près, l'on voit que ce chiffre est notablement abaissé par l'existence de quelques cas chez des enfants, car plus de la moitié des malades (18 sur 33) a dépassé la soixantaine. Nul doute que la proportion, en faveur des personnes âgées, ne se fût montrée plus élevée encore, si la statistique était plus étendue, c'est ainsi que, sur les 10 cas où l'âge est mentionné sans être précisé, on trouve 1 jeune fille, 3 adultes et 6 vieillards.

L'influence de l'âge est donc bien établie.

Sexe. — Il semble y avoir prédominance en faveur du sexe masculin : sur 46 sujets, il y a 32 hommes et 14 femmes, par conséquent, plus des deux tiers d'hommes.

Influences diverses. — Je n'ai pas trouvé dans mes recherches que les *professions* diverses eussent la *moindre influence*, non plus que l'*habitude du tabac*, ni l'*état des dents*.

La langue noire se rencontre chez des sujets jouissant d'une santé parfaite, comme chez des individus débilités par un état morbide antérieur. D'après le tableau précédent, sur 39 cas, 9 fois, c'est-à-dire dans près d'un quart des cas, il n'y avait pas d'affections concomitantes ; mais, si l'on réfléchit que très souvent le sujet ne consulte pas le médecin pour sa mélanotrichie, dont il ne s'inquiète et qu'il ne voit que quand elle est très développée, on est porté à penser que, dans la moitié des cas, au moins, l'affection apparait chez des gens jouissant d'une bonne santé. Du reste, la nature du processus pathologique antérieur semble absolument indifférente, et son action prédisposante, à supposer qu'elle soit réelle, réduite à la débilitation qu'il occasionne, car les affections les plus variées figurent sur notre tableau, où l'épilepsie coudoie le rétrécissement de l'urèthre, et l'emphysème pulmonaire la gastrite. Horand et Weill ont prétendu que la langue noire se développe fréquemment chez des diabétiques ; cependant, le diabète n'est pas inscrit à notre tableau étiologique. Ce qui est bien réel et sur quoi repose l'opinion de ces médecins, c'est ce fait signalé déjà de la fréquence, chez le diabétique, d'un état velu de la langue non accompagné d'ordinaire de la coloration foncée de l'organe. C'est là, sinon la mélanotrichie elle-même, au moins un état intermédiaire entre elle et l'état normal (1).

Nous nous occuperons plus loin de l'*influence des parasites* dans la production de la langue noire.

V

Anatomie pathologique. — Nous avons vu que la mélanotrichie est essentiellement caractérisée par la présence, sur le dos de la langue, des productions piliformes qui sont la lésion elle-même. On se procure facilement ces éléments pour en faire l'examen anatomique, en râclant énergiquement l'organe avec une spatule ou le dos d'un scalpel ; on

(1) Cinq ans chez un malade de Brosin.

(2) Le cadre de cet article ne nous permet pas de donner le tableau complet des observations de mélanotrichie linguale publiées jusqu'à ce jour. Elles sont au nombre de 49, dont 5 personnelles. Les faits de Portal, Rayer, Eulenberg, Bertrand de Saint-Germain, Salter, Clarke, Pallarez, n'entrent pas en ligne de compte, parce qu'ils sont ou trop anciens ou douteux. Par contre, les deux cas de Roth sont comptés.

(1) Depuis la rédaction de notre travail, nous avons la connaissance de quatre autres faits qui ne modifient en rien les conclusions précédentes : un de M. Dinkler (*Arch. f. pathol. u. Phys.*, 1889) et trois de M. Wallerand, consignés dans une thèse récente sur la langue noire pileuse, soutenue sous la présidence de M. le professeur Debove (juin 1890).

ramène ainsi un magma formé de débris saburraux et de poils.

Pour étudier ces derniers d'une manière plus complète, on les dissocie soit avec des aiguilles, soit en les agitant dans un petit tube à essai à demi rempli de liquide. A *un faible grossissement*, on les voit apparaître sous forme de filaments allongés, à surface irrégulière rugueuse, comparables à un épi de blé barbu ou à un stipe de palmier encore hérissé des pétioles des feuilles tombées. Ces filaments sont d'une coloration jaunâtre diffuse, les plus volumineux présentant une zone corticale plus foncée et une zone centrale légèrement plus claire, mais de même nature, comme le démontre un examen plus approfondi.

Pour pratiquer cet examen, il est bon de dégraisser les poils par l'action successive de la potasse étendue, de l'éther, de l'alcool et de l'eau; on fait agir ensuite les colorants appropriés. On voit d'une manière manifeste, par ce procédé, que les poils sont formés exclusivement de cellules épithéliales soudées les unes aux autres, et ayant subi la *transformation épidermique*. Les plus périphériques de ces éléments ont *perdu leur noyau;* prêts à se desquamer, ils sont réduits à l'état de lamelles plus ou moins plissées, n'adhérant au poil que par un de leurs bords, et donnant à l'ensemble cet aspect hérissé si caractéristique. Les cellules situées dans la zone interne du filament ont encore un noyau ovalaire allongé, et on trouve, parmi les éléments libérés par la dissociation par la potasse à 40 p. 100, des cellules épithéliales présentant les crêtes d'empreintes caractéristiques des couches profondes de l'épithélium. On en peut conclure que tout le revêtement épithélial des papilles filiformes s'hypertrophie pour donner naissance au filament caractéristique de l'affection, filament qui, au lieu de subir l'évolution normale de l'épithélium lingual, subit la kératinisation épidermique. C'est à son implantation dans les couches profondes de l'épithélium papillaire et à sa kératinisation anomale que le filament doit sa résistance aux agents mécaniques (aliments, boissons), qui tendent sans cesse à le balayer de la surface de la langue, et ces deux causes de cohésion lui permettent d'atteindre, avant de se desquamer, la longueur de 1 centimètre et demi ou deux centimètres qui n'est pas rare. Dans les cellules épithéliales superficielles, on trouve beaucoup de graisse, et M. Alb. Mathieu (1) qui a, le premier, insisté beaucoup sur ce fait, est tenté de lui attribuer en grande partie la coloration foncée du gazon papillaire. Cette explication paraît vraie, en partie, car les poils complètement dégraissés sont plus pâles; cependant, même dans ces cas, il persiste une coloration jaunâtre diffuse des parois cellulaires qu'on ne peut attribuer à la graisse, mais bien à l'hyperkératinisation subie par les cellules épithéliales papillaires. (On sait, en effet, que les cellules épidermiques tendent à prendre en vieillissant une teinte foncée. L'existence de ce processus de kératinisation epidermique a été mis hors de doute par Brosin. Ayant eu l'occasion de faire des coupes d'une langue atteinte de mélanotrichie, il a vu dans les couches profondes de l'épithélium des rangées cellulaires contenant de grosses gouttes d'éléidine. Il se produit là un phénomène analogue à celui étudié par M. le professeur Leloir dans la leucoplasie buccale.)

Outre les lésions épithéliales qui sont constantes avec les caractères que je leur ai assignés plus haut et ont été rencontrés par tous les observateurs, on trouve mentionnée, dans l'anatomie pathologique de la mélanotrichie, l'existence inconstante des parasites les plus divers. Il suffit d'en parcourir le relevé pour voir que leur liste, à part quelques cas accidentels, n'est autre que celle des hôtes les plus habituels de la cavité buccale. Ce sont des vibrions, des bactéries, des filaments et des spores de l'oïdium albicans et du leptothrix buccalis, des zooglées ou des micro-coques libres qualifiés de spores par plusieurs auteurs. M. Dessois est le seul qui ait décrit, sous le nom de glossophyton, des sporules spéciales, extrêmement fines, formant autour des papilles une gaine dans laquelle elles sont disposées en séries linéaires, perpendiculaires à l'axe de la papille. Cette disposition si spéciale n'a pas été retrouvée depuis; nous-même l'avons cherchée vainement.

Tous ces parasites siègent à la surface des filaments épithéliaux et dans l'intervalle des cellules superficielles; ils forment parfois des gaines plus ou moins complètes, mais je le répète, leur existence n'est pas constante, des filaments entiers en sont souvent dépourvus, et aucun n'a été signalé dans tous les cas. Cependant, malgré cette absence d'un microphyte spécifique, beaucoup d'auteurs se sont crus autorisés à faire de la langue noire une affection mycosique. Cette opinion est-elle justifiée ? Nous ne le pensons pas.

Pour établir la nature parasitaire d'une affection, il faut d'autres preuves que la présence d'un parasite dans les tissus lésés, cette présence fût-elle constante, ce qui est loin d'être notre fait; il faut que le parasite isolé en cultures pures soit apte à reproduire, après inoculation, des lésions identiques à celles dont il provient. A-t-on jamais fait ces constatations nécessaires pour aucun des parasites rencontrés dans la mélanotrichie ? Nullement. Bien plus, les essais d'inoculation ont échoué comme les tentatives de culture. Nous avons fait plusieurs ensemencements sur gélatine qui ne nous ont rien donné qu'on ne puisse obtenir avec les produits de râclage d'une cavité buccale absolument saine (1); des tentatives d'inoculation directe ont été faites sans succès par Ch. Rayer et M. Dessois. Du reste, les auteurs n'ont, jusqu'à présent, rapporté aucun fait plaidant en faveur de la contagiosité de l'affection : aussi, avec MM. Féréol, Mathieu, Schech, Brosin, etc., je me range résolument sous la bannière anti-parasitaire, et je fais de la mélanotrichie linguale, cette hypertrophie épithéliale piliforme des papilles, comme l'appelle M. Féréol, une altération purement épithéliale.

VI

Pathogénie. — Nous n'avons pas l'intention de refaire par le menu, à cette place, l'exposé complet des diverses opinions émises sur la nature et la cause efficiente de la langue noire. Nous avons indiqué les principales d'entre elles dans notre historique, et nous n'y revenons que pour mémoire.

Quelques auteurs ont cru qu'il pouvait s'agir d'une simple coloration de papilles hypertrophiées par les aliments ou les boissons (vin rouge, café, etc.), ou par des produits médicamenteux (fer et tannin, etc.). Gubler a, dès le début, rejeté expressément cette interprétation des faits apportés par lui.

(1) A. Mathieu. Loc. cit.

(1) Tout dernièrement, M. Wallerand a obtenu les mêmes résultats que nous.

Hutchinson (1), qui n'avait jamais vu des malades porteurs de cette affection, les accusait tous de simulation. Il a été seul de son avis.

D'autres, parmi lesquels M. Dessois, Sell, Rossbach, etc. attribuent la mélanotrichie à l'action d'un parasite. Nous avons dit plus haut ce qu'il faut penser de cette opinion. Butlin penche vers cette théorie, mais gêné de la pluralité des microphytes signalés dans l'affection, accuse non pas un microbe spécial, glossophyton de Dessois ou autre, mais une action spéciale, inexpliquée jusqu'ici, des microbes ordinaires de la bouche.

Armaingaud est cité par Butlin et par Schech, puis par d'autres après eux, comme ayant émis l'opinion que la langue noire est associée à un trouble vaso-moteur et analogue à la chromhydrose cutanée. Faute d'indication bibliographique exacte, nous n'avons pu nous reporter à cet auteur, et voir sur quelle raison il base son opinion.

Sans nous ranger à cette théorie qui accorde à la coloration noire des filaments une importance exagérée qu'elle n'a pas, nous sommes assez porté à croire que le système nerveux peut jouer un rôle pathogénétique dans certains faits de mélanotrichie. Celle-ci, en effet, est essentiellement caractérisée par un trouble dans l'évolution de l'épithélium papillaire, trouble auquel le système nerveux peut n'être pas étranger, surtout dans les faits où l'on rencontre en même temps des altérations dans les propriétés sensitives et gustatives de la langue, au niveau de la lésion.

En dehors de ces cas, et ce sont les plus rares, nous croyons qu'il faut voir, dans la mélanotrichie, une dystrophie purement locale, dont les rapports avec le système nerveux sont encore à établir.

VII

Diagnostic. Pronostic. Traitement. — Je n'insisterai pas sur le diagnostic d'une affection dont les caractères sont tellement spéciaux qu'on ne peut la confondre avec aucune autre dans la plupart des cas; lorsqu'on est hésitant, il faut toujours se rappeler que la présence des productions piliformes a une valeur diagnostique supérieure à celle de la coloration plus ou moins foncée de la plaque, et c'est là qu'il faut voir la véritable caractéristique de l'affection.

Le pronostic de la mélanotrichie est bénin, en ce sens que le malade ne court aucun danger et n'est guère incommodé par l'état anomal de sa langue; les hypochondriaques seuls en sont vraiment affectés. Mais la ténacité de l'affection et ses récidives fréquentes, ou plutôt ses alternatives continuelles de croissance et de décroissance, en font quelquefois un tourment pour le médecin appelé à en débarrasser le malade.

Le traitement qui nous a donné les meilleurs résultats et que nous recommandons le plus vivement est le suivant :

Pratiquer, sur la surface linguale préalablement râclée avec soin, des badigeonnages quotidiens avec une solution alcoolique d'acide salicylique au vingtième, ou même au dixième, si l'hypertrophie épithéliale est très marquée. Le rôle de l'acide salicylique comme dékératinisant est trop connu pour que j'insiste sur ce point; c'est à ce titre et non pas pour ses propriétés antiseptiques que je l'utilise.

Les gargarismes au borate de soude ou d'autres solutions alcalines analogues sont un bon adjuvant de cette médication, en combattant heureusement l'acidité engendrée au niveau de la plaque par les fermentations qui y sont habituelles. Ils atténuent, en même temps, les sensations désagréables consécutives à l'emploi de l'acide salicylique.

On arrive généralement par ces moyens à débarrasser rapidement de leurs papilles exubérantes les sujets atteints de mélanotrichie (1).

(1) Hutchinson. Loc. cit.

(1) Indications bibliographiques complémentaires. Ouvrages non cités dans le cours de l'article :

Cornil et Ranvier. *Histologie pathologique*, t. II, 1884, p. 228.
Bizzozero et Firket. *Microscopie clinique*, 2e édit. franç., 1886, p. 196.
H. Brochin. Nigritie de la langue, *Gazette des hôpitaux*, 1879, p. 217.
Lediard. *Patholog. Transact.*, 1886, vol. XXXVII, p. 223.
Vernet. Nigritie de la langue, *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 340.
Sandström. Ett fall af « lingua nigra », *Eira Goteborg*, 1887, XI, p. 647-650.
Schlemmer. La langue noire, *Union médicale*, 1888, p. 510.
Leveiseur. Black tongue, New-York, *Post-Graduate*, 1888-89, IV, p. 208.
Goundobine. *Rev. méd. de Sprimon*, 1889, p. 19 (en russe).

DES PRÉDISPOSITIONS MORBIDES
SPÉCIALES A CHACUNE DES MOITIÉS GAUCHE ET DROITE DU CORPS.

Par M. le docteur E. Broussole,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Dijon.

On n'a pas suffisamment insisté sur l'inégalité très nette qui existe entre les deux moitiés latérales du corps, et il y a lieu d'attirer l'attention sur la non-identité des deux côtés droit et gauche au point de vue des affections qu'ils présentent l'un et l'autre.

Cette dissemblance est nettement établie au point de vue anatomique, elle n'est pas moins réelle parfois dans certains cas au point de vue fonctionnel. Nous ne ferons que signaler ces deux particularités de notion vulgaire depuis le réquisitoire de Francklin en faveur de la main gauche, et nous insisterons sur ce fait que, parmi les maladies qui affectent les organes pairs ou doubles, un côté est affecté de préférence.

En second lieu, nous montrerons que, dans les organes impairs, la moitié droite a souvent une pathologie moins riche que la moitié gauche.

I. De nombreuses observations faites par les anatomistes ont montré que le développement du squelette et des muscles des membres est plus marqué du côté droit. Cette inégalité de développement est tellement bien établie que nous ne rapporterons pas les mensurations précises faites de divers côtés; qu'il nous suffise de renvoyer à la thèse de M. E. Rollet [de Lyon] (2).

Malgaigne (3) a bien insisté sur le développement plus prononcé de la partie droite et sur la prédominance originelle et non acquise des membres du côté droit. Il a de plus montré que cette inégalité persiste au crâne et il pense « que le développement inégal des deux moitiés latérales du crâne constaté sur les têtes de Bichat, Béclard, Dupuytren, au lieu d'être une exception, serait le cas le plus ordinaire ».

Dans ses *Leçons d'orthopédie* (4), Malgaigne revient sur ce fait à peu près dans les mêmes termes, et il estime qu'il faut accorder une grande part à la prédisposition originelle dans la prédominance de la moitié latérale droite du corps : « Aussi naît-on gaucher ou droitier, et vous chercherez en

(2) E. Rollet. *Sur la mensuration des os longs des membres*, 1888.
(3) Malgaigne. *Anatomie chirurgicale*, t. I, chap. Ier.
(4) Malgaigne. *Leçons d'orthopédie*, 1862, p. 325.

vain à faire revenir un enfant à l'usage de la main droite, s'il trouve instinctivement dans la gauche les conditions nécessaires à l'exercice dévolu au côté prédominant. »

M. Debierre (1) pense aussi que c'est l'hérédité qui détermine cette prédominance du côté droit.

M. Galippe a montré que le côté droit du maxillaire inférieur est plus développé que le gauche et que les dents de droite sont plus volumineuses.

Les mensurations des anthropologistes ont nettement établi que les dimensions de l'orbite droit l'emportaient sur celles du côté gauche et que souvent ce dernier était plus éloigné de la ligne médiane.

Pour la poitrine Voillez, cité par Malgaigne, a constaté que 116 individus du sexe masculin, sur 159, offraient une saillie sensible du côté droit de la poitrine en arrière, sans que l'on pût assurer une cause pathologique. D'après M. Rollet, M. Jaboulay a constaté la dissymétrie à peu près constante du bassin de l'homme.

II. Il n'est donc pas étonnant qu'au point de vue fonctionnel le côté droit l'emporte sur le gauche; mais cette prédominance se poursuit dans d'autres actes physiologiques moins connus.

M. Mosso (2) a fait les remarques suivantes : « Il y a des personnes qui ont une sensibilité différente dans les vaisseaux sanguins à droite et à gauche, et qui, pour cette raison, ressentent plus vivement les effets des émotions d'un seul côté du corps. Il est facile de trouver une différence notable dans le coloris des deux côtés de la face; cela se reconnaît à la sueur plus abondante sur une partie du front que sur l'autre. » Nous avons souvent remarqué autour de nous cette vascularisation prédominante de la face ou même seulement de l'oreille, et toujours du même côté.

On sait que, dans la marche poursuivie un certain temps, la déviation se produit beaucoup plus vers la gauche, comme l'ont à nouveau démontré très exactement les expériences de Miles (de Massachusetts) sur la déviation inconsciente durant la marche sans le secours des yeux (3).

Gilles de la Tourette (4), dans sa thèse, a bien établi que chez l'homme, comme chez la femme, le pas droit est plus long que le pas gauche; cette particularité est due à un écartement latéral des pieds, plus grand de ce côté gauche, de 1 centimètre qu'à droite; en même temps le pied droit offre un angle d'ouverture qui prédomine de 1 à 2 degrés; et, comme le pas perd en longueur ce que le pied gagne en écartement latéral, on comprend que le pas gauche soit plus court que le pas droit.

III. Nous serons bref sur les affections d'ordre médical sur lesquelles notre attention a été moins attirée au point de vue de la prédominance des symptômes ou des lésions de tel ou tel côté du corps. Cependant voici les particularités que nous avons remarquées dans diverses maladies.

Dans les oreillons la maladie débute le plus souvent du côté gauche, et l'orchite siège surtout de ce côté (5).

La stomatite ulcéro-membraneuse est ordinairement limitée du côté gauche; si la tuberculose rénale est souvent double, on a remarqué que la tuberculose unilatérale atteint de préférence le côté gauche (Rosenstein, Jaccoud, Guyon). Nous en avons observé un cas bien net en 1887; les lésions à peine apparentes du côté droit, étaient à leur maximum de développement sur le testicule, l'épididyme et le rein surtout du côté gauche.

M. Labadie-Lagrave (1), en réunissant les statistiques de Rosenstein et de Bartels, montre que, sur 70 cas de cancer primitif des reins, 43 étaient du côté droit et 27 à gauche.

D'après M. Bouilly (2), sur 127 cas, 60 siègent à droite; mais, comme il n'y a pas de distinction établie entre les cas bilatéraux et unilatéraux, il est permis de moins tenir compte de cette proportion. Trois cas que nous avons observés en 1886, chez des enfants, étaient des tumeurs du rein droit.

Au contraire, les kystes hydatiques du rein siègent plus souvent dans le rein gauche (3).

L'ectopie rénale à droite se rencontre bien plus fréquemment qu'à gauche : sur 43 observations 31 sont relatives au rein droit, 5 au rein gauche; dans les 7 autres cas, les deux reins étaient déplacés, mais le droit plus que le gauche (4).

Sur une autre statistique, 65 fois sur 91 le rein droit était déplacé (5).

On connaît la grande fréquence de la pleurésie droite.

Je signalerai une particularité que j'ai entendu signaler souvent à M. le docteur Morlot, ancien professeur à l'École de médecine de Dijon, à savoir que la phthisie pulmonaire unilatérale siégeant du côté droit a un pronostic moins sombre, car elle évolue beaucoup moins rapidement que si elle se déclare à gauche. J'ai plusieurs fois vérifié l'exactitude de cette remarque.

Parmi les affections du système nerveux, l'atrophie musculaire débute avec prédilection du côté droit, et il est tout naturel que le spasme fonctionnel dans la crampe des écrivains se déclare d'abord à droite.

Au contraire, l'hémorrhagie cérébrale affectionne l'hémisphère gauche d'où la plus grande fréquence des hémiplégies droites.

Il est de notion vulgaire que l'hémi-anesthésie des hystériques siège de préférence à gauche (70 fois sur 93 cas, d'après Grasset).

Du côté gauche aussi siège l'hyperesthésie ovarienne.

C'est encore le côté gauche qui est atteint, le plus souvent, dans l'atrophie unilatérale de la face (27 fois sur 30).

On sait l'importance qu'attribuait Lasègue à l'asymétrie faciale dans le diagnostic de l'épilepsie. Les recherches de M. Martin (6), citées par M. Cullere, ont montré que « l'asymétrie épileptogène s'accuse par une saillie plus ou moins notable du frontal, surtout le droit ».

La chorée prédomine ordinairement à gauche.

L'hémiplégie linguale avec atrophie siège, au contraire, du côté droit dans la majorité des cas.

Les pseudo-lipomes sus-claviculaires (Verneuil, Potain) ont une prédilection pour le côté gauche et ils y prédominent souvent s'ils sont bilatéraux.

Dans un cas de myxœdème, que nous avons observé en 1884, ce pseudo-lipome, à peine marqué à droite, était très manifeste du côté gauche.

(1) Debierre. *Anatomie*, 1890.
(2) Mosso. De la pâleur et de la rougeur, *Revue scientifique*, 8 mai 1886, p. 590.
(3) Miles. *Revue scientifique*, 1885, t. II, p. 220.
(4) Gilles de La Tourette. *Études sur la marche*, Paris 1886.
(5) Despine et Picot. *Maladies de l'enfance*, 1889.

(1) Labadie-Lagrave. *Traité des maladies des reins.*
(2) Bouilly. *Manuel de pathologie externe*, t. IV, p. 24.
(3) Romestan. Thèse de Paris, 1881. — Bouilly. Loc. cit., p. 23.
(4) *Dictionnaire Dechambre*, art. Rein, p. 173.
(5) Ebstein. Cité par M. Bouilly.
(6) Martin. *Annales médico-psychologiques*, 1877, citées par M. Cullere, *Maladies mentales*, 1890, p. 421.

M. Troisier a signalé (1) la possibilité de l'adénopathie cancéreuse des ganglions sus-claviculaires gauches, à la suite de carcinomes de l'abdomen. Dans 23 cas sur 27, l'adénopathie siégeait à gauche (2), sans qu'on ait pu en donner l'explication.

Nous avons observé récemment un malade atteint de sarcome primitif de la paroi abdominale propagé à la paroi thoracique et qui n'affectait que le côté gauche des deux régions sans dépasser la ligne médiane; il y avait de l'adénopathie sus-claviculaire et inguinale gauche, et l'autopsie n'a révélé aucune lésion viscérale.

Le zona est unilatéral; nous n'avons pu préciser quel côté il affectionne dans ses variétés thoracique ou ophthalmique; sur 5 cas publiés par M. Féré (3), 3 siégeaient à gauche. Deux de nos observations anciennes se rapportent à ce côté.

Dans une affection récemment étudiée, la syringomyélie, on note que la scoliose presque constante siège dans la région dorso-lombaire : elle présente une convexité gauche, caractère qui la différencie de la scoliose commune qui, elle, occupe la région cervico-dorsale et offre une convexité droite (4).

La possibilité de lésion unilatérale est encore prouvée par les cas signalés par M. le professeur Potain, dans lesquels il a noté de l'anasarque limitée à une moitié latérale du corps.

IV. Mais c'est surtout dans les affections d'ordre chirurgical que nous allons trouver cette inégalité dans les prédispositions morbides du côté droit comparé au côté gauche, et ici encore nous retrouvons dans Malgaigne cette particularité bien exprimée de l'infériorité pathologique de la moitié gauche du corps. « C'est par l'influence de ce moindre développement du côté gauche que s'expliquent de nombreux vices de conformation, répartis de telle sorte que ceux qui accusent une plus grande vitalité, comme l'adjonction d'organes surnuméraires, se trouvent de préférence sur le côté droit, tandis que tout ce qui révèle une action moins énergique : les atrophies partielles ou même totales, les défauts de réunion, etc., sont l'apanage du côté gauche. »

Nous reprendrons par région les diverses affections signalées par Malgaigne, en en ajoutant d'autres et en négligeant toutefois des affections d'un intérêt moindre par suite de leurs causes très nettes : panaris, fractures, adénites, etc.

A. Aux membres, les exostoses de développement siègent presque toujours du côté droit et le volume de ces exostoses ostéogéniques est toujours plus considérable à droite si elles sont bilatérales (5).

M. Redard a tout récemment insisté sur l'hypertrophie congénitale partielle. Nous renvoyons à son travail (6) et à celui de Masmejean (7), où on note que le côté droit est atteint de préférence (31 cas à droite pour 20 à gauche).

Il est à supposer que la moitié gauche du corps est plus lente à se développer que la moitié droite, et que s'il survient un arrêt de développement, c'est aux dépens du côté gauche que les lésions existent.

(1) Troisier. *Archives de médecine*, 1889.
(2) Selen. Thèse de Paris, 1888.
(3) Féré. *Revue de médecine*, 1890.
(4) Blocq. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1278.
(5) Deux cas personnels : en 1885 chez M. le prof. Le Fort, et en 1888.
(6) Redard. *Archives générales de médecine*, janvier 1890, p. 31.
(7) Masmejean. Thèse de Montpellier, 1888.

Comme corollaire, nous avons vu que les exostoses de développement se montrent presque toujours à droite : il s'agit ici d'une aberration par excès.

On a remarqué que l'hématome du pavillon de l'oreille affectionne le côté gauche 38 fois sur 62 (Kühn) et que, s'il est bilatéral (13 sur 62), il débute de ce côté. Cette affection, fréquente chez les aliénés, n'est pas le plus souvent imputable au traumatisme, et, dans un cas observé en 1880, sur une jeune femme, l'affection siégeant à gauche avait été précédée de douleurs névralgiques violentes.

B. Les tumeurs de l'orbite (1) sont plus fréquentes à gauche : sur 6 cas où le côté est noté, 5 étaient à gauche, 1 à droite était survenu après un traumatisme.

Dans la thèse de M. Picqué (2), nous trouvons 25 cas de tumeurs congénitales de la cornée à gauche, pour 12 à droite.

Il en est de même pour les tumeurs du nerf optique. M. Jocqs fait la remarque suivante : « Le nerf optique du côté gauche a été atteint 23 fois, le droit 11 fois seulement. » C'est tout à fait à tort, selon nous, qu'il ajoute cette phrase : « Il est à supposer que les 10 cas où le côté n'est pas signalé doivent à peu près rétablir la balance entre les deux côtés droit et gauche (3). »

Cette conclusion nous paraît prématurée : les 10 cas non spécifiés ne doivent pas être comptés; selon nous, il est plus que probable que la majorité d'entre eux seraient des lésions du nerf optique gauche; et, contrairement à l'auteur, nous recherchons « quelle lumière cette différence peut jeter sur l'étiologie des tumeurs ».

C. Au cou, l'anévrysme carotidien siège plus souvent à droite, et à droite aussi se rencontrent de préférence des fistules branchiales (Duplay-Peyrot).

Dans les hypertrophies du corps thyroïde toujours le côté droit est plus développé que l'autre et quelquefois seul atteint, particularité qu'on retrouve, d'ailleurs, dans le goître exophthalmique.

Si on excepte ces kystes congénitaux du cou qu'on rencontre le plus souvent à gauche, c'est encore à droite qu'on remarque deux affections siégeant dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien; le torticolis et l'hématome des nouveau-nés.

La prédominance à droite du torticolis est manifeste : sur 87 cas, statistiques de Bouvier et de Diffenbach réunies, on en trouve 62 à droite et 25 à gauche (4). Il ne paraît guère possible d'attribuer avec Philips à la position du fœtus, cette plus grande fréquence de la contraction du sterno-mastoïdien droit.

Ce même muscle est le siège de l'affection décrite par Blachez sous le nom d'hématome du sterno-mastoïdien des nouveau-nés. La plupart de ceux que nous avons observés à l'hôpital des Enfants étaient à droite, et sur 4 cas signalés par Launois tous siégeaient de ce côté (5).

D. A la colonne vertébrale, les déviations dans la scoliose siègent presque exclusivement du côté droit. C'est de ce côté qu'est tournée la convexité du canal rachidien, et, comme le fait remarquer Malgaigne, « si on admet la moindre différence dans une des moitiés d'une tige composée de vingt-quatre os, on comprend qu'elle puisse se traduire par une convexité du côté le moins développé ». Ce vice de

(1) Malpas. Thèse, 1887.
(2) Picqué. Thèse d'agrégation, 1886.
(3) Jocqs. Thèse de Paris, 1887, p. 63.
(4) Guyon. *Dictionnaire Dechambre*, art. Torticolis.
(5) Launois. *Revue des maladies de l'enfance*, 1883, p. 140.

développement, si net dans les colonnes vertébrales atteintes de scoliose, amène à la longue une asymétrie évidente, mais il est très probable que la cause indiquée par Malgaigne existe, dès le début.

Pour les tumeurs malignes du sein chez la femme, il y a une légère prédominance des lésions à gauche [879 à gauche pour 793 à droite] (1).

Mais cette différence est beaucoup plus marquée chez l'homme et, sur 37 cas de tumeurs malignes du sein, 23 fois le côté gauche était atteint.

Rien n'est mieux établi que la grande fréquence des phlegmons iliaques, à gauche, chez la femme, ainsi que des ovarites de ce côté : sur 40 cas, 25 siègent à gauche (2). Dalché, dans sa thèse (1885), sur 22 cas, en signale 12 à gauche, 2 à droite et 8 des deux côtés. La position gauche du fœtus, la déchirure de la commissure gauche du col utérin expliquent ces affections, mais on n'a pas nettement établi pourquoi ces deux premières particularités sont si fréquentes.

Les kystes de l'ovaire à inclusion fœtale et les kystes dermoïdes prédominent, au contraire, à droite; c'est du côté droit que se montre de préférence un accident des kystes de l'ovaire : la torsion de leur pédicule (Terrillon). Deux observations personnelles (1887-1890) se rapportaient à des kystes ovariques du côté droit.

Rapprochons ce fait de l'ectopie rénale à droite (65 fois sur 91 cas).

Les inclusions fœtales dans le scrotum ont été aussi plus souvent observées à droite.

Au contraire, l'anorchidie unilatérale est plus fréquente à gauche, sur 16 cas où le côté est noté 10 fois, l'anomalie existait à gauche (3). Une proportion analogue se retrouve dans les cas où la malformation se limite aux voies d'excrétion de l'appareil; 4 fois elle siège à gauche, 2 fois à droite (4). L'ectopie, d'après Godard, prédomine aussi à gauche, mais les statistiques d'autres auteurs n'accusent pas cette plus grande fréquence de ce côté, les chiffres établissent plutôt l'égalité.

Point n'est besoin de rappeler le siège à gauche du varicocèle (858 fois sur 1 000, d'après Curling, qui, sur 3911 cas, en signalait 3 360 à gauche, 282 à droite et 269 des deux côtés). Il y a là plus que des causes mécaniques à invoquer.

Les hernies abdominales sont plus fréquentes à droite dans la proportion de 7 sur 4 ou 5 à gauche. Au contraire, la hernie congénitale diaphragmatique prédomine à gauche. Ajoutons que, sur 25 cas d'absence d'une moitié du diaphragme, 9 fois la moitié gauche manque (5).

D'après M. Duplay (6), « les hernies comme bien d'autres affections, du reste, font exception à la loi, d'après laquelle le côté gauche est d'une façon générale plus exposé aux lésions pathologiques ». Pour nous, cette exception n'est qu'apparente, si on tient lieu de la distinction exercée par Malgaigne et que nous nous sommes efforcé de généraliser entre les affections qui dénotent une suractivité fonctionnelle ou vitale et les autres.

Kœnig (7) insiste à nouveau sur cette prédominance à droite des hernies abdominales, attribuant à l'usage habituel du côté droit, et à la mobilité plus grande du péritoine, la cause de cette particularité plus marquée dans l'enfance (3 : 1) et dans l'âge adulte. Ne serait-ce pas à cause de leur résistance un peu plus grande, que les parois abdominales seraient moins élastiques? Notons aussi que le contenu abdominal dans la moitié droite est moins compressible, par suite de la présence du foie, tandis qu'à gauche les pressions peuvent se transmettre jusqu'à l'estomac et au diaphragme.

(1) Gros. *Revue des sciences médicales de Hayem*, 25 juillet 1888, p. 24.
(2) Chéreau. Thèse, 1844.
(3) Monod et Terrillon. *Maladies du testicule*, 1889.
(4) Monod et Terrillon. Loc. cit.
(5) Monnier. Thèse de Paris, 1889.
(6) Duplay. *Pathologie*, t. VI, p. 18.
(7) Kœnig. *Pathologie chirurgicale*, trad. franç., t. II, p. 18.

Une dernière remarque à propos des affections de l'abdomen : d'après M. Bouilly (1), l'invagination aiguë et les brides, causes d'exclusion intestinale aiguë, siègent de préférence à droite; au contraire, les plus communes des affections chroniques, les tumeurs, se montrent le plus souvent au niveau de la fosse iliaque gauche.

Il est de peu d'intérêt de signaler, avec Malgaigne, la plus grande fréquence des adénites vénériennes et des orchites du côté gauche.

E. Il nous reste à signaler, dans les affections des organes situés sur la ligne médiane, bien des particularités intéressantes au sujet du côté prédisposé aux lésions morbides. Les anomalies et déviations des dents se voient surtout à gauche (41 fois à gauche sur 20 à droite, Galippe). A gauche aussi, prédominent les accidents muqueux et osseux dus à l'évolution vicieuse de la dent de sagesse, ce qui tient à ce que la moitié gauche de la parabole du maxillaire inférieur est un peu plus courte que la moitié droite (Reclus, Castex).

Les dents du côté gauche sont moins volumineuses et peut-être plus sujettes à la carie que celles de l'autre côté.

Il est tout à fait remarquable que l'épithélioma de la lèvre inférieure prédomine à gauche comme Heurtaux l'avait depuis longtemps fait remarquer (2).

Exweiller (3) établit que le carcinome de la lèvre supérieure, affection assez rare comme on sait, siège de préférence sur la moitié gauche.

Dans plusieurs cas, nous avons retrouvé cette prédilection de siège pour des épithéliomas de l'angle de l'œil, de la joue et pour des néoplasmes du maxillaire supérieur et, dans les mêmes affections siégeant à droite, l'évolution nous a paru moins rapide.

Le côté gauche de la langue est plus souvent aussi atteint d'épithélioma.

L'amygdale gauche (Castex) et la parotide de ce côté sont plus sujettes aux tumeurs malignes.

Mais c'est surtout au niveau du larynx, organe médian et symétrique, que cette notion du côté lésé doit entrer en ligne de compte pour établir le diagnostic. Fauvel avait déjà, depuis longtemps, fait la remarque que les tumeurs malignes siègent presque toujours à gauche : sur 37 cas, 26 fois l'envahissement a débuté de ce côté, 7 fois l'envahissement primitif était à droite, et 3 fois le larynx était pris en entier (4).

Cette particularité a été souvent signalée depuis et dans le cas célèbre de l'empereur d'Allemagne, les premières ulcérations et végétations siégeaient sur la corde vocale gauche; cette localisation devait déjà attirer l'attention.

Nous avons encore à signaler que, dans les néoplasmes de

(1) Bouilly. *De l'occlusion intestinale*, Thèse d'agrégation, 1880.
(2) Terrier, Broca, Hartmann. *Pathologie externe*, t. IV.
(3) Exweiller. Analysé dans *Archives de médecine*, septembre 1889.
(4) Fauvel, cité par M. Kirmisson, *Tumeurs du larynx*, Thèse d'agrégation, 1887, p. 91.

la vulve, la grande lèvre gauche est particulièrement atteinte et peut rester longtemps seule affectée (1). L'année dernière, nous en avons observé un cas.

Dans plusieurs cas de lymphadénome cervical, nous avons noté cette prédisposition du côté gauche ainsi que dans les adénites cervicales en général (7 fois sur 8 où nous avons noté le côté atteint).

Attirons enfin l'attention sur la fréquence à gauche des tumeurs érectiles. Un cas personnel d'angiome parotidien, observé et traité avec succès en 1888, réuni aux sept observations du mémoire de M. Henri Hartmann (2), montre que, sur 8 cas où le siège est connu, il y avait 6 fois une localisation à gauche.

En résumé, les affections morbides ont une prédilection pour la moitié gauche du corps : arrêts de développement, tumeurs malignes sont souvent l'apanage de ce côté. La pathologie de cette moitié latérale est donc plus riche. Cependant, par une sorte de compensation ou d'exception à la règle (mais cette exception se comprend, puisqu'il s'agit d'un autre ordre de lésions), le côté droit est de préférence le siège des excès de développement : hypertrophies congénitales ou acquises, hétérotopies, hernies, etc.

Il n'y a pas là un simple sujet de curiosité et nous croyons très important d'affirmer que, dans certains cas, la notion du côté lésé doit entrer en ligne de compte. Sur 27 cas de tumeurs malignes, où le côté atteint est signalé, 20 fois ces tumeurs siégeaient à gauche (3).

(1) Maurel. Thèse de Paris, 1888.
(2) H. Hartmann. *Revue de chirurgie*, 1889, p. 756.
(3) A.-F. Plicque. *Récidives des tumeurs malignes*, Thèse de Paris, 1888.

N'est-ce pas une notion importante dans le diagnostic des lésions des cordes vocales, que d'être renseigné sur le côté lésé ?

L'attention du chirurgien devra être en éveil lorsqu'il se trouvera en présence d'un torticolis, d'une scoliose, d'une exostose ostéogénique situés à gauche, et s'il est en face d'un bec de lièvre, d'un genu valgum, de varices ou d'une varicocèle siégeant à droite. Dans bien des cas, l'observation plus pénétrante révèlera la cause de cette particularité. N'est-il pas évident qu'une tumeur rénale, siégeant à droite et s'accompagnant d'un varicocèle de ce côté, sera très probablement de nature maligne : ces deux localisations fortifient le diagnostic par leur réunion.

On devra se méfier d'une lésion de l'amygdale, d'une ulcération de la langue ou des lèvres situées du côté gauche et survenant chez un sujet prédisposé par l'âge ou l'hérédité à des néoplasmes.

Nous avons fréquemment vérifié cette prédisposition différente aux maladies de chacune des moitiés du corps et c'est pour cela que nous essayons d'en faire ressortir l'intérêt pratique autant que théorique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Caisso et Garimond (de Montpellier), Sadrain (de Loze), Siry (de Paris).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, 17, rue Cassette

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. D. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. J. VOISIN.

Les persécutés : Une persécutée à idées génitales.

(Leçon recueillie par M. A. GUIBERT, interne du service.)

I

J'ai l'intention d'étudier avec vous le délire des persécutions et, pour ce, de vous montrer quatre malades, qui, ayant un côté commun, diffèrent totalement quand on y regarde de plus près. Puis, lorsque vous connaîtrez les sujets en question, je vous résumerai et les ressemblances et les divergences pour que vous sachiez bien ce que l'on entend par délire des persécutions et que vous n'alliez pas le confondre avec les *idées de persécution* qui peuvent survenir dans le cours de nombreuses affections.

Avant d'étudier notre premier malade, laissez-moi vous dire deux mots d'historique. C'est en 1852, que Lasègue fit une entité morbide du délire des persécutions, dont on retrouve des cas typiques dans les descriptions de Pinel et d'Esquirol. Mais Pinel range ces malades dans son groupe de la mélancolie; Esquirol nous en parle soit au chapitre des hallucinations, de la lypémanie ou de la monomanie. Toutefois, en Allemagne, dès 1764, Kant nous trace de beaux types de persécutés, mais sans en faire une entité morbide. En France, c'est Lasègue, je le répète, qui, le premier, a décrit l'affection sous ce nom. Sa situation, au Dépôt, lui a permis de voir surtout les malades au début et dans la période d'état ou de florescence; la période finale lui a échappé. Morel qui fut le premier à accepter la nouvelle entité, fait entrer les persécutions dans son troisième groupe de folie : la folie hypochondriaque. M. Magnan, qui n'admet pas la transformation des névroses dont parle Morel, a repris à nouveau la description du délire des persécutions, qu'il nomme délire chronique. Il fait rentrer dans cette catégorie, à l'encontre de Kraft Ebing qui a toujours retrouvé l'hérédité, des malades qui n'ayant pas d'antécédents héréditaires deviendraient d'emblée persécutés, passant par quatre périodes (début, état, délire ambitieux, démence), pour aboutir toujours à la démence. Je vous ferai remarquer, à ce propos, que l'on a vu mourir des persécutés à un âge très avancé, sans avoir présenté jamais la mégalomanie ou la démence que M. Magnan indique comme fatale.

Et maintenant j'arrive à ma première malade qui vous confirmera, tout à l'heure de vive voix, ce que je vais vous en dire.

Les antécédents héréditaires ne nous apprennent rien de particulier : le père est mort à l'âge de 58 ans, la mère serait encore bien portante. Mais quelle confiance devons-nous accorder aux récits d'une malade qui ne voit qu'*ennemis* partout, et dont la conversation est pleine de réticences ?

Pour ce qui est des antécédents personnels, nous sommes un peu mieux renseignés, du moins en ce qui concerne le début de la maladie actuelle, car la malade ne peut nous dire si elle a eu des convulsions dans son enfance, ni à quel âge elle a marché. Mariée à vingt et un ans, elle a eu deux filles, elle n'a rien présenté de spécial au moment des couches ou de l'allaitement. Elle n'est plus réglée depuis onze mois, et sent parfois quelque chose dans le côté gauche qui monte et l'oppresse. On observe de l'anesthésie pharyngée; pas d'anosmie, pas de dyschromatopsie. Il existe des points douloureux au niveau de l'ovaire et sous le sein. Le dynamomètre nous donne 25 kilos à droite et à gauche. Elle entend mieux de l'oreille gauche que de la droite; la sensibilité à la piqûre est moindre à gauche, le champ visuel est légèrement rétréci à droite.

La malade nous dit qu'elle n'a jamais été gaie. Jeune fille elle restait chez elle et fuyait la compagnie. Il y a six ou sept ans, elle eut une dispute avec un concierge : « On lui faisait des misères; on la méprisait; on n'a jamais eu d'égards pour elle; on crachait avec dédain à côté d'elle; on chuchotait dans les rues faisant des cancans sur son compte; on la regardait de travers »; elle est allée plusieurs fois pour cela chez le commissaire de police qui, un jour, l'adressa à un médecin.

Enfin, il y a trois ans, elle entend des voix, elle distingue nettement qu'on l'insulte à travers les murs; c'est quelqu'un qui veut l'*orgiter*, et comme elle résiste on l'insulte. Il y a deux ans, à l'occasion d'un rapport avec son mari, elle ressentit comme des épingles qui la piquaient dans le bas-ventre. C'est surtout depuis quinze mois qu'on l'*orgite*; ce sont des voix d'hommes et de femmes; parfois il y a deux femmes, d'autres fois elles sont sept ou huit. Ces femmes connaissent ce qu'elle pense, elles lui volent sa pensée (écho); mais elles ne lui font pas penser ce qu'elle ne veut pas. La malade qui, depuis longtemps, se causait à elle-

même (monologue), interpelle aujourd'hui ses persécuteurs (dialogue).

On lui fait toutes sortes de « cochonneries », elle voit des organes sexuels de femmes et d'hommes; ce sont surtout les femmes qui l'insultent, et il y a un « monsieur » qui lui dit « de ne pas répondre ». — « Puisque tu ne veux pas *orgiter*, lui dit-on, vieille p....., vieille sal..., vieille gougn...., tu vas crever, tu vas devenir folle. » Et comme elle ne peut s'expliquer comment elle entend ces choses-là, elle croit que c'est de la « physique », bien qu'il y ait une femme qui lui crie toujours : « Non ce n'est pas la physique, c'est le système métrique. »

Elle est bien sûre de voir ces femmes et ces hommes qui se livrent à de semblables orgies, et si elle savait dessiner elle pourrait les représenter; il lui est arrivé de vouloir les repousser avec la main ; mais elle ne connait pas, de façon à pouvoir les nommer, ces femmes qui agissent sur elle. Ces orgies auxquelles on la force d'assister sont devenues plus fréquentes, depuis « qu'elle s'est *bouchée* pour résister »; elle reconnait que c'est pour l'exciter à *orgiter*.

La malade, en effet, retire sous nos yeux un volumineux tampon, dont elle se sert pour s'obturer le vagin ; elle porte, en outre, un caleçon fermé et s'enroule une bande autour du ventre ; elle ne peut marcher sans ces précautions.

Il y a dix-huit mois, les nuits étaient très agitées, la malade excitée par ces voix, ces manœuvres et ces troubles de la sensibilité générale, se levait, brisant tout ce qui lui tombait sous la main, malgré les affirmations de son mari qui l'assurait qu'il n'y avait rien; cette excitation reparaît au moment des règles. Ce sont là des troubles d'excitation maniaque que l'on a signalés assez souvent chez les persécutés, et qui durent généralement quelques jours, mais qui peuvent se renouveler à chaque époque menstruelle. On lui envoie aussi de mauvaises odeurs; ce sont surtout des « odeurs de sperme » dont on imprègne quelquefois ses aliments ; elle a même senti son nez « enfler » à la suite de ces odeurs.

Pour éviter ses persécuteurs, elle a changé trois fois de domicile ; elle se sent mieux chaque fois, mais l'amélioration dure peu.

Nous ajouterons que l'examen des parties génitales ne nous a montré aucune lésion, si ce n'est un léger érythème de la vulve, produit très vraisemblablement par la présence permanente des compresses.

Telle est l'observation de cette malade ; vous la trouverez peut-être un peu longue, mais elle vaut mieux pour vous qu'une description technique du délire des persécutions. Revenons maintenant sur les points les plus importants. Vous avez remarqué la lenteur avec laquelle évolue l'affection ; la malade, dès son enfance, est triste et mélancolique, et il y a déjà trois ans qu'elle entend des voix. Défiez-vous de ces délires de persécution à début brusque que l'on a décrit, et tenez pour certain que le début véritable a échappé aux observateurs. Vous retrouverez toujours, en effet, quand vous voudrez bien chercher, une phase d'inquiétude, une période pendant laquelle il arrive au malade, par exemple, de se détourner lorsqu'il se promène, se croyant interpellé ou supposant encore qu'on chuchote sur son compte.

J'ai insisté sur la forme des récriminations de notre malade : au début, *on* lui en veut, *on* l'insulte, puis c'est un groupe d'hommes et de femmes et peut-être demain nommera-t-elle son persécuteur, et alors malheur à celui-là! Cette systématisation du délire est l'un de ses plus importants caractères, vous ne la retrouverez jamais aussi nette dans les nombreuses circonstances où vous constaterez simplement des *idées* de persécution ; souvent même, elle fera défaut, et c'est pourquoi j'insiste tant sur cette distinction capitale que l'on doit établir entre les divers persécutés ; distinction trop méconnue depuis quelque temps comme j'aurai occasion de vous le redire.

Vous avez pu remarquer, à propos des hallucinations de l'ouïe chez notre malade, les diverses formes auxquelles on a donné les noms de monologue, d'écho et de dialogue. Je n'y reviens pas ; mais j'ajouterai que chez elle les voix sont entendues indifféremment des deux côtés; au contraire, souvent il arrive que la voix injurieuse et mauvaise conseillère n'est entendue que d'un côté, pendant que les bons avis et les paroles flatteuses viennent de l'autre. C'est aux hallucinations de l'ouïe qu'est dû le phénomène du dédoublement de la personnalité qui, d'après Falret, se produirait toujours à un certain degré chez les persécutés. Le malade dit qu'on lui vole sa pensée, il entend une voix qui l'interroge, une autre qui lui répond ; ce dialogue est tout intérieur, au début, plus tard, l'un des interlocuteurs s'extériorise; le plus souvent, c'est celui qui fait les réponses, et c'est alors que le malade dit : « Je ne suis plus maître de ma pensée, je suis possédé. » Mme X..., que je vous ai présentée, en est arrivée à ce point, c'est donc vous dire en même temps à quelle période du délire elle se trouve, et c'est en même temps porter le pronostic.

Avec les hallucinations de l'ouïe, je vous ai décrit les troubles de la sensibilité générale, les hallucinations du goût, de l'odorat et de la vue. Ces dernières n'existent jamais dans le délire des persécutions, car lorsque vous les rencontrez chez un persécuté, soyez sûrs que vous avez affaire à un alcoolique ou à un hystérique. Je ne vous répéterai pas ici les signes d'hystérie que nous rencontrons dans notre cas particulier (je vous les ai énumérés au commencement), mais ils montrent une fois de plus combien est vraie la règle que je vous indique à laquelle il n'existe que de rares exceptions, exceptions qu'il est encore permis de mettre en doute. Et remarquez à ce propos que les malades ne sont pas dupes de leurs hallucinations visuelles, tandis qu'ils le sont pour leurs hallucinations auditives qui leur sont imposées par leurs persécuteurs. Quant aux autres hallucinations de l'odorat et du goût, elles n'ont pas ici une grande intensité; il n'en est pas de même dans tous les cas où elles peuvent, avec les troubles de la sensibilité générale, acquérir une grande importance. C'est ainsi que, redoutant toujours un empoisonnement, certains persécutés changent constamment de restaurant, de fournisseurs, et se préparent eux-mêmes leurs aliments.

Il me reste encore, avant de vous indiquer les divisions que l'on a établies dans la maladie, à vous faire remarquer deux symptômes importants : le changement de domicile et le néologisme. Certains persécutés ne peuvent tenir en place et, fuyant sans cesse leurs persécuteurs, visitent parfois, si leurs moyens le leur permettent, les pays les plus éloignés. Ils rentrent dans la catégorie des aliénés migrateurs de Foville. Vous avez vu que Mme X... a changé plusieurs fois de domicile, et vous avez remarqué aussi cette expression *orgiter* (dont elle se sert constamment). Les persécutés arrivés à la période d'état ont un vocabulaire spécial, vous y trouvez, avec des néologismes, des termes techniques empruntés aux sciences, ainsi que Mme X...

accuse la *physique* et le système métrique. Pour d'autres, le grand coupable sera le téléphone, le phonographe, l'électricité ; les expressions, en général, sont en rapport avec les découvertes.

Et, maintenant, vous pouvez reconnaître à quelle période de l'affection en est rendue la malade. Falret a divisé le délire des persécutions en quatre périodes : la première, période d'interprétation délirante ; la seconde, période d'hallucinations de l'ouïe ou période d'état ; la troisième, période des troubles de la sensibilité générale ; la quatrième, période stéréotypée ou de délire ambitieux. Les interprétations délirantes, vous vous en souvenez, ce sont ces chuchotements qu'entendait la malade qui, plusieurs fois, s'est plainte au commissaire de police : on lui en voulait, on en disait du mal ; les hallucinations de l'ouïe, vous ne les avez pas oubliées : voix injurieuses et bons conseils ; les troubles de la sensibilité générale consistent, surtout chez elle, en sensations désagréables ou parfois voluptueuses au niveau des parties génitales ; nous en sommes donc à la troisième période, et ce qui nous confirme la chronicité de l'affection, c'est encore le néologisme dont elle se sert : *orgiter*. Vous avez déjà remarqué, j'en suis sûr, que notre malade n'a pas d'idées de grandeur. En aura-t-elle plus tard ? Oui, si l'on en croit M. Magnan, mais je vous ai dit que cette règle est loin d'être sans exception (1). Et, à ce propos, vous n'êtes pas sans vous demander comment se fait ce passage à la quatrième période du délire. Il existe deux processus différents : ou bien c'est spontanément, souvent à la suite d'une hallucination de l'ouïe ou d'un mot entendu dans la rue, que le persécuté se croit un personnage important — c'est la genèse spontanée ; ou bien, au contraire, il s'agit d'une genèse par déduction logique. Le malade est tourmenté, mais pourquoi ? Ses adversaires doivent y avoir intérêt, et de là à se croire riche ou sorti d'une souche illustre pour le persécuté, il n'y a qu'un pas qu'il a vite franchi.

Vous connaissez maintenant un type de malade atteint du délire des persécutions, tel qu'on le comprend en pathologie mentale, depuis la magistrale description de Lasègue et de Falret : dans la prochaine conférence, je vous présenterai une débile hystérique avec idées de persécution et vous pourrez noter les différences.

(1) M. Christian, dans sa communication du 23 mai 1887 à la Société médico-psychologique, a avancé que les persécutés génitaux ne présentaient jamais d'idées de grandeur ; MM. Marandon de Montzel et Doutrebente, dans des articles parus en mars et mai 1890 dans les *Annales médico-psychologiques*, ont affirmé le contraire.

DU TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRIE ET DE LA SCARLATINE

PAR L'INOCULATION DES MICROBES DE L'ÉRYSIPÈLE

(Rapport lu devant la Société d'hygiène publique de Saint Pétersbourg par M. le docteur Triwousse.)

Le docteur Babchinsky a vanté, comme traitement de la diphthérie et de la scarlatine, l'inoculation de l'érysipèle ou des coccus érysipélateux. Il se décida à pratiquer ses expériences après trois cas de guérison de diphthérie, compliquée d'érysipèle. Il fit quatorze inoculations, une à un malade atteint de scarlatine, et les treize autres à des malades atteints de diphthérie. Parmi ses malades, il y avait des enfants de deux, quatre, six ans, présentant des formes gangréneuses graves de la maladie. Il nous semble que l'auteur s'est laissé entraîner trop loin, lorsqu'il avance que l'érysipèle, dans ces cas, apparaît quatre, huit, dix ou douze heures après l'inoculation et que, au fur et à mesure du progrès du processus érysipélateux, les membranes diphthéritiques disparaissent et la température décroît. Cependant, tout le monde sait que le développement de l'érysipèle s'accompagne d'une grande et rapide élévation de la température (40 à 41 degrés).

Le docteur Grigorovitch qui décrit, avec beaucoup de détails, un cas de diphthérie grave compliquée d'érysipèle, arrive aux mêmes conclusions que l'auteur précédent. Dans ce cas, d'après le docteur Grigorovitch, l'érysipèle était inoculé accidentellement par un aide-chirurgien qui frictionnait avec une même pommade une femme atteinte d'un érysipèle du sein et un garçon atteint de diphthérie.

Il s'en faut de beaucoup que ce cas puisse nous convaincre, car l'auteur dit que l'érysipèle a paru une demi-heure après l'inoculation. Cependant, après les expériences de Fehleisen, on sait que l'érysipèle ne paraît chez les hommes qu'au bout de dix-neuf à soixante et une heures et, d'après le docteur Meerowitch, dont les expériences portent sur des lapins, l'érysipèle apparaît seulement un à trois jours après l'inoculation. Dans les expériences relatées par le docteur Babchinsky, l'érysipèle se développe au bout de quatre à douze heures.

Nous sommes habitués à n'accepter que sous réserves, et même avec une certaine méfiance, les nombreux spécifiques vantés dans le traitement de la diphthérie.

L'article de Babchinsky, si l'on considère l'actualité des inoculations comme moyen de traitement, amènerait peut-être quelques praticiens à tenter ce nouveau remède ; c'est pourquoi nous considérons comme un devoir de publier quelques-unes de nos observations, qui pourront servir à retenir ceux de nos confrères, que la méthode de Babchinsky aurait séduits.

Voici le résumé de nos observations :

Observation I. — Eugénie M..., atteinte de scarlatine, présente un fort gonflement des ganglions sous-maxillaires et une angine catarrhale.

Le quatrième jour, on constate une fluctuation profonde. J'invite alors mes confrères Ourowitch et Woukoloff à pratiquer une opération. Le lendemain, nous constatons une rougeur avec des bords nettement saillants, mais que nous prenons pour une irritation due au pansement. Nous pratiquâmes l'opération avec toutes les précautions antiseptiques possibles. La peau et la couche sous-cutanée n'étaient pas infiltrées et, seulement après l'opération, un liquide trouble, ayant une odeur un peu âcre, jaillit de la plaie (une once à peu près). La température, qui avait baissé après l'opération de 40 à 38 degrés, remonta le lendemain et nous força à changer le pansement bien qu'il fût sec. Nous nous aperçûmes alors que la plaie était absolument sèche, que le ganglion qui faisait saillie dans la plaie était noir et que la rougeur de la veille s'était propagée aux régions du cou et à la joue gauche. Le troisième jour de l'opération, la plaie demeure dans le même état ; le thermomètre descend à 38 degrés ; le pouls ne se compte plus. Dans la nuit, la malade meurt. Je doutais, néanmoins, encore du caractère érysipélateux de la rougeur migratrice, quand, le lendemain, le père qui, tout ce temps, était resté auprès de sa fille, tomba malade avec les phénomènes suivants : un frisson intense, une température s'élevant à 40 degrés, un fort catarrhe nasal. En même temps il se plaignait d'une forte douleur à la déglutition et présentait une rougeur et une tuméfaction de la muqueuse de la gorge. Le lendemain, l'extrémité du nez se tuméfie, devient rouge, tandis que la muqueuse de la gorge pâlit. Nous nous trouvions en présence d'une forme

grave d'érysipèle qui dura deux semaines, après avoir fait tout le tour de la tête. Cette fois, le doute n'était plus possible; la rougeur constatée chez l'enfant avant l'opération précitée était bien un érysipèle.

Obs. II. — Un garçon de quatre ans, atteint de diphthérie, est placé dans l'hôpital du prince d'Oldenbourg; trois jours après, il vient chez moi. Nous constatons que la diphthérie a envahi l'isthme du gosier et la gorge. Deux jours après, dans la région sous-maxillaire droite, apparaît une rougeur très vive. Cette rougeur est d'abord prise pour une rougeur phlegmoneuse, mais quand nous la vîmes se propager aux régions de l'épaule et du côté droit, quand elle montra des bords nettement saillants, nous ne doutâmes plus qu'il s'agit d'un érysipèle. En même temps, bien que les membranes de l'isthme du gosier commençassent à disparaître, le malade est pris de délire, un écoulement purulent du nez apparaît, la difficulté de la respiration augmente et la mort survient trois jours après l'apparition de l'érysipèle.

Obs. III. — Demetrius K..., âgé de dix ans, contracte, le 2 décembre 1889, une scarlatine type. Le quatrième jour, presque toute la muqueuse des amygdales, de la luette et du côté droit de la paroi postérieure de la gorge est ulcérée et recouverte d'une membrane grise. L'albumine, qui s'était montrée au début, avait disparu. A la fin de la seconde semaine, l'état du malade s'est considérablement amélioré. La température était près de 38 degrés; il n'y avait plus de membranes. La quantité d'urine s'élève à 2000 grammes, mais le malade est devenu tout à fait sourd, et les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Un jour plus tard, un écoulement purulent s'effectue par une oreille; trois jours après, l'écoulement se fait par les deux oreilles. En même temps, la température prend un caractère spécial : elle oscille entre 37°6 et 40 degrés.

A la fin de la troisième semaine, les ganglions sous-maxillaires sont encore plus volumineux; la respiration devient stertoreuse et comme, dans la gorge, rien ne se dessine d'une façon nette, nous pratiquons le soir même l'ouverture des deux ganglions sous-maxillaires, bien qu'il n'y eût pas de fluctuation évidente. L'hémorrhagie fut abondante. La peau et la couche sous-cutanée étaient infiltrées. De la glande gauche jaillit une quantité assez considérable de pus liquide; à droite, la glande laisse échapper seulement un liquide trouble, presque sans odeur. Après l'opération, le malade se trouve soulagé; la température tombe de 40 à 38 degrés. Le lendemain, la température remonte, sans tendance à diminuer. On décide alors d'enlever le pansement que nous avions cru d'abord laisser deux ou trois jours. Les plaies sont tout à fait sèches. A droite, apparaît une rougeur érysipélateuse. Dans le but de faciliter l'écoulement, la gaze au sublimé est remplacée par un drainage. L'écoulement augmente peu, la rougeur érysipélateuse se déplace et la plaie gauche se recouvre d'une membrane diphthéritique bien nette, à laquelle, deux jours après, s'ajoute la rougeur érysipélateuse. Enfin, apparaît une éruption papulo-érysipélateuse. La respiration devient encore plus pénible et le malade meurt dans le collapsus, une semaine après l'opération.

Dans les trois cas qui précèdent, l'apparition d'un érysipèle a aggravé la maladie initiale et nous venons de voir, en outre, que, dans le troisième cas, l'érysipèle et la diphthérie marchaient côte à côte. Malgré leur petit nombre, je pense que ces trois cas sont plus significatifs que les seize cas du docteur Babchinsky.

Nous savons, en effet, que les malades guérissent assez souvent, malgré nos moyens thérapeutiques. Inspirer sa conduite d'après le vieil adage : *Post hoc ergo propter hoc*, n'est guère permis quand il s'agit de ces moyens dangereux comme l'inoculation de l'érysipèle. Il est vrai qu'on a tenté d'inoculer l'érysipèle dans les cas d'eczéma, de syphilis, d'hydropisie et de néoplasmes (Ricord, Després, Busch, Janick). Mais ce sont là des cas exceptionnels et ces expériences ont été faites sur des gens bien portants sous tous les autres rapports. Janick se décida à inoculer, en 1885, une femme âgée de quarante-cinq ans, qui présentait une récidive de cancer du mamelon. Cette malade mourut trois jours après.

Fehleisen fit des inoculations à sept malades. Le premier tombe dans le collapsus au bout du sixième jour; le septième, il présente une température qui s'élève à 41°6 et l'érysipèle dure quinze jours. Fehleisen a, néanmoins, continué ses expériences pour bien spécifier le rôle des microbes cultivés par lui.

Il est vrai que la première expérience du docteur Babchinsky portait sur un malade condamné à l'avance. Mais chaque praticien peut compter plus d'un cas où le pronostic désespéré ne s'est pas réalisé.

Si maintenant nous envisageons la question à un point de vue théorique, nous voyons ce qu'on en peut dire *a priori*. Les agents de l'érysipèle sont maintenant bien connus, ce sont les microbes de Fehleisen.

La question du bacille de la diphthérie semble déjà être résolue au profit du bacille découvert par Klebs, comme cela résulte d'une étude du professeur Lœffler sur l'étiologie de la diphthérie.

Lœffler, MM. Cornil, Babès, d'Espine, Flügge, Wyskowitch, Hoffman, etc., ont fait de nombreuses inoculations sur des pigeons, lapins, souris blanches, et presque toujours ces animaux contractaient la diphthérie. Malheureusement, on ne peut pas dire la même chose de la scarlatine. Sans parler du bacille de Klein qui, dès le début, fut accepté avec défiance, le bacille d'Edingten, *bacillus scarlatinæ*, accepté jusque-là comme l'agent spécifique de la scarlatine, n'est plus admis comme tel, depuis les travaux du docteur Shin et de la commission anglaise.

Les travaux de Mme Raschkine, je crois, établissent d'une façon suffisante que la plupart des complications de la scarlatine (gonflement des ganglions lymphatiques et du cou, inflammation catarrhale des poumons, otites) dépendent de l'apparition du streptococcus pyogenes.

D'autre part, nous savons que la diphthérie et la scarlatine, sans complication, amènent rarement la mort, mais guérissent le plus communément.

Ces maladies ne sont donc dangereuses, que parce qu'elles favorisent l'infection de tout l'organisme par les microbes ordinaires du pus. Il devient alors évident qu'en appréciant les méthodes de traitement proposées, nous ne devons les accepter qu'autant qu'elles pourront nous assurer contre cette infection secondaire, produite par le streptococcus pyogenes. C'est ainsi que, pour en revenir à la méthode du docteur Babchinsky, nous devons considérer le rapport qui existe entre les coccus de Fehleisen qu'il propose pour les inoculations et les streptococcus pyogenes ou de Rosenbach.

Fehleisen publia ses travaux sur l'érysipèle en 1881. Trois ans après parut l'ouvrage de Rosenbach. Fehleisen, ainsi que Rosenbach, essayèrent de trouver les signes différentiels entre le streptococcus pyogenes et le streptococcus érysipelatus. De pareils signes n'existent pas, ou quand ils existent ils ne sont pas absolus. Fehleisen dit, par exemple, que, sous le microscope, ces bacilles ne se distinguent pas, mais que leurs cultures présentent des différences bien

nettes. Il ne dit pas, d'ailleurs, en quoi consistent ces différences (1).

Rosenbach affirme que les cultures se ressemblent beaucoup, mais que, sur les semences faites, par un trait sur la surface, le coccus erysipelatus croît sous forme d'une feuille de fougère et le coccus purulent sous forme d'une feuille d'acacia.

Le professeur Pavlovsky, lui, en somme, confirme les recherches de Fehleisen et de Rosenbach; il dit qu'il ne peut pas se contenter du diagnostic différentiel de Rosenbach.

Le professeur Pavlovsky, au contraire de Fehleisen, trouve une grande différence entre ces divers microbes, différence appréciable sous le microscope. Avant Pavlovsky, M. Passet, vérifiant les travaux de Fehleisen et de Rosenbach, ne trouve aucune différence morphologique entre les colonies de microbes, et dit sans hésitation que leur action pathogénique est la même sur les animaux expérimentés. Cette dernière proposition se trouve confirmée par des travaux récents.

J. Meerowitch, en 1887, qui, sans doute, possédait de véritables coccus de Fehleisen, produisait l'érysipèle en les inoculant dans les couches superficielles de la peau; en les injectant sous la peau, une suppuration; en les injectant dans les tissus profonds, il obtenait une suppuration diffuse; dans les articulations, une inflammation purulente; sous le péritoine, une péritonite purulente, etc.

Heinrich Hartmann confirme ces expériences. Kroner soutient, en 1888, que le streptococcus de Rosenbach est morphologiquement et biologiquement identique à celui de Fehleisen. Il jouerait le même rôle que ce dernier, une fois introduit dans l'organisme.

Lœffler inocula à des lapins le streptococcus trouvé dans les membranes et les tissus de malades atteints de scarlatine et de diphthérie, et il produisit un érysipèle type. Quant à Hartmann, il affirme qu'à la diphthérie et à la scarlatine s'ajoute souvent l'érysipèle de la muqueuse. Dans mes observations je ne peux pas invoquer une cause de contagion, mais je suis profondément convaincu que la scarlatine et la diphthérie étaient l'origine de cette infection. Je pense de la même façon sur le cas du docteur Grigorowitch, car il est peu probable que l'érysipèle puisse apparaître ainsi une demi-heure après l'inoculation.

D'après ce que nous venons de voir, il est évident que, dans les cas de diphthérie et de scarlatine, où nous devons craindre, plus que toute autre chose, une seconde infection par des streptocoques, il est impossible, *a priori*, d'attendre le salut de l'inoculation des cultures de ces streptocoques.

Si quelquefois les malades guérissent malgré toutes les complications, personne n'osera affirmer que la guérison est due à ces nouveaux venus qui ont, au contraire, provoqué des complications.

Comme conclusion, il est nécessaire qu'avant de tenter des expériences aussi dangereuses, surtout chez les enfants, des expériences complémentaires soient faites sur des animaux et sur les bactéries mêmes qui sont en cause.

(1) Les recherches de MM. Clado et Verneuil (Académie des sciences) ont prouvé l'identité des microbes de l'érysipèle et de la lymphangite. (*Note de la Rédaction.*)

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES OTITES MOYENNES DE LA GRIPPE; STATISTIQUE

Par M. le docteur E. Ménière.

La violente épidémie de grippe, qui a frappé un grand nombre de personnes l'hiver dernier, a causé d'assez fréquentes inflammations de l'appareil auditif. La pathogénie de ces complications est nettement démontrée, et fait saisir l'importance des affections rétro-nasales dans leurs rapports avec les maladies de la caisse.

En raison de cette épidémie, la fréquence des otites a été beaucoup plus considérable, et les caractères en ont été plus nettement tranchés. Toutes les variétés ont pu être observées.

Dans la grande majorité des cas, l'inflammation de la caisse s'est produite secondairement, à une époque plus ou moins éloignée du début de la grippe. J'ai été surpris de la rapidité de l'extension. Les deux oreilles étaient souvent prises en même temps et avec une violence presque égale. Douleurs vives, écoulement de pus considérable; myringite concomitante avec perforation plus ou moins grande; douleurs névralgiques assez aiguës dans certains cas, nulles dans d'autres. Un fait m'a frappé, c'est la résolution, *relativement* assez rapide, des symptômes inflammatoires.

J'ai relevé, dans ma pratique de la ville, 57 cas bien nets. Vingt-huit d'entre eux ont été guéris dans un espace de temps variant de quatre à cinq semaines. Chez 11 malades, une seule oreille était prise; chez 17, les deux oreilles. Dans 16 autres cas, la guérison n'a été obtenue qu'après trois mois, avec des exacerbations variables : 9 mono-auriculaires et 7 bi-auriculaires. Enfin dans 8 cas, la guérison a demandé plus de quatre mois, et les 5 derniers sont encore en traitement à l'heure actuelle.

Chez ces cinq malades, il y a eu des complications sérieuses de périostite du conduit, avec douleurs marquées du côté de la région mastoïdienne. J'ai dû penser plusieurs fois à faire l'ouverture de la mastoïde; mais, avec beaucoup d'attention et de soins, j'ai évité l'opération, et je me félicite d'avoir mis autant de patience, puisque j'ai pu obtenir la guérison sans intervention chirurgicale.

Dans un cas qui ne m'est pas personnel, l'ouverture de l'apophyse a dû être faite. Il s'agissait d'une jeune enfant soignée par mon confrère, M. Hermet, pour laquelle M. Le Dentu et moi avons été appelés en consultation. L'opération a été suivie de succès, du reste.

Je n'entrerai pas dans les détails, au sujet de la pathogénie de ces otites moyennes. L'état général particulier et l'inflammation rétro-nasale ont été, sans aucun doute, le point de départ du processus inflammatoire qui a suivi la trompe pour gagner la caisse. Je ne m'occuperai que de la thérapeutique.

Le traitement que j'ai constamment suivi, et qui m'a donné de fort bons résultats, a été toujours le même. Injections d'eau chaude additionnée de coaltar saponiné et bains d'oreilles, ces deux moyens répétés alternativement huit à dix fois par jour.

Lorsqu'il m'a semblé que l'écoulement purulent se faisait avec un peu de difficulté, j'ai ouvert plus largement le tympan, et j'ai pratiqué des injections par la trompe, afin de nettoyer complètement l'oreille moyenne. Ces grands lavages, bien suivis, ont fait disparaître peu à peu les accidents inflammatoires.

Dans quatre cas où il existait une forte douleur dans la

région mastoïdienne, j'ai appliqué le Paquelin et les phénomènes locaux et généraux ont été rapidement amendés.

En résumé, voici les conclusions de mon observation pendant la dernière épidémie :

Envahissement assez prompt des caisses; accidents locaux et généraux très marqués dès le début; écoulement considérable du pus; périostite du conduit assez fréquente; douleurs névralgiques de voisinage, accentuées chez beaucoup de malades.

Dans la majorité des cas, convalescence assez rapide, relativement à ce qu'on observe ordinairement, et guérison sans lésions graves, avec intégrité du tympan et conservation de l'ouïe.

Sur les 57 cas observés, il y avait 13 enfants. Ceux chez lesquels j'ai constaté de l'hypertrophie adénoïde (6) ont été plus malades que les autres.

Enfin, les lavages continuels, par le conduit auditif et par la trompe, m'ont donné des résultats parfaits.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies du foie (1), par George Harley, traduction par le docteur P. Rodet.

Il s'agit moins dans ce livre des maladies du foie, que de l'ictère dans ses différentes formes, ses causes, ses manifestations diverses. C'est certainement un des ouvrages dans lesquels on peut rencontrer sur la jaunisse la somme la plus considérable de renseignements. Ce n'est donc pas un traité méthodique, didactique, complet, des maladies hépatiques, c'est l'œuvre d'un praticien et d'un savant, plus soucieux d'exposer les résultats de sa longue expérience, que de faire un ouvrage académique. Ce ne sont pas des cliniques, ce n'est pas un traité théorique; c'est quelque chose d'intermédiaire dans lequel la façon de voir, personnelle à l'auteur, est surtout mise en relief.

Il règne dans ce livre une liberté d'allures que nous ne connaissons pas en France où l'on adopte, soit la forme de leçons cliniques, soit la forme classique de l'ouvrage didactique, dans lequel l'auteur se considère comme obligé de donner aux chapitres une longueur et un développement en rapport avec l'importance des sujets qu'il traite. Ici il n'en est pas de même, et l'écrivain anglais met au premier rang l'intérêt qu'il attache lui-même aux diverses questions qu'il expose; de là une certaine surprise pour le lecteur français que déroutent ce défaut dans les porportions habituelles, cette laxité et même cette absence apparente de plan méthodique.

En revanche, la lecture de ce livre procure la satisfaction qu'on éprouve toujours à lire l'œuvre d'un auteur qui parle de sujets qu'il a longuement étudiés et sur lesquels il a des idées personnelles. Signalons, par exemple, les pages consacrées aux affections causées par l'épaississement de la bile.

Ne pouvant que donner d'un livre semblable une idée très générale, nous extrayons, du résumé qui le termine, un certain nombre d'aphorismes bien faits pour montrer que G. Harley a, sur bien des points de la pathologie hépatique, des idées originales.

La douleur de l'épaule est un symptôme qui n'a aucune valeur dans les maladies du foie.

Toutes les fois que, dans le cours d'une hépatite aiguë ou chronique, surviennent des frissons, sans autre cause probable, la suppuration va se faire, car l'abcès peut survenir dans toutes les variétés d'hépatite. (Cette formule nous paraît bien absolue, nous l'avouons.)

(1) In-8°. Prix : 16 francs. — Paris, G. Carré.

Toutes les augmentations douloureuses du volume du foie sont invariablement suivies d'atrophie, si le malade survit assez longtemps pour que la compression du tissu cellulaire enflammé, puis hypertrophié, vienne s'exercer sur les cellules sécrétoires.

Les dangers provenant de l'existence de calculs ne cessent pas, même après que ceux-ci ont été expulsés.

Après le passage d'un calcul dans l'intestin et son expulsion au dehors, il peut se faire une occlusion fatale de l'orifice duodénal du cholédoque. Celle-ci survient quand l'irritation, causée par le cheminement du calcul à travers le canal, a été assez forte pour déterminer une inflammation adhésive ou une ulcération dont la cicatrisation cause l'occlusion permanente du canal à son embouchure duodénale.

Quand, après un ictère qui dure depuis longtemps (s'accompagnant d'une douleur sourde), la coloration des selles redevient normale, le malade mourra dans l'espace de six à dix mois après que l'amélioration passagère aura cessé; car il est très probable que la cause de l'ictère était tout d'abord un calcul enclavé dans le cholédoque, qui s'est frayé un chemin en l'ulcérant. La réapparition des selles décolorées est alors due à un rétrécissement, par des adhérences ou par la cicatrisation d'une ulcération causée par le calcul.

Après l'administration de l'acide benzoïque ou du benzoate de soude, quand l'acide hippurique apparaît dans l'urine, on peut dire qu'une partie du tissu hépatique remplit encore ses fonctions car, quand celles-ci sont abolies, toute transformation chimique cesse.

Dans le cas d'ictère persistant, quand le sucre apparaît dans l'urine, la mort n'est pas éloignée.

Le traducteur, M. le docteur P. Rodet, a ajouté un mémoire sur l'intervention chirurgicale dans les maladies des voies biliaires, sur la cholécystotomie.

Leçons de thérapeutique, les médications [seconde série] (1), par Georges Hayem.

M. le professeur G. Hayem publie la seconde série de ses « Leçons de thérapeutique ». La première comprend les chapitres suivants : Les médications; Médication désinfectante; Médication sténique; Médication antipyrétique; Médication antiphlogistique. La série actuelle renferme les leçons faites sur les sujets suivants : De l'action médicamenteuse; Médication anti-hydropique; Médication hémostatique; Médication reconstituante; Médication de l'anémie; Médication du diabète sucré; Médication de l'obésité; Médication de la douleur.

Pour M. Hayem, la thérapeutique est avant tout la science des indications et l'art de les remplir. Dans cette simple formule il y a tout un programme. Elle suffit pour indiquer nettement l'esprit dans lequel le professeur comprend son enseignement. Cette conception, à notre sens, est absolument juste. Étudier d'abord les substances médicamenteuses et indiquer leurs doses, les modes de préparation qui leur conviennent, les véhicules appropriés, les incompatibilités : c'est surtout le devoir et la tâche du pharmacologue.

La thérapeutique est, en somme, le but suprême, la conclusion et la sanction des sciences médicales (ai-je le droit de dire, de la science médicale ?). En présence des maladies, en présence d'un malade, sous peine de n'être qu'un mauvais empirique, le médecin, avant de se décider à agir, doit déterminer l'élément contre lequel il doit lutter. Il doit, s'il le peut, atteindre la maladie dans ses causes et s'efforcer de supprimer celles-ci. Si cette action radicale est impossible, irréalisable, il doit combattre les éléments morbides les plus importants, par des médications appropriées. Pour cela, il importe qu'il ait de justes notions de pathologie générale, de physiologie normale et pathologique, de pathogénie. Il faut qu'il soit clinicien, c'est-à-dire qu'il ait l'habitude de l'examen

(1) Gr. in-8°. Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

du malade, de l'observation et de l'analyse des symptômes. Les indications jailliront pour lui de la comparaison de ces éléments.

Ayant constaté en quoi l'équilibre organique et vital est rompu, ayant dégagé ce qu'il faut faire, il restera à déterminer comment il faut le faire : la science des indications, puis l'art de les remplir.

Il est donc naturel et philosophiquement juste de procéder, comme le fait M. Hayem, de la pathologie au traitement et à la médication. Voilà pourquoi il passe successivement en revue les grands processus morbides et symptomatiques : l'infection, la fièvre, l'inflammation, les hydropisies, les hémorrhagies, l'anémie, l'obésité, la douleur. L'ensemble des moyens utilisables contre ces processus constitue les diverses médications qu'il étudie ensuite.

En chirurgie, avant les méthodes antiseptiques, les opérations devaient être brillantes. La première qualité de l'opérateur était la dextérité, l'habileté manuelle. Ce ne sont pas encore, à l'heure actuelle, qualités à dédaigner ; mais il vaut mieux, évidemment, être un médiocre opérateur et mettre en œuvre, avec minutie, les précautions antiseptiques, que de jongler habilement avec le couteau et le bistouri et de protéger les microbes. Il en est de même en thérapeutique. Le temps des formules complexes est passé. La thériaque a fait son temps. On n'accumule plus les substances les plus variées, dans l'espoir, peut-être, que dans le tas une d'entre elles servira à quelque chose. Il faut laisser les formules brillantes et surchargées à ceux qui veulent éblouir le malade et plaire au pharmacien.

On ne devra donc chercher dans les leçons de M. le professeur Hayem qu'une posologie fort simple. Il réduit avec raison la cuisine pharmaceutique à sa plus simple expression. Faire tolérer les médicaments, les faire absorber le mieux possible, est avant tout ce dont il se soucie. Il faut le louer hautement de cette consciencieuse sobriété.

Étude sur les diverses médications de la tuberculose pulmonaire (1), par Valentin Gilbert.

L'auteur passe en revue les nombreuses médications préconisées dans ces dernières années contre la tuberculose pulmonaire. Il a rassemblé des renseignements intéressants. Dans une seconde partie de son travail, il étudie les résultats fournis par les inhalations d'acide fluorhydrique. C'est, du reste, le procédé auquel il donne la préférence.

L'acide fluorhydrique ne donne de bons résultats qu'au premier et au deuxième degré de la tuberculose pulmonaire. Il agit surtout sur l'état général. Il n'empêche nullement l'emploi simultané d'autres médications ; au contraire, il faut toujours soigner, non seulement la maladie, mais aussi le malade, et s'inspirer des indications propres à chaque cas particulier.

Albert Mathieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 4 septembre 1890, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Dubarry, Guillet, Mathieu, Jouanneau, Dénarié, Dusser, Noël, Alamartine, Bauby et Adam de Beaumais.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

(1) Genève, H. Stapelmohr, 1889.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

16

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

67

DYSPEPSIES — GASTRALGIES

PEPSINE BOUDAULT

« *En prescrivant simplement : Pepsine, le pharmacien est obligé de ne donner que celle du Codex. Cette pepsine ne doit peptoniser que 20 fois son poids de fibrine, tandis que la* **Pepsine Boudault** *peptonise* **50 fois** *son poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex ne doivent peptoniser que la moitié de leur poids de fibrine, tandis que le **Vin** et l'**Elixir de Pepsine Boudault** peptonisent **deux fois** leur poids de fibrine, soit **quatre fois plus.** »

30

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES.

Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. (Emballage franco.

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

77

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les **Pâles couleurs,** pour fortifier les **Constitutions lymphatiques** et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'**Appauvrissement du sang.**

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

43

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

P. Rigollot

33

DYSPEPSIE, GASTRALGIE

ENTÉRITES guéries par les DRAGÉES de PANCRÉATINE PAULAY.

Dépôt gal : Phie Centrale, fg Montmartre, 52, Paris.

16

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

99

PERLES DE GAÏACOL

DU Dr CLERTAN

Il peut être avantageux, dans certains cas, de remplacer la créosote par le *Gaïacol*, qui la constitue dans la proportion de 60 à 90 p. 100. On a ainsi un agent défini et, de plus, doué d'une odeur aromatique agréable. Les résultats obtenus sont les mêmes que ceux que donne la créosote. Le *Gaïacol* convient particulièrement aux phthisies lentes qui exigent un traitement de longue durée.

Chaque perle de gaïacol du Dr Clertan contient cinq centigr. de gaïacol, en solution dans l'huile de faîne.

Dose : 3 à 4 par jour. *Prix* : **2** fr. **50** *le flacon.*

MAISON L. FRERE, 19, RUE JACOB, PARIS.

96

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. *J. Laroche*

70

Une cuillerée à café renferme 1 milligramme
ARSÉNIATE DE FER SOLUBLE
1 *à* **4** *cuillerées à café à chacun des deux repas*

SIROP DE CLERMONT

DOCTEUR ÈS SCIENCES

ANÉMIE, CACHEXIE, HERPÉTISME

Le flacon, 2 fr. 50

PARIS, 6, AVENUE VICTORIA

73

COCAÏNE MIDY CHLOROBORATÉE

Pastilles dosées à 0,002m de chlorh. de cocaïne constituant un véritable **Gargarisme sec.** Affections de la gorge, bouche, langue.

3 fr. le flacon, 113, faubourg Saint-Honoré.

35

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 57, rue d'Hauteville.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**g.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

42

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer,**

Exiger Timbre de l'État — Pharmacies. Bains.

41

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

83

EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE DE RUBINAT

Source du docteur LLORACH.

L'analyse de l'Académie de médecine de Paris démontre que cette eau contient 103gr814 de substances fixes, dont :

SULFATE DE SOUDE 96gr265 | SULFATE DE MAGNÉSIE 3gr268

Cette eau purge rapidement et sans irritation. Elle n'exige aucun régime.

Dose normale : un verre.

Prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs ordonnances **Rubinat,** *Source* **Llorach.**

25

TOILE VÉSICANTE

LE PERDRIEL

ACTION PROMPTE ET CERTAINE

Exiger la Couleur rouge.

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS.

34

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

54

ALBUMINATE DE FER DE LAPRADE

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans ttes Phies. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

N° 104. — JEUDI 11 SEPTEMBRE 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 11 SEPTEMBRE 1890. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Encore une petite séance à l'Académie, peu d'académiciens présents, peu d'entrain, pas de discussion! Cependant, il est bon de signaler la communication de M. Hache (de Beyrouth) sur la pleurotomie postérieure. Ce procédé, étudié anatomiquement par M. Walther et recommandé par lui, n'avait guère, jusqu'ici, reçut de sanction pratique. Les trois faits de M. Hache vont encourager les chirurgiens à abandonner l'incision latérale, faite habituellement pour les cas de pleurésie purulente, et à lui substituer l'incision postérieure, plus favorable à l'écoulement des liquides.

A relever aussi la communication de M. Richelot sur le traitement intra-péritonéal des pédicules, dans l'hystérectomie abdominale pour fibromes. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question, qui a divisé et divise encore les chirurgiens.

Un petit incident a terminé la séance : un de nos confrères de province s'est vu refuser la parole pour la lecture d'une communication. Le président a fait remarquer à l'auteur que son travail, *imprimé à l'avance*, portait en sous titre : *Rapport lu à l'Académie*, et que la lecture des rapports était réservée exclusivement aux membres de l'Académie.

HOTEL-DIEU. — M. Tillaux.

Otite moyenne; nécrose et suppuration de l'apophyse mastoïde.

Un homme de trente-neuf ans, mécanicien de chemin de fer, est atteint d'une affection chronique de l'oreille gauche. J'attire votre attention sur la profession de ce malade. J'ai observé plusieurs fois la même affection chez des mécaniciens.

Un matin, le 3 avril 1886, à huit heures, cet homme, qui s'était couché la veille au soir dans un parfait état de santé, se réveille en ressentant tout à coup une douleur épouvantable dans l'oreille gauche.

Ce fait est-il exceptionnel? Non, c'est ainsi que débute d'ordinaire l'otite moyenne aiguë. Les douleurs apparaissent d'habitude à deux ou trois heures du matin. C'est à ce moment que se produit surtout le refroidissement de la température.

Chez notre malade, les douleurs étaient extrêmement vives et irradiées dans toute la tête. Il y avait une tendance à la syncope. Bref, tous les symptômes de l'otite moyenne aiguë étaient constitués.

Un confrère fut appelé à huit heures un quart. Je n'insisterai pas sur ce qu'il a fait et sur ce qu'il n'a pas fait. Je puis vous dire qu'il aurait pu éviter à cet homme des douleurs qui durent depuis deux ans. Ce malade ne serait pas dans un état grave à l'heure actuelle.

Avec quelles maladies peut-on confondre l'otite moyenne aiguë? Avec deux affections : 1° avec la myringite aiguë; 2° avec l'ostéo-périostite externe aiguë. L'emploi du spéculum auri permet d'établir le diagnostic différentiel.

Dans l'otite moyenne, le tympan n'est pas enflammé comme dans la myringite. D'autre part, il suffit de pouvoir introduire un spéculum facilement dans le conduit auditif externe pour éliminer l'otite externe.

On peut confondre l'otite moyenne avec l'inflammation de la trompe d'Eustache, mais cette inflammation se confond avec celle de l'oreille moyenne. Il n'y a pas lieu de les différencier.

Le confrère qui a été appelé à huit heures un quart du matin a agi à l'aveugle dans l'oreille du malade. Il est intervenu sans regarder dans le conduit auditif.

Quand on arrive au début d'une otite moyenne aiguë, que faut-il faire? Si on assiste à la phase de début de l'inflammation, on peut appliquer sur l'apophyse mastoïde quelques sangsues et pratiquer dans l'oreille des lavages calmants. Mais s'il y a seulement vingt-quatre heures depuis le début des premières douleurs, il faut faire la paracentèse du tympan. Les accidents disparaissent sous l'influence de cette petite opération. Les résultats de la paracentèse du tympan sont merveilleux. A l'instant même, les douleurs cessent. Si la paracentèse est faite de bonne heure, on a grande chance d'éviter des accidents.

Chez notre malade, le troisième jour, il s'est produit un écoulement par l'oreille. Cet écoulement n'a pas tardé à être suivi d'un soulagement manifeste. Le liquide qui sortait de l'oreille a été tout d'abord séro-sanguinolent, puis purulent.

Pendant tout 1886 et tout 1887, l'écoulement qui se

faisait par l'oreille n'a pas cessé de contenir du pus en plus ou moins grande quantité.

Il ne faut pas respecter les écoulements d'oreille, comme on le dit encore. L'otorrhée non soignée peut avoir de fâcheuses conséquences.

Dans le courant de 1887, les douleurs de notre malade changèrent de nature. Les souffrances siégeaient derrière l'oreille. Il est probable que les cellules mastoïdiennes étaient enflammées. Les douleurs ont augmenté et, en juin 1888, cet homme entra dans mon service.

Il avait un écoulement purulent fétide et des douleurs derrière l'oreille. On pouvait constater quelques petits séquestres. Au mois de juillet, il élimine un assez gros morceau d'os et sort du service, après avoir éprouvé un véritable soulagement. Mais les douleurs n'ont pas tardé à faire de nouveau leur apparition, et la suppuration a continué. Ce malade entre de nouveau dans mon service le 3 décembre 1888.

Cet homme avait alors de l'otorrhée, sans écoulement de sang. Son tympan était détruit, ainsi qu'il était facile de le constater par un examen rapide. Le malade éprouvait des douleurs d'une violence extrême. Mais il avait trois points douloureux très nets. Le premier siégeait à la partie inférieure de l'apophyse mastoïde gauche. La douleur spontanée qui existait était augmentée par la pression. Le deuxième point douloureux correspondait à l'attache du trapèze à l'occipital. Le troisième point douloureux existait au niveau de la région sus-orbitaire. De temps en temps, les dents étaient le siège de douleurs parfois vives. La douleur suivait la zone de distribution du nerf maxillaire supérieur. Cependant, il faut avouer que le point occipital ne s'explique pas bien.

Cet homme avait une otite moyenne et une nécrose du rocher.

La région mastoïdienne paraissait saine. Pas de rougeur. Cependant, on trouvait un peu d'épaississement de la peau et un tout petit trajet fistuleux n'aboutissant pas à une lésion osseuse derrière l'oreille. L'audition est abolie.

Il faut maintenant que je vous dise un mot des rapports de la caisse du tympan, pour que vous puissiez bien comprendre toutes les éventualités qui peuvent se produire chez ce malade.

La caisse du tympan présente une paroi externe ou tympanique, une paroi interne ou labyrinthique, une paroi supérieure ou cranienne, une paroi inférieure ou jugulaire, une paroi antérieure ou tubaire, une paroi postérieure ou mastoïdienne.

La paroi tympanique de notre malade a été perforée.

Sur la paroi labyrinthique, on voit la fenêtre ronde et la fenêtre ovale. En arrière et au-dessus de la fenêtre ovale, est un relief osseux, l'aqueduc de Fallope, dans lequel se trouve contenu le nerf facial. Ce nerf n'est séparé de la cavité de la caisse que par une simple lamelle osseuse criblée de trous. La suppuration de la caisse peut la détruire ainsi que le nerf, et déterminer la paralysie faciale.

La paroi cranienne de la caisse du tympan correspond à l'union de la portion écailleuse et de la portion pétrée du temporal. Chez l'enfant existe, à ce niveau, une fissure à travers laquelle pénètrent la dure-mère et quelques fines artères méningées. Ces communications vasculaires entre la cavité cranienne et la caisse persistent chez l'adulte. Aussi comprend-on aisément le développement de la méningo-encéphalite à la suite des otites moyennes.

La paroi inférieure est en rapport avec le golfe de la veine jugulaire interne. Celle-ci est accompagnée par les nerfs pneumo-gastrique, spinal et glosso-pharyngien.

La paroi antérieure présente l'embouchure de la trompe d'Eustache dans la caisse. Cette paroi n'est séparée de l'artère carotide interne que par une mince couche osseuse.

La paroi postérieure de la caisse est formée par la partie la plus interne de l'apophyse mastoïde. Elle présente un orifice, plus ou moins large, suivant les sujets et les âges, et faisant communiquer la cavité de la caisse avec les cellules mastoïdiennes. Cet orifice occupe la partie supérieure de la paroi. La trompe, la caisse et les cellules mastoïdiennes forment, en réalité, un seul canal continu, dilaté en ampoule vers le milieu.

Tous ces rapports permettent de prévoir les accidents qui peuvent arriver. Une hémorrhagie foudroyante peut se produire par le fait de l'ouverture de la carotide interne ou de la jugulaire. Une thrombose est possible. La phlébite peut être due à une inflammation propagée de dehors en dedans.

La proximité des méninges et les communications qui existent entre la cavité du crâne et celle de la caisse expliquent la possibilité d'une méningo-encéphalite. Celle-ci peut évoluer sourdement ou, au contraire, éclater tout à coup et marcher très vite.

Le malade dont nous nous occupons a une nécrose du rocher. A-t-il une pachy-méningite ? Je ne le crois pas. Si les douleurs de cet homme étaient dues à une inflammation des méninges, il est probable que des accidents graves auraient déjà fait leur apparition. Il ne faut pas oublier que ce malade souffre depuis plus de deux ans. Comment peut-on expliquer ses souffrances ? On peut émettre l'hypothèse que les douleurs sont dues au ganglion de Gasser comprimé.

Ces douleurs ne sont pas la preuve de l'existence d'une méningite. Je tiens à vous répéter ce fait d'expérience. Un abcès de l'apophyse mastoïde peut donner naissance à des accidents qui ressemblent singulièrement à ceux de la méningite. Les douleurs sont loin d'être suffisantes pour pouvoir affirmer l'existence d'une inflammation des méninges.

Quoi qu'il en soit, j'ai diagnostiqué chez cet homme une nécrose et une suppuration de l'apophyse mastoïde.

Que faut-il faire ? On doit essayer de tarir la suppuration et d'enlever les séquestres. Pour atteindre ce but, je vais pratiquer la trépanation de l'apophyse mastoïde. Mais vous connaissez les rapports de l'apophyse mastoïde, vous connaissez les dangers auxquels on expose les malades si l'on applique, au hasard, une couronne de trépan sur un point quelconque de ce massif osseux. En me dirigeant à la partie inférieure de l'apophyse, je vais ouvrir et agrandir les cellules mastoïdiennes. Je pourrai voir s'il y a des séquestres et je les enlèverai si mon exploration me révèle leur existence (1).

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Angine de poitrine d'origine gastrique.

J'ai examiné devant vous une femme qui présente, le plus souvent, au milieu de la nuit, des crises qui ressem-

---

(1) A. Ricard. De l'apophyse mastoïde et de sa trépanation, *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 205. (*Note de la Réd.*)

blent singulièrement à celles de la véritable angine de poitrine. Mais cette malade présente différentes particularités symptomatiques sur lesquelles je veux appeler votre attention.

La crise consiste, non pas dans une véritable angoisse avec sensation de constriction horrible dans la région précordiale, mais dans une sorte d'anhélation, d'oppression siégeant plus spécialement dans la région épigastrique. Cette femme n'est pas très impressionnée par ses attaques. Les sensations douloureuses siègent dans la région précordiale, mais se diffusent depuis la clavicule gauche jusqu'à l'ombilic et irradient dans l'épaule, le pli du coude et même jusqu'à l'extrémité du petit doigt en suivant le trajet du nerf cubital. Cet accès a des ressemblances avec ceux de l'angine de poitrine vraie, mais vous remarquerez que la douleur ne gagne pas la base du cou.

Les crises que présente cette femme sont courtes, de une à trois minutes environ, mais fréquentes. La douleur disparaît, mais peu après revient avec la même intensité. Ce sont de véritables reprises. Les symptômes généraux sont peu accusés. Cette femme, même au maximum de son accès, n'appelle personne pour lui venir en aide.

La crise douloureuse ne se juge pas chez elle par des phénomènes critiques; on n'observe à la fin de l'attaque, ni poussées sudorales, ni polyurie, ni flux salivaire, comme cela est si fréquent dans la véritable angine de poitrine. Il se fait seulement une brusque éructation de gaz et les douleurs ne tardent pas à se calmer. L'accès, qui a débuté brusquement, a donc fini de même.

Les accès sont nocturnes. Le lendemain des crises, il n'existe qu'un peu d'endolorissement de la mâchoire, un certain degré de pesanteur des yeux.

S'agit-il d'une angine de poitrine symptomatique ou névropathique ?

Du côté du cœur, on ne trouve aucune lésion. Il n'existe pas de voussure précordiale. Le cœur n'est pas hypertrophié, les battements cardiaques ne sont pas exagérés. La tête n'est pas soulevée quand on ausculte le cœur de cette femme. La pointe bat dans le quatrième espace intercostal et la matité le long du bord droit n'est que de 10 à 11 centimètres.

L'aorte n'a pas subi de dilatation et l'on ne trouve aucun souffle, aucun bruit anomal au niveau de la base du cœur et sur le trajet de la crosse aortique.

Mais à la pointe du cœur, on entend un souffle doux, constant, invariable, persistant dans toutes les positions que l'on donne à la malade et à tous les temps de la respiration. Ce souffle est nettement systolique. Il ne s'agit pas d'un souffle extra-cardiaque, mais d'un souffle organique. La valvule mitrale est touchée : il existe une insuffisance mitrale.

Les antécédents de cette malade justifient l'interprétation donnée à ce souffle. Il y a six ans, elle a eu un rhumatisme articulaire aigu qui a duré trois semaines. A cette époque, elle a eu probablement de l'endocardite, car on a appliqué des vésicatoires sur la région précordiale. Depuis lors, notre malade a une poussée de rhumatisme tous les hivers. Il y a deux mois, elle souffrait encore de ses articulations. En ce moment, elle n'est pas sous l'influence du rhumatisme. Ses jointures sont normales.

Faut-il conclure que l'angine de poitrine de cette femme soit sous la dépendance de la lésion de la valvule mitrale ? Cela paraît s'imposer. Mais il n'en est pas ainsi.

Vous savez, tout d'abord, que l'endocarde peut être touché sans qu'il y ait altération de l'aorte. L'examen le plus minutieux permet de constater l'intégrité absolue de cet organe.

L'analyse détaillée des différents symptômes me fait éliminer l'angine de poitrine symptomatique de l'aortite.

Dans l'angor qui relève de l'inflammation de l'aorte, les accès débutent pendant le jour, à l'occasion d'un effort, quand le patient monte un escalier, quand il marche contre le vent, lorsqu'il éprouve une vive émotion.

Chez ma malade, les accès surviennent pendant le sommeil, indépendamment des causes provocatrices habituelles de l'angor véritable.

Dans l'angine de poitrine, symptomatique d'une affection des gros vaisseaux de la base du cœur, les accès sont plus graves. Les malades ont la sensation de la vie qui va s'échapper, ils ont des sueurs profuses, leur pouls est lent. Rien de tout cela n'existe chez cette femme.

Dans l'angor que provoque l'aortite, il n'existe ordinairement aucun trouble dans la région précordiale, entre deux accès. Dès que la crise a disparu, le patient se porte bien. Il n'a pas de points douloureux persistants. La crise est bien terminée et ne laisse pas de reliquats.

Dans le cas actuel, il subsiste, après l'accès, de l'hyperesthésie de la région précordiale et même au-dessus et au-dessous.

La diffusion des phénomènes douloureux existe chez notre malade. La région précordiale, la région axillaire, l'épigastre sont le siège de sensations douloureuses. Cela ne se rencontre pas dans l'angor qui est sous la dépendance d'une aortite.

Quand on découvre la femme qui est le sujet de cette leçon, il se produit sur toute la partie antérieure du thorax un érythème émotif très marqué. L'élément nerveux joue certainement un rôle assez considérable chez cette malade.

Je pense que cette angine de poitrine est due à une névrose. Cette femme présente une hérédité nerveuse accentuée. Sa mère était hystérique, son père rhumatisant. Les deux hérédités se confondent chez notre malade : l'arthritisme et le névrosisme mélangés jouent un rôle important dans la genèse de son angor pectoris.

Ce n'est, cependant, pas une vraie hystérique que cette malade. Elle n'a jamais eu de grandes attaques, elle n'a pas de troubles sérieux de la menstruation, elle ne présente pas de troubles bien nets de la sensibilité, elle n'a pas d'ovaralgie. Il faut, cependant, signaler l'hyperesthésie de la région précordiale, mammaire, de toute la partie du corps qui s'étend de la partie inférieure de la clavicule à la région ombilicale. J'ajoute que cette femme n'a pas de rétrécissement du champ visuel.

Maintenant, il faut que j'insiste sur un facteur qui vient s'associer à l'arthritisme et au nervosisme : je veux parler de l'état dyspeptique.

Cette femme a un trouble des fonctions gastriques. Son appétit est bizarre, capricieux, inégal : tantôt excellent, tantôt nul. Chaque fois que cette malade se met à la diète, elle n'a presque plus de crises. Cette influence de l'estomac sur la production des accès est très nette. Les digestions sont lentes; il y a du pyrosis, de la flatulence, des éructations. Ce n'est pas la vraie dilatation gastrique; il y a simplement distension de l'estomac après les repas. Je signale encore l'hyperesthésie qui siège aussi dans la région épigastrique.

Les phénomènes dyspeptiques sont plus prononcés le soir. Le déjeuner est mieux supporté que le dîner. Peut-être les fonctions digestives s'accomplissent-elles mieux après le repas du matin, parce que d'habitude on prend de l'exercice après déjeurner et on se couche de suite après le dîner.

Quoi qu'il en soit, il y a des relations évidentes entre les phénomènes angineux et les troubles gastriques. Parfois la malade prévoit son accès qui s'annonce par une sensation de pesanteur épigastrique et de flatulence. Pendant l'accès, ce n'est pas l'angoisse qui domine la scène pathologique, c'est une sorte d'oppression dont le siège est l'épigastre. Enfin, la crise se termine par des éructations.

Le régime lacté fait cesser à peu près les accès.

Cette femme est donc une rhumatisante ayant une cardiopathie; c'est de plus une nerveuse et une dyspeptique. L'arthritisme, l'affection cardiaque qui est le résultat de la diathèse, le nervosisme, la dyspepsie se combinent pour produire l'angor pectoris.

Les altérations de l'aorte et des artères coronaires ne suffisent pas à elles seules pour donner naissance à l'angine de poitrine. L'accident éclate sous l'influence de causes occasionnelles. Je veux vous citer quelques exemples qui graveront dans votre esprit la réalité de ces associations morbides.

Je soigne, en ville, une dame, dont la mère et la grand'mère ont succombé à des accidents imputables à l'angor pectoris. Cette femme, d'hérédité goutteuse, a eu, depuis trois ans, des accidents d'angine de poitrine, qui se sont manifestés quand la malade montait à cheval ou gravissait un escalier. Il existe de la dilatation aortique. Cette femme a donc une angine de poitrine symptomatique d'une affection de l'aorte, et il est probable qu'elle mourra comme sa mère et sa grand'mère. Mais cette dame est une grande nerveuse qui a eu dans sa jeunesse, et même tout dernièrement à l'occasion d'une grippe banale, des attaques de catalepsie. Cette malade a des points hyperesthésiés. Le nervosisme joue certainement un rôle dans l'angine de poitrine de cette malade. Aussi ai-je porté un pronostic moins grave que si les accidents nerveux n'avaient pas existé, en même temps que la dilatation aortique.

Voici un autre exemple instructif. J'ai perdu tout dernièrement, de pneumonie, un homme qui avait présenté, à l'âge de soixante-neuf ans, des accidents d'angine de poitrine. Il existait chez lui une insuffisance aortique bien caractérisée. Ce qui produisait l'apparition des accès, ce n'était pas l'ascension des escaliers, mais bien les écarts de régime. Dès que l'estomac était troublé dans son fonctionnement normal, la crise éclatait.

J'en conclus que, même dans l'angine de poitrine vraie, le rôle de l'estomac est important. La cause occasionnelle des accès réside souvent dans l'estomac.

Dans toutes les angines de poitrine, il faut considérer deux facteurs : le facteur lésion et le facteur nervosisme.

Ainsi, chez notre malade, malgré l'existence certaine d'une insuffisance mitrale, je crois que les accidents d'angor pectoris sont d'origine névropathique.

Depuis longtemps, on a décrit l'angor vaso-motrice. M. Bouchut l'avait signalée à la suite d'une suppression de règles. Mais la malade avait vu sa crise apparaître un quart d'heure après le repas.

Dans toutes ces angines vaso-motrices, le rôle de l'estomac est très important, ainsi que le constatent MM. Huchard et Peter dans leurs observations.

L'association de l'arthritisme et des troubles cardio-gastriques est très commune dans l'angine de poitrine.

Notre malade est une nerveuse et une rhumatisante qui a des attaques d'angine de poitrine provoquées par ses troubles dyspeptiques. Les relations de la dyspepsie et de l'angine de poitrine ont été entrevues depuis longtemps. Dès 1781, un auteur anglais recommandait aux individus atteints d'angine de poitrine de ne pas manger. En 1810, Jurine signale l'aggravation des accès par une alimentation exagérée.

Cappel, élève de Beau, a écrit, en 1861, une thèse sur l'angor gastrique. La guérison de l'angor suivait la disparition des phénomènes gastriques.

M. Potain a bien étudié cette question. Il a montré très nettement comment l'irritation de l'estomac donnait naissance à un réflexe qui retentissait sur le pneumo-gastrique. Enfin, Barrier a écrit un mémoire où il démontre l'influence des affections gastriques sur certains troubles cardiaques.

De cette leçon, je veux tirer quelques conclusions : la production de l'angine de poitrine est le résultat de plusieurs facteurs étiologiques, parmi lesquelles il faut mettre en première ligne le nervosisme et la dyspepsie.

Les vraies angines de poitrine comme les fausses reconnaissent souvent comme causes occasionnelles les troubles de l'estomac.

L'angine de poitrine d'origine gastrique est caractérisée par la répétition fréquente des crises. Les accès sont fréquents, parce que deux fois par jour les aliments pénètrent dans l'estomac.

Ces accès reviennent périodiquement. Quelquefois, ils éclatent immédiatement après les repas, c'est rare. D'ordinaire, la crise apparait trois, quatre ou cinq heures après le déjeuner ou le dîner. La crise semble être due habituellement à la dilatation de l'estomac par des gaz.

Les accès de l'angine de poitrine d'origine gastrique sont beaucoup moins intenses que ceux de l'angine vraie.

Les phénomènes douloureux sont localisés, non pas dans la région cardiaque proprement dite, mais plutôt au niveau du sternum. Ces sensations consistent principalement en une plénitude de l'estomac, en une anhélation et non pas dans une angoisse terrible comme celle qui étreint les individus qui ont l'angor pectoris symptomatique d'une affection de l'aorte. Dans l'angine gastrique, le pouls n'est pas modifié comme dans l'angor véritable. Les tendances syncopales manquent chez les angineux dyspeptiques.

Que se passe-t-il ? Quelle est l'explication de l'angine de poitrine d'origine gastrique ? Des hypothèses très nombreuses ont été émises. On a parlé de la dilatation aiguë du cœur, du spasme réflexe des coronaires, de troubles dans les nerfs, du plexus cardiaque, etc. En somme, l'interprétation de ces phénomènes est difficile et la physiologie pathologique de l'angor gastrique est mal connue.

Je ne veux que vous signaler la nécessité de distinguer les dilatations du cœur droit, consécutives à des troubles gastriques, et l'angine de poitrine d'origine stomacale. Dans le premier cas, il n'y a aucune irradiation douloureuse.

Le pronostic de l'angine de poitrine due à des troubles gastriques est relativement bénin. Cependant, quand vous serez appelé à formuler votre avis, il faudra faire des réserves. Parfois l'angine de poitrine vraie ressemble beaucoup à l'angine gastrique. Les accès n'éclatent que sous l'influence des troubles stomacaux, quoiqu'il y ait des lésions de l'aorte et des coronaires.

Le traitement consistera, avant tout, à faire disparaître la cause provocatrice de l'angor, c'est-à-dire la dyspepsie. Il faudra donc régulariser les fonctions digestives. J'ai l'habitude de donner à ces malades un mélange de belladone, de magnésie et de sous-nitrate de bismuth.

Si l'atonie de l'estomac prédomine, s'il y a beaucoup de flatulence, je recommande l'électrisation de la région stomacale. Enfin, j'ordonne l'application de vésicatoire sur la région précordiale, même quand le cœur et l'aorte sont indemnes.

Je ne donne pas volontiers du bromure de potassium ou de sodium, malgré l'existence d'accidents nerveux incontestables. Ce médicament est mal supporté par l'estomac et risque de faire plus de mal que de bien. Quand le nervosisme est très marqué, quand il y a nécessité d'administrer les bromures, je préfère m'adresser à la voie rectale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 septembre. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Une lettre de M. le docteur Hugounenq (de Lyon) se portant candidat au titre de membre correspondant national (section de physique et chimie) ;

Deux mémoires de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault), l'un sur les moyens prophylactiques à mettre en œuvre contre le choléra, l'autre sur l'examen du dernier rapport de l'inspecteur général des services sanitaires ;

Un mémoire de M. le docteur Magnant (de Gondrecourt), sur « l'air chaud dans les poumons » ;

La statistique médicale de l'armée pour l'année 1888.

De la vente des eaux minérales. — M. le ministre de l'Intérieur adresse à l'Académie la lettre suivante, relative à la réglementation de la vente des eaux minérales :

« A diverses reprises, mon administration a été saisie de demandes émanant soit de conseils d'hygiène publique et de salubrité des départements, soit de commissions d'inspections de pharmacie tendant à obtenir que la vente de certaines eaux minérales fût réservée aux pharmaciens.

J'ai soumis la question au Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Dans sa séance du 7 juillet dernier, cette assemblée a émis l'avis qu'il y avait lieu de diviser les eaux minérales en deux groupes : le premier comprendrait les eaux qui, en raison de leur nature ou de leur faible minéralisation, peuvent être vendues dans tous les dépôts et consommées sans inconvénients graves, même pendant les repas, et sans ordonnance du médecin. Dans le second, seraient classées les eaux salines purgatives et les eaux fortement arsenicales. Ces eaux ne pourraient être délivrées au public que par les pharmaciens.

La distinction que le comité propose d'établir ne concorde pas avec les dispositions de l'ordonnance royale du 18 juin 1823 ; il serait nécessaire, pour donner suite à cette proposition, de soumettre à l'examen du Conseil d'État un projet de décret portant modification de l'ordonnance précitée. Mais au préalable, et pour permettre à la haute assemblée de se prononcer en pleine connaissance de cause, j'ai pensé qu'il y aurait lieu de déterminer les eaux qui doivent figurer dans la deuxième catégorie.

Il m'a paru qu'il appartenait à l'Académie de médecine, en vertu de son décret d'institution et des avis qu'elle est appelée à émettre sur les demandes d'autorisation d'eaux minérales, d'établir cette classification. »

COMMUNICATIONS

Traitement des pédicules dans l'hystérectomie abdominale par la ligature élastique perdue. — M. RICHELOT. L'hystérectomie abdominale pour fibrome présente actuellement un pronostic très heureusement amélioré et qui ne dépasse pas sensiblement comme gravité le pronostic des ovariotomies.

Une des améliorations les plus importantes qu'a subies cette opération, est relative au pédicule qui, jusqu'à ces derniers temps, était presque toujours fixé à l'extérieur, mais que l'on tend de plus en plus, du moins en France, à rentrer dans l'abdomen.

Un des procédés permettant d'adopter la méthode intra-péritonéale, pour le traitement du pédicule, est le procédé de la ligature élastique perdue, ou la méthode de Kleeberg. M. Richelot l'a mise en pratique depuis deux ans ; M. Terrillon en avait déjà obtenu de bons résultats ; tout récemment, Hector Treub (de Leyden) a lu, à la Société gynécologique de Paris, un mémoire sur le même sujet.

La ligature élastique se fait avec un cordon plein ou un tube. L'utérus, muni de ses fibromes, est sorti de la plaie, on jette le lien élastique autour du segment inférieur, au-dessous des ovaires, en prenant le bord supérieur du ligament large ; l'hémostase étant assurée, on enlève alors la masse fibreuse à l'aide du bistouri.

La ligature est serrée davantage s'il le faut, les chefs sont unis solidement par un fil de soie, le clamp est enlevé. On excise les dernières portions de fibromes qui, généralement, n'envahissent pas le segment inférieur ; de telle sorte que la section définitive, pratiquée à une petite distance du lien élastique, montre le tissu du col et au centre la muqueuse utérine.

On a dit que ce traitement ne pouvait convenir qu'aux pédicules minces.

Si, cependant, le fibrome descend jusque dans le segment inférieur, il semble qu'on puisse toujours l'énucléer, pour évider le pédicule et l'amincir. M. Richelot a toujours pu, jusqu'à présent, réduire le moignon et obtenir, en fin de compte, une section de petit diamètre ; une seule fois, il avait 6 centimètres dans tous les sens.

Un point essentiel, c'est de ne pas saisir la vessie avec le lien élastique, car elle adhère au segment inférieur et monte avec l'utérus quand on l'attire au dehors. Une sonde, introduite par le méat, permet de reconnaître sa limite supérieure. Le lien peut être placé tout près d'elle, sans la gêner ; s'il tend à glisser sur elle, on peut la décoller en incisant un peu le revêtement péritonéal, ce qui n'a pas d'inconvénient.

Le bord supérieur du ligament large peut, exceptionnellement, s'échapper de dessous la ligature, et la section des vaisseaux ovariens donner du sang ; aussi est-il bon de passer à droite et à gauche, à travers le pédicule, un fil de soie plate qui pénètre obliquement sous la ligature pour sortir au-dessus et fixer le bord supérieur du ligament large. D'autres coupent ce ligament et le serrent dans un fil avant de placer le cordon élastique.

La surface de section exige un traitement particulier. Il faut détruire le bout de muqueuse utérine qui dépasse la ligature, avec la pointe du thermocautère ; ensuite, passer le couteau rougi sur la tranche utérine.

Abandonné à lui-même, le pédicule retombe dans la cavité pelvienne. Reste à faire la toilette du péritoine, et, comme dernière précaution, à disposer l'intestin de manière qu'une anse ne soit pas prise et comprimée derrière le moignon. Il est bon pour cela d'étaler l'épiploon, et de l'amener jusque sur la tranche utérine, qu'il sépare de la masse intestinale.

Ordinairement la ligature élastique perdue s'enkyste ; elle s'élimine quelquefois par le museau de tanche. Une des malades de M. Richelot l'a rendue après un an, une autre au bout de cinq mois. Cela tient sans doute à ce qu'elle coupe entièrement la paroi utérine, se trouve libre dans la cavité cervicale. Grâce à cette méthode, M. Richelot a pu, sur 16 opérées, obtenir 13 guérisons.

Trois cas de pleurésie purulente traitée par l'incision postérieure de Walther; un mot sur les lavages. — M. HACHE (de Beyrouth). Ce chirurgien a eu l'occasion de pratiquer trois fois la pleurotomie, suivant le procédé de Walther, c'est-à-dire l'incision postérieure, dans le neuvième espace intercostal, finissant à trois travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses; il a pu se convaincre de l'excellence de cette méthode qui facilite l'évacuation complète de la plèvre dans le simple décubitus dorsal et permet, en outre, au malade de se coucher, la tête soutenue par des oreillers, au lieu d'être obligé de rester au lit, le siège surélevé, situation pénible mais nécessaire lorsqu'on pratique la pleurotomie latérale.

Cette opération est peut-être un peu plus pénible que l'incision latérale, elle peut, cependant, se faire facilement par l'anesthésie locale au moyen de la cocaïne, surtout si l'on pratique des injections intra-musculaires.

Pour les lavages, M. Hache est d'avis que le premier lavage, destiné à faciliter l'évacuation du pus, est toujours utile; mais il pense qu'il convient d'éviter les lavages ultérieurs, à moins qu'une certaine quantité de pus ne stagne dans la cavité pleurale ou que ne surviennent des symptômes de gangrène pulmonaire ou bien que des signes d'infection persistent. Les lavages sont, dans ces cas, indispensables. Les solutions de bi-iodure de mercure à 1/20000 n'ont jamais donné lieu à des accidents d'intoxication.

RAPPORTS

De l'amblyopie des astigmates. — M. JAVAL lit un rapport sur le travail adressé à l'Académie par M. Martin (de Bordeaux).

M. Martin a démontré que l'astigmatisme faible, considéré à tort comme négligeable, est bien plus souvent une cause d'asthénopie que l'astigmatisme fort. M. Martin a, en outre, donné l'explication du fait en se fondant sur l'existence, dans les cas d'astigmatisme faible, de l'accommodation astigmatique du cristallin. qui ne se produit pas dans l'astigmatisme fort. Sans vouloir rendre l'astigmatisme responsable de toutes les maladies des yeux, comme le prétend M. Martin, il n'en reste pas moins acquis que beaucoup de migraines, de kératites, de conjonctivites, de blépharites guérissent par enchantement quand on corrige l'astigmatisme.

Il est également certain qu'il existe des relations de cause à effet entre l'astigmatisme et le glaucome, entre l'astigmatisme et la myopie.

Il faut donc faire rechercher l'astigmatisme chez tout enfant dont la vue laisse tant soit peu à désirer.

M. Javal pense que les travaux de M. Martin, sur l'astigmatisme, sont d'une extrême importance, et qu'il serait bon qu'il fussent publiés dans les Mémoires de l'Académie.

Prothèse des apophyses geni. — M. A. GUÉRIN donne lecture d'un rapport sur un travail présenté sous ce titre par M. Guermonprez (de Lillle), dans une des dernières séances de l'Académie. Il rend hommage à l'idée ingénieuse de M. Guermonprez, mais il ne croit pas que l'auteur soit autorisé à donner à son procédé le nom de *prothèse des apophyses geni*. Son appareil est resté trop peu de temps en place, puisque le dixième jour il a dû être retiré.

D'ailleurs, cette interposition d'une pièce métallique entre les deux fragments du maxillaire inférieur réséqué, n'est pas une pratique absolument nouvelle, Rigal (de Gaillac) et M. Verneuil ont depuis longtemps vanté et recommandé cette manière de faire.

Traitement du strabisme par avancement musculaire. — M. JAVAL lit un rapport sur un travail de M. Motais, relatif à un procédé des strabisme par avancement à languette médiane adhérente.

Voici le procédé : on met d'abord à nu l'insertion tendineuse, puis on soulève le tendon avec un crochet et l'on traverse ses bords, la conjonctive et la capsule; on sectionne partiellement l'attache tendineuse, en s'arrêtant de chaque côté à 1 millimètre de la ligne médiane du tendon de façon à laisser une languette du tendon sans la sectionner.

Les deux bords sectionnés sont ensuite détachés, avancés et suturés suivant le procédé classique.

M. Javal ajoute que M. Motais a appliqué dix-huit fois ce procédé, on peut donc le recommander en confiance aux spécialistes.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

Première série. — 297. M. SIMON. Contribution à l'étude de la pyrodine. — 298. M. DEMANGE. Aperçu sur l'histoire de l'ophthalmologie à Strasbourg et à Nancy. — 299. M. SÉNIQUE. Considérations sur le traitement des pseudarthroses, en particulier par la résection. — 300. M. SIBUT. De l'atrophie cérébrale partielle, d'origine périphérique. — 301. M. DURON. Influence de la section sous-diaphragmatique des nerfs pneumogastriques sur la digestion stomacale. — 302. M. HÉZARD. Contribution à l'étude du traitement des fractures de l'humérus. — 303. M. COSSERAT. Contribution à l'étude de l'hystéro-traumatisme. — 304. M. MANCEAUX. Étude sur les greffes dermo-épidermiques par la méthode dite de Thiersch. — 305. M. CUVILLIER. Du traitement chirurgical de l'endométrite chronique. — 306. M. GEORGES. De l'étude chimique du contenu stomacal et de ses rapports avec le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. — 307. M. FAIVRE. Considérations critiques sur l'emploi des injections intra-utérines après l'accouchement. — 308. M. BRAUN. Des adhérences dans les kystes de l'ovaire et de l'ovariotomie incomplète. — 309. M. CULTIN. Du ptosis et principalement de son traitement. — 310. M. PIERROT. Action de l'iodure de potassium sur la circulation. — 311. M. LALITTE. Des glandes thyroïdes accessoires au point de vue chirurgical. — 312. M. BENOIST. Traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique. — 313. M. BASEIL. De l'hématome du scrotum (hématocèle pariétale des auteurs, 295 pages). — 314. M. STEINMETZ. De la suspension dans le traitement des maladies du système nerveux. — 315. M. CRÉPET. Du mélanosarcome intra-oculaire, pronostic et traitement. — 316. M. LE BRUN. De la cure radicale des hernies. — 317. M. BERTAUX. Contribution à l'étude des déformations consécutives à la fracture de Dupuytren ; traitement par l'ostéotomie. — 318. M. THIÉBAUT. Des lésions veineuses chez les artério-scléreux. — 319. M. JABOT. De l'épilepsie chez le vieillard. — 320. M. ÉTIENNE. Diagnostic et traitement des vices de conformation de l'anus et du rectum. — 321. M. BREUL. Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de la région mastoïdienne. — 322. M. SONRIER. De la valeur clinique de l'amputation sous-astragalienne.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Liste par ordre alphabétique des élèves admis à subir l'épreuve orale d'admissibilité.

Candidats à quatre inscriptions. — MM. Adoue, André, Arnal, Augarde, Bar, Bize, Bonavita, Boucarut, Bouffandeau, Bourlange, Boyer (G.-J.-E.), Breuil, Briche, Calba, Camson, Cantier, Carbonnier, Cathoire, Causeret, Chalais, Champon, Chavin, Clavelier, Collet, Collin, Colomb, Combret, Conte, Couder, Couraud, Crémazy, Daloz, Daussat, Décuyper, Defoug, Delabaude, Delmas, Delon, Dénommé, Deville, Doizy, Drouineau, Dubois, Dupont, Dupuis, Duroselle, Espagnol, Faure, Féraud, Fleury, Fons, Fortier, Galley, Gandar, Gauthier (M.-L.-A.), Gautrand, Gencel, Gerbaux, Ginestous, Giraudon, Granboulan, Gras, Grèzes, Guichard, Guichemerre, Guillaume, Haury, Huber, Hugon, Husson, Jaéglé, Jaffary, Jauffret, Jenny, Jirou, Jourdan, Jouves, Lanne, Laurent,

Laval, Lefebvre, Le Gallic, Lemarchand, Lesnés, Lesterlin, Leymarie, Mainguy, Marlier, Massenet, Mathieu, Mélot, Mennessier, Mialaret, Miramond, Mocquot, Montalti, Monteith, Ortholan, Palet, Paris, Perceau, Perdriat, Picqué, Pignet, Pillon, Pinot, Pansard, Poret, Pous, Quilly, Remlinger, Ricaud, Riol, Rispal, Robin, Rogier, Rolet, Rouanet, Rouquette, Roussel (L.-J.-A.), Roussel (P.-L.), Roux (D.-P.-A.), Sailhan, Scherb, Sexe, Stéfani, Terrin, Thévenin, Ulmann, Védrines, Vidal, Vigerie, Viguier, Vuillard, Wahl, Weil, Zimmermann.

Candidats à huit inscriptions. — MM. Astruc, Barada, Baudron, Beaussenat, Bénac, Biard, Bichelonne, Bodin, Bourdier, Bourguignon, Brumaud-Deshoulières, Buy, Chevron, Clerc, Cornet, Cuinier, Delavau, Dubourg, Duhaut, Dunogier, Faure, Fort, Frêche, Gauthier (F.-A.), Gorse, Guillaumont, Guillemin, Haller, Hamant, Henry, Herbline, Hotchkiss, Lair, Lallemand, Lallier, Lang, Laurençon, Leleu, Lenoir, Lesourd, Maginelle, Mangenot, Mesnard, Mével, Molinié, De Paulo, Périollat, Perrogon, Peyré, Pussacq-Larcebeau, Rabbe, Ratignié, Raynal, Renard, Rocaz, Roux (J.-C.-E.), Roy, Saisset, Terrasse, Thibaud, Thiéry, Vernet, Vincent, Vires, Volpei, Volpert, Wilhelm.

Tous ces candidats devront être rendus la veille du jour fixé pour les examens dans la ville qu'ils auront choisie et se présenter au médecin-chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice mixte, qui leur donnera les renseignements nécessaires pour les examens du lendemain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 septembre 1890, M. Jobard a été nommé au grade de médecin-chef dans la réserve de l'armée de mer, pour compter du 1er octobre 1890.

— Par décret, en date du 7 septembre 1890, M. Bellamy a été nommé au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer pour compter du 26 octobre 1890.

— M. A. de Mortillet, professeur à l'École d'anthropologie, fera une excursion à Saint-Germain-en-Laye, le dimanche 14 septembre prochain. Départ de Paris (Ouest, Saint-Lazare) à neuf heures trente. — Visite du Musée des antiquités nationales. — Sablières du Pecq. Retour à Paris, cinq heures quarante-cinq.

On trouve des cartes au siège de l'École, 15, rue de l'École-de-Médecine.

Villes d'eaux de la France, par J.-L. Macquarie, avec la collaboration de MM. les médecins, chimistes et ingénieurs hydrologues de la France. 6e édition, 1 vol. in-18 cartonné avec gravures, une carte générale des stations thermales de la France et de l'Europe. — Prix : 8 francs. — Paris, E. Dentu.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 105. — SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1890. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. 50. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. De la trépanation rachidienne, par A. CHIPAULT, aide d'anatomie. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

REVUE GÉNÉRALE

De la trépanation rachidienne (1).

Par A. CHIPAULT, aide d'anatomie.

A côté de la trépanation pour compression médullaire aiguë par traumatisme, on a, depuis quelques années, posé et suivi de nouvelles indications :

1° La compression lente de la moelle dans le mal de Pott;

2° La compression lente par les tumeurs ;

3° Enfin quelques faits de névralgie contre lesquels tout autre moyen avait échoué ont été traités par la section intra-rachidienne des racines nerveuses.

I

TRÉPANATION POUR MAL DE POTT

Dans le mal de Pott, la compression de la moelle et la paraplégie sont causées par les abcès froids, la pachyméningite externe (Michaud, Cornil), très rarement par une tuberculose intra-méningée, un séquestre.

On avait remarqué depuis longtemps que la simple ouverture d'un abcès par congestion peut dégager la moelle lorsque l'abcès froid extra-rachidien envoie dans le canal un diverticule soumis à la même pression que lui. On peut arriver au même résultat, dans d'autres cas :

1° Lors de mal vertébral postérieur avec pachy-méningite postérieure refoulant la moelle vers les corps vertébraux, par la trépanation qui remplit ici un double but : enlever les parties malades et décomprimer la moelle;

2° Si la lésion osseuse siège sur le corps et la pachyméningite en avant, on pourra :

a. Dans toutes les régions, dégager la moelle refoulée en arrière par l'ablation de quelques arcs postérieurs;

b. A la région lombaire, lors de lésions limitées, dégager la moelle en avant, en enlevant par la même intervention les parties malades.

Ce dernier mode opératoire n'a été mis qu'une fois en pratique par Frænkel, il y a une dizaine d'années; nous n'insisterons donc pas, quoique le croyant très applicable par une technique analogue à celle de l'opération de Treves (grattage des corps vertébraux lombaires).

La première trépanation postérieure pour paraplégie du mal de Pott a été faite par Jackson (1882). En 1888, Mac Even rapportait, à la *British Medical Association*, 5 faits nouveaux ; 26 autres ont été publiés depuis [Southam, Horsley (7), Wright, Duncan, Abbe, Lloyd et Deaver, Demons, White et Dercum (2) Wyeth, Chairman, Lane (2), Thompson, Bullard et Burrell, Colman, Kraske (4)]; nous pouvons joindre, à ces 26 cas, 2 personnels, présentés à la Société anatomique le 18 juillet 1890.

De ces 34 faits, 3 n'ont pas trait, d'une façon certaine, à des lésions tuberculeuses. Il se serait agi d'ostéite chronique simple dans le cas de Lloyd et Deaver, de fracture avec ostéite dans celui de Thompson, d'arthrite rhumatismale dans celui de White et Dercum.

Nous n'avons pas cru devoir les étudier à part, à cause de l'incertitude du diagnostic, de l'identité de symptômes et de traitement avec les lésions tuberculeuses. Le pronostic seul peut être différent et plus favorable.

La technique à suivre, dans les trépanations pour mal de Pott, est assez variable suivant les cas. Lorsque les arcs sont cariés (Lane, Lloyd et Deaver, Kraske), leur ablation sera facile. La trépanation sera tout à fait atypique. Lorsque les arcs sont sains, la technique est la même que lors de traumatisme; le nombre d'arcs à enlever varie suivant la forme de la gibbosité et l'étendue de la compression, cette dernière démontrée par l'analyse des phénomènes cliniques. C'est ainsi que, dans l'un de nos cas, où la gibbosité était dorsale supérieure, l'apparition de pseudo-névralgies du sciatique droit avait fait prévoir, avec raison, au niveau de ses racines, une cause de compression ; dans les faits de Rosenthal (1), où la compression était unilatérale, l'ablation aurait dû porter plus largement du côté comprimé.

En tout cas, l'on ne craindra pas d'enlever trop, mais trop peu. Dans l'un de nos cas, nous avons enlevé quatre arcs, dans l'autre plus de cinq ; chez ce dernier malade, dont l'état général était cependant plus fâcheux, l'amélioration a été bien plus rapide. Dans plusieurs cas, l'autopsie a démontré au chirurgien que la résection avait été insuffisante (Kraske). Sa très grande étendue ne paraît pas diminuer la solidité

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 809.

(1) ROSENTHAL. *Gunstige Formen von Hemilæsion des Rückenmarkes* Wien 1887.

du rachis ; cependant, Demoulin a cité un fait d'ablation d'arc postérieur carié, qui fut suivi de paraplégie, et, d'autre part, un des malades de Kraske, dont la paraplégie était en voie de récidive, fut amélioré à nouveau par l'application d'un solide corset.

Lors de carie des arcs, on trouve, après leur ablation, une pachyméningite externe tuberculeuse qu'on grattera. Lors de tuberculose des corps, la dure-mère est refoulée d'avant en arrière par les lésions antérieures, accolée aux arcs, ordinairement saine, quelquefois cependant recouverte de fongosités tuberculeuses (Southam, Kraske, Lane), ou bien granuleuse, adhérente aux lames. Dans ces derniers cas, on la ruginerait avec soin jusqu'à ce qu'elle soit nacrée et brillante. D'autres fois, on l'a trouvée épaissie et formant une masse conjonctive qu'il faut enlever (Mac Even, Deaver).

Cette ablation ouvre fatalement les méninges. L'incision de la dure-mère, en dehors de cela, est rarement utile ; son aspect bleuâtre et tendu doit, dit Kraske, faire soupçonner quelque altération sous-jacente : c'est ainsi que Wyeth trouva, entre elle et la moelle, quelques grammes de pus collecté. White la libéra d'adhérences connectives qui l'unissaient à la pie-mère.

C'est surtout lorsqu'on aura jugé nécessaire d'ouvrir les méninges, qu'il faudra s'abstenir de drainage ; on risquerait d'avoir pendant longtemps un écoulement de liquide céphalo-rachidien pénible, irritant pour les bords de la plaie (Duncan) et pouvant, un jour ou l'autre, servir de porte d'entrée à l'infection.

Au point de vue des résultats, les cas publiés donnent : 12 morts, 3 états stationnaires, 19 améliorations ou guérisons, quelques-unes tout à fait complètes ; c'est ainsi que le premier opéré de Mac Even, le sixième mois, pouvait marcher sans appui ; cinq ans après l'opération, il allait à l'école et jouait au foot ball. Sa seconde malade pouvait, huit mois après, marcher un quart de mille et vaquer aux soins de son ménage. Récemment, Lane eut aussi un succès complet.

L'amélioration est d'ordinaire lente, elle se fait d'abord, et de haut en bas, pour la sensibilité ; plus tard, et de bas en haut, pour la motilité : les sphincters reprennent leurs fonctions de bonne heure. Les accidents de myélite, eux-mêmes, peuvent disparaître ou s'atténuer, comme nous l'avons vu dans nos deux cas.

Le nombre d'améliorations et de guérisons est naturellement plus grand chez les enfants que chez les adultes : ceci tient à ce que le mal de Pott des premiers est toujours moins grave que celui des seconds.

Un état général mauvais, tuberculeux ou fébrile est ici, comme pour toute tuberculose chirurgicale, peu favorable. Mac Even, après deux insuccès, le considérait comme une contre-indication absolue. Cette cause explique aussi la mort des opérés de M. Demons, de Colman, de Kraske (2), celle de l'un des nôtres.

Un niveau trop élevé de la lésion rachidienne est aussi fâcheux (cas de Bullard).

L'état de la moelle sera de la plus grande importance pour le pronostic fonctionnel : un début brusque des accidents est des plus graves (cas de Southam), de même, leur durée très longue, leur intensité, l'apparition de contractures annoncent des dégénérescences secondaires étendues. On ne devra pourtant pas désespérer, même en face de ces cas, car des malades, présentant ces symptômes, ont pu guérir spontanément.

Aussi, certains auteurs ont-ils pensé que cette guérison spontanée est assez fréquente pour contre-indiquer la trépanation ; nous la croyons, en tout cas, devoir se limiter aux cas graves par leur ancienneté, leur marche rapide, ou la gravité des symptômes, dont l'existence de troubles vésico-rectaux intenses serait, suivant nombre d'auteurs, un bon critérium. Kraske, se plaçant à un autre point de vue, limiterait volontiers les interventions aux tuberculoses de l'arc postérieur, mais l'ablation de l'arc postérieur sain, lors de tuberculose des corps, décomprime la moelle, et Kraske le dit lui-même, la guérison de la paraplégie peut n'être pas sans influence sur l'état général et indirectement sur la guérison de la lésion locale.

La gravité des faits où l'on est intervenu explique l'apparence, en somme assez peu favorable, de la statistique.

Deux morts, cependant, paraissent bien réellement dues à l'opération : le malade de White succomba en trente heures avec une hématomyélie presque sûrement traumatique. L'exploration de la moelle à travers la dure-mère, avec une aiguille, ne paraît pas étrangère à la mort rapide par asphyxie du malade de Deaver et Lloyd; ces auteurs reconnaissent d'ailleurs qu'elle a dû léser le centre médullaire du phrénique.

Nous croyons donc, avec eux, qu'il faut s'interdire de telles explorations faites dans un simple but de diagnostic, et, d'autre part, pendant l'ouverture du rachis, éviter avec la plus grande sollicitude les ébranlements, pouvant retentir sur la moelle, d'une colonne vertébrale à solidité déjà compromise.

II

TRÉPANATION POUR TUMEURS

Histoire. — Depuis longtemps, Cruveilhier et Leyden considéraient l'intervention chirurgicale comme possible dans les hydatides vertébrales. En 1882, Bramwell précisait même, en quelques mots, les limites de l'indication opératoire des tumeurs rachidiennes. L'incurabilité de ces lésions devait, en effet, tenter les opérateurs hardis, mais la difficulté d'un diagnostic précis s'opposait à ces tentatives.

Aussi le nombre de faits que nous avons réunis n'est-il que de huit. Un seul même est complet, celui de Horsley et Gowers. On peut donc dire que malgré les tentatives antérieures, c'est du travail de ces auteurs (1888) que date l'histoire chirurgicale des tumeurs de la moelle.

Diagnostic et indications opératoires. — Malgré l'insuffisance des documents chirurgicaux, les études de MM. Charcot, Gowers, White, Maquire, sur l'histoire clinique des tumeurs rachidiennes, vont nous permettre de tenter leur étude diagnostique. Nous n'avons certes pas la prétention d'en analyser tous les points. Le chirurgien sera ici longtemps, sinon toujours, le tributaire du médecin.

Il n'est pourtant pas inutile de préciser quelles tumeurs sont justiciables d'une intervention.

1° *Les tumeurs intra-médullaires.* — Il faut tout d'abord éliminer celles développées primitivement dans la moelle. « En effet, dit M. Charcot, le mécanisme suivant lequel elles engendrent la paraplégie ne peut être assimilé sans réserve à celui qui préside à la compression de dehors en dedans. Le plus souvent, les éléments qui composent les tumeurs se substituent lentement aux éléments nerveux

plutôt qu'elles ne les compriment mécaniquement (1). » L'ablation de ces tumeurs (gliome, tubercule, gomme) ne pourrait qu'aggraver les symptômes.

Leur meilleur signe distinctif (qu'elles naissent dans la substance grise ou dans la blanche) est « l'absence de la phase pseudo-névralgique et douloureuse qui fait défaut dans tous les cas où soit des tumeurs, soit d'autres lésions, se développent primitivement dans l'épaisseur de la moelle, et qui existe presque toujours à la phase initiale des tumeurs extra-médullaires ».

De plus, les tumeurs intra-médullaires qui naissent dans la substance grise (et ce sont de beaucoup les plus communes) se caractérisent par les symptômes polyomyéliques diversement associés suivant le siège précis de la lésion (Brühl) : hémi-anesthésie et analgésie (symptômes postérieurs), atrophie musculaire (symptômes antérieurs), troubles trophiques, vaso-moteurs, sphinctériens, oculo-papillaires (symptômes médians). Au contraire, les tumeurs extra-médullaires agissant d'abord sur la substance blanche, se manifestent par les symptômes dits leucomyéliques (paraplégie spasmodique, exagération des réflexes, troubles de la sensibilité tactile). A une période avancée, lorsque la tumeur centrale envahit la substance blanche, lorsque la substance extra-médullaire irrite ou comprime la substance grise, le diagnostic ne pourra se faire que par les commémoratifs. Il est d'ailleurs, à toutes les périodes de l'affection, souvent très difficile.

2° *Tumeurs extra-médullaires*. — A. *Malignes*. — Parmi les tumeurs extra-médullaires agissant sur la moelle, en laissant bien entendu de côté les anévrysmes, celles à structure maligne (sarcomes, carcinomes) ne sont pas justiciables d'une intervention.

Leur diagnostic est souvent possible. En effet, elles commencent très rarement dans les méninges, très souvent par les os ; on aura donc une tuméfaction à caractères sarcomateux lorsque la lésion siège en arrière ; une déviation toute spéciale du rachis, « courbure arrondie à grand rayon, bien différente de celle du mal de Pott », avec diminution de la taille, lorsque le carcinome envahit les corps vertébraux.

M. Charcot insiste sur la paraplégie douloureuse spéciale de celui-ci lorsqu'il siège à la région lombaire.

De plus, il est ordinairement secondaire à quelque cancer viscéral : gastrique, rénal, des ganglions pré-vertébraux, surtout du sein. « Il se montrera donc chez les femmes adultes ou âgées, et lorsqu'on le soupçonne, il ne faudrait jamais négliger de rechercher une trace quelconque de néoplasme, surtout du côté des seins où peuvent se développer des cancers absolument latents » (Charcot).

B. *Bénignes*. — Le chirurgien trouvera les cas favorables dans les compressions d'origine inflammatoire et dans les tumeurs à structure bénigne.

Son territoire est encore notablement étendu : 1° en dehors du rachis, certains kystes hydatiques qui envahissent secondairement le canal, certaines tumeurs qui affectent la même évolution, enchondrome (Virchow), myxofibrome [Bruce] (2) ; 2° du côté des os, avec le mal de Pott, dont l'importance méritait une étude à part, quelques hyperostoses syphilitiques (?), l'arthrite sèche des articulations vertébrales inter-apophysaires, au moins rare, leur arthrite rhumatismale, à laquelle White et Dercum rapportent l'un de leurs cas de trépanation, cas suivi de succès et que nous avons préféré rapprocher des ostéites tuberculeuses ; 3° enfin et surtout la grande classe des tumeurs intra-rachidiennes, extra et intra-durales, presque jamais de structure maligne (Gull) développées soit dans les méninges, soit dans le tissu cellulo-graisseux du rachis.

Or, elles ne sont bénignes qu'histologiquement, et leur évolution naturelle conduit à une mort certaine. « Lorsque le diagnostic est bien établi, dit Horsley, il n'est qu'une ressource, c'est le traitement chirurgical. On ne saurait trop dire qu'environ les quatre cinquièmes de ces malades peuvent être, par la décompression médullaire, soit guéris radicalement, soit soulagés de leurs douleurs perpétuelles et conduits à une mort plus douce. »

Les conditions anatomiques sont très favorables. La tumeur est ordinairement minime, ne dépassant pas le volume « d'un haricot, d'une cerise, ou tout au plus d'un petit œuf ».

Sa nature bénigne, et le plus souvent conjonctive, met à l'abri d'une récidive.

Ses rapports de simple contact avec la moelle permettront de ménager celle-ci. Le fait est facile à comprendre pour les tumeurs extra-durales ; quand aux intra-durales, elles ont, quelle que soit leur nature, le caractère commun d'être enveloppées d'une capsule, probablement développée aux dépens de l'arachnoïde, et qui les rend facilement énucléables.

Ces mêmes caractères expliquent le peu d'intensité habituel des altérations médullaires, naturellement plus fréquentes dans les tumeurs intra-durales (50 p. 100) que dans les extra-durales (46 p. 100). Horsley, sur un ensemble de 58 cas ne trouve notées que 6 fois des dégénérescences secondaires, 4 fois ascendantes, 2 fois descendantes. Dans ces circonstances, l'intervention n'en devrait pas moins être tentée ; en effet, on sait que pour le mal de Pott des lésions médullaires très graves peuvent guérir, une fois la compression enlevée. « Très vraisemblablement, il en serait de même pour les tumeurs, s'il n'était de la nature de celles-ci de ne point rétrograder. » Cependant, sont sûrement défavorables, au point de vue du résultat fonctionnel, les symptômes indiquant une grave atteinte de la moelle, paralysie sensitivo-motrice totale au-dessous de la lésion, absence complète des réflexes, disparition des crampes existant antérieurement avec plus ou moins de violence.

Les complications septiques sont aussi fâcheuses : une des plus fréquentes est l'urétéro-pyélite ascendante. Buzzard a d'ailleurs noté que l'urine pouvait être alcaline, en dehors de cette cause, dans les tumeurs médullaires.

Le chirurgien, avant d'intervenir, pour éliminer quelques cas et préciser autant que possible le pronostic opératoire des autres, doit donc étudier avec soin l'état de la moelle et l'état général ; de plus, il doit rechercher, autant que possible, la nature et surtout le siège de la tumeur.

I. Le *diagnostic de la nature* s'appuiera sur les points suivants (Horsley) :

Age. — 1° Tumeur extra-durale : le lipome dans quatre cas connus s'est développé entre dix mois et quatre ans, en moyenne deux ans et demi. Peut-être, même, s'agit-il là

(1) Charcot. *Leçons du mardi*, 1888, t. II, p. 183.

(1) Bruce and W. Mott. Case of myxo-fibroma of the fifth dorsal nerve extending on the spinal cord, *Brain*, 1888, vol. X, p. 211.

d'une production congénitale formée aux dépens du tissu graisseux placé entre les os et les méninges.

Le sarcome se développe vers dix-huit ans; les kystes hydatiques à un âge moyen de trente-quatre ans; les tubercules extra-méningés vers trente-neuf ans; les autres tumeurs extra-durales vers cinquante ans;

2° Les tumeurs intra-durales se développent d'ordinaire à un âge plus avancé, sauf les tubercules (dix-huit ans et demi), quelques myxomes (dix-neuf); mais la plupart des myxomes apparaissent plus tard (en moyenne à quarante-trois ans), les fibromes à quarante-quatre, les sarcomes à quarante et un, les psammomes à cinquante et un ans. Aux environs de quarante ans, on devra donc surtout penser au myxome, de beaucoup le plus fréquent.

Marche. — Un début brusque des accidents ferait penser à l'irruption dans le canal d'un sac hydatique : cependant, une hémorrhagie dans une tumeur (souvent provoquée par un traumatisme) peut simuler ce début brusque par l'exagération rapide de symptômes peu remarqués jusque-là.

Symptômes. — La douleur n'est pas notée dans les lipomes, ce qui est peut-être dû au jeune âge des malades.

La présence, en d'autres points du corps, de lésions syphilitiques, tuberculeuses, de kystes hydatiques (3 fois sur 22, d'après Maquire) ne sera pas sans importance.

L'épreuve du *traitement* pourrait peut-être servir à diagnostiquer la nature syphilitique d'une tumeur, mais les tumeurs méningées ou rachidiennes, de nature syphilitique, sont au moins rares.

II. Le *diagnostic du siège* de la tumeur est d'une haute importance. Il permettra de dire si le néoplasme est accessible, et, s'il l'est, de se diriger d'emblée vers lui.

1° *Est-il extra ou intra-dural?*

a. Sur 36 cas de tumeurs intra-durales, Horsley trouve 14 hommes et 22 femmes. Sur 18 cas d'extra-durales, 10 hommes et 8 femmes; la notion du sexe n'est donc pas sans valeur.

b. La durée des tumeurs extra-durales semble moindre en moyenne (un an et un mois) que celle des tumeurs intra-durales (deux ans et cinq mois). Cette différence très notable, signalée par Horsley, tient sans doute à ce qu'il fait rentrer dans son tableau un certain nombre de tumeurs malignes, plus fréquemment extra-durales, ainsi que nous l'avons vu.

c. Sur 17 cas de tumeurs extra-durales, Horsley note comme premier symptôme 7 fois la douleur, 6 fois la paralysie, 1 fois la paralysie et la douleur, 1 fois la paralysie et l'anesthésie, 1 fois des crampes musculaires;

Pour les tumeurs intra-durales, sur 33 cas, il en cite 21 à début manifeste par des douleurs avec troubles moteurs, 6 par ces derniers seuls. Quatre fois l'anesthésie a été la première en date.

4° Les crampes et la trépidation épileptoïde se rencontrent dans 61 p. 100 des tumeurs intra-durales et 35 p. 100 seulement des extra-durales.

Les contractures sont également plus fréquentes dans les tumeurs intra-durales, 50 p. 100 contre 15 p. 100 dans les extra-durales.

2° *La tumeur siège-t-elle en avant, en arrière, à droite ou à gauche de la moelle?*

Sur 20 cas de tumeurs extra-durales, dit Horsley, j'ai trouvé 5 fois début unilatéral des symptômes (3 fois à droite, 2 à gauche) et 5 fois prédominance notable. Dans les tumeurs intra-durales, c'est à peu près dans la même proportion (16 sur 33), que le début ou la prédominance des symptômes d'un côté indique le siège initial de la lésion.

Cette unilatéralité porte surtout sur les symptômes du début (extrinsèques ou radiculaires), mais elle peut aussi se montrer pour les symptômes plus tardifs « intrinsèques ou médullaires ».

« Les pseudo-névralgies, dit M. Charcot, siègent à droite si la tumeur est à droite, à gauche si la tumeur est à gauche. La douleur est bilatérale, ce qui n'est peut-être pas le cas le plus commun, quand la production morbide comprime presque également les racines nerveuses des deux côtés. »

La compression très exactement limitée à une moitié latérale de la moelle peut produire, ainsi qu'en font preuve des faits de MM. Charcot (1) et Ogle, le syndrome de Brown-Séquard, c'est-à-dire une hémiparaplégie spinale avec anesthésie croisée, si la tumeur siège à la région dorsale ou lombaire, et si la lésion occupe la région cervicale, une hémiplégie spinale, aussi avec anesthésie croisée. Si l'altération fonctionnelle de la moelle ne s'étendait pas rigoureusement jusqu'à la ligne médiane, on aurait de l'hémiplégie ou de l'hémiparaplégie spinale, mais sans anesthésie croisée.

On comprend combien des syndromes aussi nets, observés surtout à la suite de traumatismes, sont rares pour les tumeurs: on n'aura le plus souvent que quelques signes très frustes permettant de soupçonner le siège droit ou gauche. Dans un cas de myxome intra-dural, rapporté par Bruce et Mott, les crampes musculaires étaient limitées au côté de la tumeur. Horsley rappelle un cas où la tumeur siégeant à droite, le membre inférieur droit était contracturé en extension et le gauche en flexion. Il en conclut que la première indique une compression médullaire plus intense que la seconde, ce qui pourrait être utile au point de vue que nous étudions. Lorsqu'il y a une courbure latérale rachidienne, la concavité en est du côté de la tumeur, sans doute par contracture des muscles de ce côté. Le décubitus, les troubles trophiques cutanés ou musculaires, siègent ordinairement du même côté que la tumeur [Horsley, Whipham (2)]. Si la cause de compression siège au-dessus de la deuxième racine dorsale, il y a paralysie du dilatateur de la pupille du côté de la compression.

La compression antéro-postérieure et non plus latérale semble pouvoir être diagnostiquée par la douleur bien plus vive, au moins pour les tumeurs intra-durales. Ce fait, presque constant, est peut-être en rapport avec la sensibilité des cordons postérieurs. On se rappelera aussi que presque tous les kystes hydatiques sont situés à la face postérieure de la moelle. « Sur 25 cas, dit Maquire, 1 fois [Llewellyn (3)], la position du kyste n'est pas précisée et 4 fois il était intra-médullaire; sur les 16 autres cas, il en est seulement 4 où la moelle était comprimée d'avant en arrière [Chaussier,

(1) Charcot. Hémi-paraplégie déterminée par une tumeur qui comprimait la moitié gauche de la moelle au-dessus du renflement dorso-lombaire, *Archives de physiologie*, 1869, t. II, p. 291 et Pl. VIII.

(2) Whipham. Intradural Psammome, *Trans. of the Pathol. Soc. of London*, 1873, vol. XXIV, p. 15.

(3) Llewellyn. In *Cobbold on « Parasites »*, p. 160.

Morgagni (1), Rosenthal (2), Murchison (3)] et 12, d'arrière en avant.

L'atrophie limitée au territoire d'un nerf indique la compression de sa racine dans le trou de conjugaison. En effet, une atrophie aussi limitée est fort rare, lors de compression médullaire.

3° Le diagnostic du siège comprend encore un point capital, c'est celui *du niveau de la tumeur*.

On se rappellera que les tumeurs rachidiennes sont surtout fréquentes à la partie moyenne de la région cervicale, aux parties supérieure et inférieure de la dorsale.

Parfois, une douleur fixe et profonde, un sentiment de faiblesse en un point du rachis, seront utiles pour préciser le niveau ; de même, une raideur localisée, une déviation ordinairement latérale.

Le plus souvent, on devra se contenter de l'analyse des phénomènes fonctionnels.

Les pseudo-névralgies du début se cantonnent souvent au trajet d'un nerf indiquant les lésions de sa racine. Les douleurs tardives tiennent à la compression de la partie intra-médullaire de celles-ci (Horsley). Dans le premier cas, on se rappellera le trajet oblique des racines dans leur passage intra-rachidien. Il faudra donc chercher la tumeur plus haut que le trou de conjugaison correspondant au nerf malade, dans une proportion variable, suivant les régions, plus, par exemple, à la région dorsale qu'à la cervicale, les racines étant plus obliques à la première qu'à la seconde.

Quant à l'obliquité (?) intra-médullaire des racines, de nouvelles études sont nécessaires pour la préciser. Dans le cas de Horsley, où les névralgies tardives siégeaient sur les cinquièmes nerfs intercostaux, la moelle était comprimée 4 pouces au-dessus de la pénétration dans sa substance de leurs racines.

L'étude des troubles de la sensibilité mène à peu près aux mêmes conclusions; la limite tout à fait supérieure de la zone hyper ou paresthésique est encore au-dessous du niveau de la tumeur. De même pour la paralysie.

La distinction des lésions de la partie tout à fait inférieure de la moelle et de la queue de cheval se fera, dit Thornburn, par le siège exact des symptômes locaux, s'il y en a, en se souvenant que la moelle ne s'étend pas au-dessous du bord inférieur de la première lombaire, par l'existence plus fréquente, dans les lésions de la queue de cheval, d'une douleur constante ou d'hyperesthésie au-dessus de la région anesthésiée, par l'asymétrie des symptômes, leur distribution limitée au trajet d'une ou de plusieurs racines, l'envahissement progressif de celles-ci (4).

La localisation exacte des lésions de la queue de cheval se fera d'après les mêmes principes.

Résultats. — C'est en suivant rigoureusement la ligne de diagnostic et d'indications opératoires proposée par Bramwell, précisée par Horsley, que ce dernier a pu guérir, par l'ablation de la tumeur, un malade atteint de myxome rachidien.

(1) Morgagni. *De sedibus et causis morborum*, 1822, vol. V, p. 168.
(2) Rosenthal. *Handbuch der Nervenkraukheiten*, p. 192-193.
(3) Murchison. *Diseases of the liver*, p. 129.
(4) Nous nous réservons d'étudier prochainement, avec plus de détails, le diagnostic de niveau des lésions chirurgicales de la moelle et de la queue de cheval.

Le diagnostic fut brillamment posé : après élimination d'un anévrysme, d'une lésion partant des os à cause de l'absence de symptômes de ce côté, Gowers et Horsley s'arrêtèrent à l'hypothèse « infiniment probable d'une tumeur d'origine méningée, comprimant la moelle surtout à gauche, au niveau de la cinquième vertèbre dorsale ». Cette précision ne fut en défaut, ainsi que le montra l'opération, que sur un seul point : le niveau de la tumeur, qui siégeait bien plus haut qu'il n'avait été supposé ; le chirurgien, de guerre lasse, après l'ablation de cinq arcs, allait abandonner la partie, lorsque, voyant que le malade supportait bien le chloroforme et le choc opératoire, il se décida à enlever un nouvel arc à la partie supérieure, et trouva la tumeur.

La techniqne de Horsley a été suivie dans 3 autres cas, 1 fois avec succès par Pescarolo, qui enleva une tumeur sous-dure-mérienne comprimant la moelle de la deuxième à la cinquième dorsale ; et 2 fois avec un résultat malheureux. L'un des opérés (Horsley) mourut de choc. Le malade de Sonnenburg fut opéré pour un sarcome à marche rapide, qui ne put être complètement enlevé. La mort survint en six semaines, après une amélioration légère des douleurs.

Les 5 autres cas de notre statistique sont atypiques. Dans celui de Reydellet, l'ablation d'un kyste hydatique mit à nu la moelle « au grand étonnement et à la grande frayeur de l'opérateur ». Dans un cas sûrement (Johnson), dans un autre peut-être (Bardeleben), on se contenta d'enlever les parties extra-rachidiennes de la tumeur. Wright, après ablation analogue d'une tumeur du cou, alla gratter par un trou de conjugaison le prolongement vertébral. Naturellement ces opérations incomplètes furent suivies de récidive à bref délai ou de mort rapide. Une seule eût pu être favorable, celle de Reydellet, mais le malade succomba au bout d'un an, à la suppuration développée dans le kyste.

Nous ne les avons rapportées que pour les opposer à l'*opération d'Horsley*, merveilleusement réglée et qui, sans nul doute, doit être imitée et prendre place parmi les interventions les plus légitimes. L'ablation des tumeurs rachidiennes, dans les limites que nous avons indiquées, sera, lorsqu'elle sera permise par le diagnostic, une des plus belles conquêtes de la chirurgie antiseptique.

III

SECTION INTRA-RACHIDIENNE DES RACINES POSTÉRIEURES POUR NÉVRALGIE REBELLE.

Nous devons signaler, enfin, 4 faits tout à fait récents où, pour une névralgie ayant résisté à tous les traitements, le chirurgien alla sectionner les racines postérieures des nerfs correspondant au territoire des névralgies. Il y eut 3 fois amélioration et 1 fois guérison des douleurs. Voici ces faits :

Abbe (1). — Homme quarante-quatre ans, sans antécédents spécifiques ou rhumatismaux ; reçut, vers vingt-cinq ans, un fragment d'obus dans l'épaule gauche.

En mai 1887, il sentit tout à coup, en travaillant, une douleur lancinante, localisée à la partie postérieure de l'avant-bras droit, qui devint, au bout d'une huitaine de

(1) Abbe. A Contribution to the surgery of the spine, *New-York Med. Record*, 9 février 1889, t. XXXV, n° 5, p. 149.

jours paroxystique, avec tiraillements dans le pouce, l'index et le médius.

Au printemps de 1888, la main était raide, à demi fléchie, les inter-osseux atrophiés, l'avant-bras et la main légèrement diminués de volume. Dana porta le diagnostic de névrite ascendante et le docteur Bull fit, sans succès, l'élongation du cubital.

Le 16 juillet, sur les instances du malade, amputation intra-deltoïdienne (c'est-à-dire au-dessus de tout point douloureux jusque-là), mais sans succès. Malgré la morphine apparaissent des tiraillements et contractions toniques dans le moignon; de plus surviennent une tendance à tomber vers la droite, lors de marche les yeux fermés; l'exagération des réflexes rotuliens, la trépidation épileptoïde; des difficultés dans la rotation et l'inclinaison de la tête à droite.

Y avait-il une tumeur ou un processus inflammatoire extra-spinal et intra-rachidien? On résolut une opération ayant pour but d'enlever la tumeur, si elle existait; s'il s'agissait de névrite, de sectionner les racines postérieures pour provoquer la dégénérescence ascendante des cordons sensitifs.

En novembre, les crises douloureuses avaient augmenté de fréquence et revenaient toutes les cinq ou dix minutes, en même temps que des contractions violentes du moignon. Celui-ci contenait, sur le trajet du circonflexe, un névrome dont la pression provoquait des crises analogues aux crises spontanées.

L'ablation du névrome n'amena aucun soulagement.

Le 31 décembre, résection des lames droites des quatre dernières vertèbres cervicales. Pas trace de tumeur, ni de processus inflammatoire. Un crochet est mené en dehors de la dure-mère, du côté des trous vertébraux, et ramène en arrière la cinquième racine. On applique sur cette racine une électrode en métal, tandis que l'autre électrode, formée d'une éponge, est placée sur le dos. Le passage du courant fit contracter les sus et sous-épineux, rhomboïde, grand dorsal, grand pectoral, deltoïde. L'électrisation des septième et sixième racines donna des résultats bien moins nets, surtout pour la dernière, qui ne pouvait être attirée en dehors, sans provoquer une hémorrhagie veineuse abondante. Les sixième et septième racines furent alors sectionnées et la plaie pansée à plat.

Les crises douloureuses continuant, Abbe, quarante-huit heures après, incisa la dure-mère sur une sonde cannelée introduite après ponction au bistouri; il sortit environ, sans effet appréciable sur le malade, deux onces de liquide céphalo-rachidien. Le chirurgien avait alors sous les yeux la huitième racine, qui, en dedans de la dure-mère, est au niveau de la septième en dehors. Il en incisa un quart de pouce, tout près des cordons postérieurs et, près d'eux aussi, sectionna la septième. L'incision de la huitième avait provoqué une douleur tout à fait analogue à celles dont souffrait spontanément le malade.

Donc, en deux temps, Abbé avait sectionné, en dehors de la dure-mère, les deux racines du sixième nerf et les deux du septième; en dedans, la racine postérieure des septième et huitième.

Pendant la deuxième opération, l'excitation électrique du bout périphérique de la sixième racine produisit des contractions des sus et sous-épineux et du rhomboïde; celle de la septième des contractions du grand pectoral, du grand dorsal, et des adducteurs du bras; celle de la huitième, les mêmes contractions, plus une douleur analogue à celles dont souffrait habituellement le malade. La dure-mère fut suturée au catgut, de même que la plaie qui se réunit en quelques jours.

La douleur diminua beaucoup : ce ne fut plus que des tiraillements dans le moignon qui s'atrophia rapidement et s'anesthésia jusqu'au niveau de la clavicule et au milieu de l'omoplate. Au bout de quelques semaines, le malade put se lever et même se promener.

Bennett (1) rapportait au début de 1889, à la Société médicale et chirurgicale de Londres, un cas assez analogue.

Il s'agit d'un homme qui souffrait de douleurs violentes avec contractures dans la jambe gauche, dont le tibia était hypertrophié. On avait essayé de tout : anti-syphilitiques, trépanation et ostéotomie du tibia, amputation du genou, élongation, puis résection du sciatique.

Bennett se décida à ouvrir le canal médullaire et, ne trouvant rien, sectionna près de la moelle les racines postérieures des première, troisième, quatrième, cinquième paires lombaires, première et deuxième sacrées.

Les spasmes continuèrent, mais les douleurs disparurent. Mort le quinzième jour, d'hémorrhagie cérébrale.

A l'autopsie, on trouva un léger épaississement de l'arachnoïde au niveau des septième et huitième vertèbres dorsales. Les racines sectionnées n'étaient pas réunies et cependant l'anesthésie, immédiatement consécutive à l'opération, avait rapidement disparu.

Au dernier Congrès de Berlin, Horsley a rapporté deux cas analogues; nous ne saurions trop le remercier des renseignements qu'il a bien voulu nous donner sur eux, ainsi que sur plusieurs autres cas personnels de trépanation qu'on trouvera dans notre statistique. Voici ces deux faits :

1° Homme de trente-trois ans. Spasmes et douleurs localisées sur le trajet des huitième et neuvième nerfs dorsaux droits. Exploration; division des racines postérieures de ces deux nerfs. Réunion par première intention. Guérison partielle. Envahissement d'autres racines.

2° Homme de quinze ans. Douleurs vives, troubles vasomoteurs et atrophie sur le territoire des racines de la moitié gauche du tiers inférieur du renflement cervical. Origine congénitale. Exploration; division des septième et huitième racines postérieures gauches. Réunion par première intention; écoulement de liquide céphalo-rachidien pendant trois semaines. Amélioration considérable.

Les interventions telles que les précédentes ne sont et ne peuvent être applicables qu'à des cas exceptionnellement graves. Elles ont alors pour avantage :

a. De barrer plus sûrement la route à la névrite ascendante, dont on ignore la limite supérieure;

b. De permettre, dans des cas de diagnostic difficile, d'explorer le canal vertébral, et, s'il existe une tumeur, un processus inflammatoire producteur de compression médullaire ou radiculaire, de le supprimer;

c. De borner la section aux racines postérieures, ce qui évitera la paralysie du territoire innervé pour la racine antérieure.

---

(1) T. W. Bennet. Subdural division of Posterior Roots of Spinal Nerves. Royal med. and chirurg. Society. *The Lancet*, 27 avril 1889, t. I, p. 839.

L'ouverture de la dure-mère et la section intra-durale seront naturellement nécessaires pour obtenir ce dernier bénéfice.

IV

STATISTIQUE DES TRÉPANATIONS

Nous croyons utile, en terminant cette étude, de réunir les faits publiés de trépanation rachidienne. Cette statistique n'a pas encore été faite, au moins en France.

Nous en avons supprimé pour la restreindre autant que possible :

1° Les trépanations pour mal de Pott, que nous rapporterons dans un travail ultérieur;

2° Les trépanations pour névralgies rebelles, dont on trouvera les indications dans le texte.

3° Les trépanations pour traumatismes, déjà rapportées dans le travail de Felizet (1).

A. Trépanations pour traumatismes (2).

1 à 26. (Voy. Felizet).

27. — *a.* Mac Donnell, 1865 (*The Dublin quart. Journ. of Med. Sc.*, 1865, vol. XII, p. 73-111). — *b.* Saillie de l'apophyse épineuse première lombaire et dépression sous-jacente; paralysie motrice et sensitive des membres inférieurs; incontinence d'urine et des matières; aggravation progressive de ces symptômes; ulcération de la verge et de la région sacrée; urine alcaline et muco-purulente. — *c.* Trente-cinq jours. — *d.* Chaque apophyse épineuse découverte est saisie avec une pince à séquestre et secouée. On constate ainsi qu'il n'y a pas de fracture de l'arc postérieur. La douzième vertèbre dorsale était tordue, son apophyse articulaire inférieure gauche faisant saillie en arrière sur l'apophyse articulaire de la vertèbre inférieure. L'apophyse articulaire supérieure droite était repoussée en avant de l'apophyse articulaire inférieure de la vertèbre située au-dessus. Résection de l'arc postérieur de la douzième dorsale et d'une petite partie de l'arc situé au-dessus. — *e.* Le lendemain, miction; le surlendemain, la plante et le cou-de-pied sont sensibles. Les couturier, triceps, biceps et demi-tendineux se contractent; cinq jours après, mouvements réflexes quand on touche les poils de la face interne de la cuisse; dix jours après, la miction est volontaire, les eschares vont mieux. — *f.* Quinze jours après, mort subite, après insomnie et frisson. — *g.* Cystite avec urétéro-pyélite gauche. Aucune dépression ni saillie en regardant la face antérieure du corps des vertèbres. Sur une section antéro-postérieure, sur la face externe de la dure-mère, au niveau de l'arc osseux réséqué, dépôt de lymphe. Pas d'altération de sa face interne. La moelle n'est ni enflammée, ni ramollie. Le corps de la première lombaire est fracturé et repoussé en arrière; entre le corps de la dernière dorsale et la dure-mère, léger caillot sanguin. La moelle, qui était sans doute comprimée à ce niveau, est mamelonnée en face du caillot et de l'os déplacé.

28. — *a.* Gordon, 1865 (In M. Donnell, On the operation of Trephining in cases of fracture of the spine, *The Dublin quart Journ. of Med. Sc.*, 1866, vol. XLIV, aug.; *Med. chir. Transact.*, vol. XLIV, p. 21; *Schmidt's Jahrb.*, Bd. CXXXVIII, p. 45, et *The Lancet*, 1865, vol. II, p. 675). — *b.* Paralysie des membres inférieurs, de la vessie et du rectum; eschares. A la huitième semaine, paralysie complète des membres inférieurs, sauf de la cuisse qui était seulement parésiée; couturier non atteint; anesthésie totale des pieds, partielle des jambes; hyperesthésie de la cuisse droite; pas de réflexes au-dessous du genou. — *c.* Soixante-huit jours. — *d.* Résection de l'arc de la douzième dorsale ou première lombaire. La dure-mère n'est pas ouverte. — *e.* Urine acide après le quatrième jour; miction normale le vingt-sixième jour. En huit semaines, retour de la sensibilité et en partie du mouvement dans les membres inférieurs; eschares guéries. Au bout de six mois, pouvait s'asseoir avec facilité; défécation encore involontaire; élimination d'une esquille d'os. — *f.* En somme, guérison incomplète. — *g.* Fracture de la douzième dorsale ou première lombaire.

29. — *a.* Tillaux, 1865 (De la trépanation à la suite des fractures du rachis, *Bul. gén. de thérap. méd. et chir.*, 1866, p. 202). — *b.* Dépression de l'apophyse épineuse première lombaire; paraplégie complète des membres inférieurs; réflexes supprimés; scrotum, verge, canal insensibles; rétention d'urine et des fèces; douleurs dans les cuisses venant de la région lombaire; pneumothorax gauche; bruit de moulin. Le septième jour, l'insensibilité remonte jusqu'à l'ombilic. Insomnie, fièvre, cystite. — *c.* Huitième jour. — *d.* Ablation, avec le davier et les pinces de Liston, de l'apophyse épineuse, fracturée à son sommet, avec les lames et une partie des masses apophysaires latérales. L'opération a duré trente-cinq minutes. Peu de sang. — *e.* Aussitôt après, frisson violent. Le soir, fièvre intense. L'anesthésie est remontée jusqu'au mamelon. Respiration précipitée, anxieuse, abdominale. A neuf heures, la paralysie est remontée jusqu'au-dessus des clavicules; mouvements continuels des bras, délire calme; à dix heures, convulsions de la moitié supérieure du corps; à onze heures, mort. — *f.* Mort la douzième heure. — *g.* Pneumothorax gauche. Deux déchirures du poumon, en face de fractures des huitième et neuvième côtes au niveau de leur col. Pas d'emphysème. Infiltration sanguine des régions péri-rénales et des psoas. On sent, à travers le surtout antérieur, sur le corps de la première lombaire, une gouttière transversale qui répond à l'inclinaison et à l'engrènement des fragments. Léger hématorrachis s'étendant en haut jusqu'aux limites inférieures de la région cervicale, en bas, jusqu'aux limites du canal. Dure-mère renfermant du liquide roussâtre analogue à celui qu'on trouve dans la plèvre enflammée. Moelle couverte de pus, transformée en pulpe noirâtre.

30. — *a.* Maisonneuve (Inédite). — *b.* Adulte homme. — *d.* Résection de deux arcs postérieurs. — *e.* Pas d'amélioration. — *f.* Mort le deuxième jour. — *g.* Fracture deuxième ou troisième dorsale.

31. — *a.* Willett, 1865 (Fracture of the spine, attempted, trephining. *The Lancet*, 1866, vol. I, p. 8). — *b.* Paralysie complète, motrice et sensitive, de tous les membres et du tronc. Asphyxie menaçante. — *c.* Deux jours. — *d.* Opération non terminée. — *f.* Mort pendant l'opération. — *g.* Luxation de la cinquième cervicale; hématorrachis.

32. — *a.* Tyrrell, 1866 (*Dublin Journ. med. Sc.*, vol. XLII). — *c.* Deux jours. — *e.* Plaie allant bien pendant les trois premières semaines. — *g.* Partie inférieure de la colonne vertébrale.

33. — *a.* Maunder, 1866 (Trephining of the spine, death from pyœmia. *The Lancet*, 1867, vol. I, p. 237). — *b.* Paralysie motrice et sensitive incomplète jusqu'aux seins. Respiration diaphragmatique; rétention, puis incontinence de l'urine et des fèces. Déviation de l'apophyse épineuse septième cervicale. — *c.* Vingt-deux jours. — *d.* Résection des arcs première et deuxième dorsales. — *e.* Soulagement de la dyspnée, de la toux et de la douleur. — *f.* Mort le treizième jour, pyolurie. — *g.* Luxation partielle en avant de la septième cervicale.

34. — *a.* Cheever, 1867 (*First Med. and Surg. Rep. of the Boston city Hospital*, 1870, p. 577). — *b.* Paraplégie motrice et sensitive; priapisme, dyspnée, coma; craquements au niveau des cinquième

(1) Felizet. Sur la trépanation du rachis dans les fractures des vertèbres avec compression de la moelle. Traduction et extraits de travaux récents. *Archives générales de médecine*, octobre, novembre et décembre 1865.

(2) *a.* désigne l'opérateur, la date, les indications bibliographiques; — *b.* les symptômes avant l'opération; — *c.* la date de l'opération après l'accident; — *d.* les parties enlevées; — *e.* l'état après l'opération; — *f.* le résultat; — *g.* la nature de la lésion.

et sixième dorsales; emphysème, probablement côtes fracturées. — c. Trois heures. — d. Ablation des apophyses épineuses fracassées des deuxième, troisième, quatrième et cinquième dorsales et des lames des troisième et quatrième. — e. Respiration légèrement améliorée. — f. Mort en vingt-quatre heures. — g. Fractures des cinq premières vertèbres dorsales.

35. — a. Cheever, 1867 (*Idem.*). — b. Paralysie complète au-dessous des seins, partielle dans les membres supérieurs; respiration diaphragmatique; tympanisme; rétention d'urine; dépression au niveau de la sixième cervicale; fièvre. — c. Vingt-quatre heures, — d. Ablation de l'arc de la sixième cervicale et d'une portion du cinquième. — e. Pas d'amélioration. Hyperpyrexie (110 F.). — f. Mort en neuf heures. — g. Luxation en avant de la sixième cervicale.

36. — a. Denucé, 1867 (In Hamilton. *Traité des fractures et des luxations*, trad. Poinsot, 1884, p. 167). — b. Homme vingt-quatre ans, tombé sur le dos d'une hauteur de 20 pieds. Fractures au niveau des dernières dorsales, avec paraplégie complète. — c. Vingt-quatre heures. — d. Ablation des arcs, douzième dorsale et première lombaire. La moelle ne semble pas trop contusionnée. — e. Pas d'amélioration. — f. Mort en quarante-huit heures. — g. Fractures des dernières dorsales.

37. — a. Willard, ? (Fracture of second lumbar vertebra, trephining, death. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1872, vol. LXIII, p. 574 et *Chicago Med. Exam.*, oct. 1871). — b. Paralysie motrice et sensitive des membres inférieurs; rétention d'urine. — c. Quelques heures. — d. Ablation de l'arc de la deuxième lombaire qui était fracturé. — e. Pas d'amélioration. — f. Mort le dixième jour. — g. Seconde lombaire.

38. — a. X... (Fracture of the spine. *S.-Bartholom. Hospit. Rep.*, vol. VI. Surgical Report, table I, p. 32). — b. Homme de trente ans. — f. Mort.

39. — a. Nunneley, 1869 (Address in Surgery to the thirty seventh annual meeting, held in Leeds, 27-30 juin 1869. *Med. Times and Gaz.*, august 1869, p. 157). — f. Mort. — g. « Lésions telles qu'elles ne permettaient pas de restauration. »

40. — a. Nunneley, 1869 (Loc. cit.). — f. Mort.

41. — a. Nunneley, 1869 (Loc. cit.). — c. Dix jours. — f. Mort.

42. — a. Nunneley, 1869 (Loc. cit.). — c. Cinq semaines. — e. Santé excellente deux ans et demi après, mais la jambe reste partiellement paralysée. — f. Guérison partielle.

43. — a. Lucke, 1877 (In *Werner Die Trepanation der Wirbelsaule bei Wirbelfracturen*, Inaug. dissert. zu Würtzburg, 1879, p. 30). — b. Paralysie complète motrice et sensitive des nerfs douzième dorsal et sous-jacents; rétention d'urine et des fèces; tympanisme; réflexe crémastérien conservé; réflexe plantaire diminué; dépression de l'apophyse épineuse de la onzième dorsale; crépitation. — c. Trois heures. — d. Ablation de fragments d'os comprimant la moelle; résection de l'arc entier et de l'apophyse transverse gauche de la onzième dorsale. Moelle légèrement aplatie. L'extension du rachis. Plaie suturée, sauf au centre; pansement de Lister. Plusieurs fois, pendant l'opération, une légère pression sur la moelle causa des mouvements des membres inférieurs (malgré un sommeil chloroformique profond). — e. Au bout de trois quarts d'heure, amélioration de la sensibilité. Le huitième jour, mouvements des orteils; pleurésie; cystite; eschares; exfoliation d'un petit séquestre, enfin guérison de la plaie. — f. Très légère amélioration, puis myélite. État définitif stationnaire. — g. Probablement luxation et fracture de la onzième dorsale.

44. — a. Stemen, 1883 [?] (Lidell, in Ashhurst's System of Surgery, d'après *Fort Wayne Journ. Med. Sc.*, 1883). — f. Amélioré.

45. — a. Stemen, 1883 [?] (Loc. cit.). — f. Pas d'amélioration.

46. — a. Stemen, 1883 [?] (Loc. cit.). — f. Mort.

47. — a. Maydl, 1884 (*Albert's Lehrbuch der Chirurgie*, Vienne 1885, vol. II, p. 55). — d. Résection de deux arcs vertébraux dans la région dorsale. — e. Le malade guérit de l'opération. — g. Luxation dans la région dorsale. La moelle était écrasée.

48. — a. Pinkerton, 1884 (In Keyes. Fracture of the body of the twelft dorsal vertebra, in *Medical New's*, 3 janvier 1885, p. 16). — b. Homme de trente-huit ans, renversé par un timon de voiture. Paralysie immédiate. Le lendemain, paralysie motrice, complète jusqu'à l'ombilic; sensibilité très émoussée; rétention complète d'urine; douleur à la pression de l'apophyse épineuse douzième dorsale, qui est séparée de celle de la onzième par le double de la distance normale et semble de plus déplacée en avant. Le surlendemain, douleurs au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. — c. Huit jours. — d. Incision cruciale. On peut mettre le doigt entre les apophyses articulaires des onzième et douzième. Les lames et apophyse épineuse de la onzième et l'apophyse épineuse de la dixième sont enlevées à la rugine, cette dernière simplement pour donner du jour. Pendant l'ablation des os, déchirure accidentelle de la dure-mère, d'un quart de pouce de long. Drainage; — e. Dès le soir, élévation notable de température. Le troisième jour, pansement, pas de pus; le quatrième jour, grand abattement; pas de modifications de la paralysie ou de l'anesthésie, toujours incontinence d'urine et des matières. — f. Mort le cinquième jour. — g. A l'autopsie, la moelle était ramollie au niveau des dixième et onzième dorsales. Méningite et myélite ascendantes aiguës.

49. — a. Mac Ewen, 1885 (An Addres on the surgery of the Brain and spinal cord delivered at the annual meeting of the British medical Association, held in Glasgow, Aug. 9 th 88, in *Brit. Med. Journ.*, 1888, t. II, p. 308, cas déjà publié dans le même journal, 1886, vol. I, p. 40; *Ibid.*, p. 323; discus., p. 363). — b. Homme vingt-deux ans, paraplégie motrice complète, avec hyperesthésie qui augmenta beaucoup pendant les trois premières semaines. Entre la troisième et la cinquième, atrophie complète des muscles des membres inférieurs; contracture des fléchisseurs; eschares; cystite; incontinence. — c. Six semaines. — d. Ablation de l'arc douzième dorsale fracturé et d'une tumeur conjonctive d'un quart de pouce d'épaisseur, s'étendant de la onzième dorsale à la deuxième lombaire, située entre le canal et la dure-mère. — e. Le soir, mieux marqué dans la température des membres inférieurs; le troisième jour, légère mobilité des orteils. Un mois après, section des tendons contracturés. A la suite de cette opération, la puissance musculaire s'accrut rapidement. L'opéré put bientôt marcher avec une canne, qu'il abandonna au bout d'un an. Encore à cette époque, allure paraplégique. — f. Guérison. — g. Fracture douzième dorsale.

50. — a. Morris, 1886 (Exploratory Operation on cervical Vertebrœ for relief of Paraplegia of traumatic Origin, *Ann. of Surg.*, 1886, t. I, p. 492). — b. Homme vingt-neuf ans. Le 11 mars 1883, chute; paraplégie, puis cystite, troubles trophiques d'un courant faradique. Onze mois après, bon état général. Ulcérations guéries; toujours de lacystite. La peau du cou et de la partie supérieure du thorax est hyperesthésiée, plus bas, la sensibilité est normale. Douleurs en éclair sur le trajet du sciatique; muscles de la tête et du cou, biceps et deltoïdes seuls non paralysés; sphincters vésicaux et rectaux à peu près sains. Pendant l'année qui suivit, la peau de la tête, du cou, de la partie supérieure de la poitrine fut le siège de sécrétions anomales, de sueurs; la peau des autres parties du corps était pâle et sèche. Les muscles du tronc et des membres ne se contractaient pas volontairement, sauf les muscles des éminences thénar et les courts extenseurs des orteils. Contractilité faradique partout normale. Atrophie des mnscles des pieds et des mains. Respiration abdominale. Sphincters faibles. De temps en temps, poussées de cystite et de néphrite albumineuse. Aucun symptôme objectif du côté des vertèbres. Se basant sur la distribution de la paralysie, M. Morris pensa à une fracture de la sixième cervicale et supposa que, sauf les dégénérescences ascendantes et descendantes, la moelle était en bon état. — c. Vingt-huit mois. — d. Incision

de la quatrième apophyse épineuse cervicale à la quatrième dorsale; reclinaison des muscles. Le périoste des lames de la septième dorsale est détaché. Les lames et l'apophyse épineuse de cette vertèbre sont enlevées à la pince coupante, ainsi que l'apophyse épineuse de la sixième. On trouva les méninges unies par une masse fibreuse, dense, au tissu osseux voisin. Leur incision donna issue au liquide céphalo-rachidien. Moelle aplatie, à peine plus épaisse qu'une feuille de papier d'un rouge gris et d'aspect fibreux. Très petite quantité de fibres saines et brillantes, faisant contraste comme une toile d'araignée étalée sur un bâton. La surface postérieure des corps des sixième et septième cervicales semblait de hauteur et de largeur normales mais on sentait des irrégularités à travers les méninges épaissies. Aussi loin que peut porter l'examen, on trouva la moelle dégénérée. Probablement, au moment de l'accident, il y avait eu fracture et déplacement des corps et des lames des sixième et septième cervicales, avec contusion de la moelle. Les déplacements s'étaient réduits, mais la moelle s'était atrophiée. Deux drains d'os décalcifié. — *e*. Le premier pansement ne fut fait que le quinzième jour; les tubes à drainage et les catguts s'étaient complètement résorbés. Réunion par première intention. Le lendemain de l'opération les pieds sentent la chaleur. Douleurs sciatiques et crampes excessives; un mois après, douleurs dans les bras; contracture réflexe du psoas et des adducteurs; à chaque défécation. Les muscles, antérieurement conservés, se sont affaiblis. Le deltoïde et le biceps n'agissent plus; eschare sacrée. — *f*. Mort le dixième mois. — *g*. Emaciation extrême. Large eschare au sacrum et d'autres petites sur les talons, le dos, les genoux, les angles des côtes. Urétéro-pyélite bilatérale, avec abcès du rein droit; cystite purulente avec calculs. A la place des parties osseuses enlevées, tissu fibreux auquel les méninges étaient très adhérentes. Après ablation de la moelle, on trouva une légère luxation en avant d'un corps vertébral. La moelle, sur une longueur de un à deux pouces, était réduite en bouillie. Dégénérescence ascendante d'un cordon de Goll et d'une partie des cordons antéro-latéraux.

51. — *a*. Lauenstein, 1886 (Zür Lehandlung-dernach Wirbelfractur auf tre tenden kompressions-lœhmung des Rückenmarkes. *Centralbl. fur Chirurgie*, 1886, p. 888, n° 51). — *b*. Cinq semaines après l'accident on constate, à l'union des colonnes dorsale et lombaire, gibbosité à angle de 145 degrés; paraplégie presque complète, un peu moindre du côté droit; sensibilité intacte; réflexes affaiblis; incontinence d'urine par regorgement; urine alcaline; défécation involontaire. Trois semaines plus tard, anesthésie des iléo-lombaire et crural; aggravation de la cystite. — *c*. Huit semaines. — *d*. Ablation de l'arc douzième dorsale. La moelle lombaire et la queue de cheval en contact très étroit avec l'os; une partie de la dure-mère adhère aux fragments osseux; comme le canal rachidien semble encore manifestement rétréci par en bas, ablation de l'arc première lombaire. Pendant l'opération, blessure accidentelle de la moelle. — *e*. Réunion par première intention, parésie du péronier gauche, due sans doute à la lésion médullaire accidentelle. Sixième jour, sensation du besoin d'uriner. Dixième jour, urine légèrement acide. Dès ce moment, la fièvre, d'origine vésicale, s'atténue peu à peu. Le trentième jour, miction volontaire et complète. Le deuxième mois, le malade se lève; le troisième, il marche avec une canne. Le cinquième, il peut marcher toute une journée sans canne, monter les escaliers, se baisser et se relever. Fonctions vésicales et rectales redevenues normales; dans la cuisse gauche, la sensibilité est revenue, mais incomplètement. — *f*. Guérison complète. — *g*. Luxation de la douzième dorsale.

52. — *a*. Keetley, 1888 (A case of trephining of the spine for fracture of the fourth cervical vertebra with paralysis, *The Brit. Med. Journ.*, 1888, t. II, p. 421). — *b*. Paralysie des bras et des jambes; priapisme; contracture des fléchisseurs de l'avant-bras droit, indiquant une irritation des quatrième et cinquième racines cervicales. Sensibilité ne descendant que jusqu'aux deltoïdes. — *c*. Trois heures. — *d*. Apophyse épineuse de la cinquième cervicale très mobile; celle de la quatrième enfoncée d'un demi-pouce; ablation des lances et apophyses transverses de la cinquième, qui comprimaient la moelle. Celle-ci, libérée, ne fut pas touchée; drainage. — *e*. Le lendemain matin, amélioration; le malade pouvait fléchir ses deux avant-bras; la sensibilité était descendue jusqu'au coude; le surlendemain jusqu'au poignet; hyperesthésie des épaules. Le troisième jour oppression; pendant un quart d'heure, sans résultat appréciable, extension par la tête et les pieds; dans l'après-midi, syncope; le soir à neuf heures et demie, mort. — *f*. Mort après trois jours et demi. — *g*. Moelle complètement divisée au niveau de la cinquième cervicale; fracture verticale du corps de la quatrième, avec esquille en arrière; lorsqu'on fléchissait la tête en arrière, les deux segments de la moelle arrivaient au contact; lors de flexion en avant, ils s'écartaient d'un pouce au moins; la plaie était cicatrisée, sauf au niveau du tube à drainage.

53. — *a*. Duncan, 1888 (Three cases of fracture of the Spine. Paralysis. Operation, *Edinburgh Med. Journ.*, march 1889, t. XXXIV, p. 830). — *b*. Garçon, dix-neuf ans. Chute d'une hauhauteur de 30 pieds. Reçu de suite à l'hôpital, avec une paraplégie motrice et sensitive complète remontant jusqu'à l'aine; rétention d'urine; saillie et mobilité de l'apophyse épineuse onzième dorsale. — *c*. Quelques heures. — *d*. Incision longitudinale; l'épine de la onzième est fracturée à sa base; les arcs des dixième et douzième sont également brisés, un fragment du premier est refoulé vers la moelle. Le corps de la dixième est luxé en avant sur la onzième, d'environ 1 pouce. On termine l'opération sans être sûr d'avoir levé complètement la compression. Drainage. — *e*. Ablation du drain le deuxième jour; le neuvième, plaie complètement guérie; très minime amélioration de sa sensibilité. Le patient revu au bout de six mois, à l'hôpital des incurables, était absolument dans le même état. — *f*. Pas d'amélioration. — *g*. Fracture des dixième, onzième, douzième arcs dorsaux. Déplacement en avant du corps de la dixième.

54. — *a*. Duncan, 1888 (Loc. cit.). — *b*. Homme, 34 ans. Chute dans une mine; large ecchymose du dos; fracture de la huitième côte gauche à son angle; saillie de la troisième lombaire, paraplégie complète, rétention d'urine. Le lendemain notable amélioration; douleur très vive dans le dos, et lors d'inspirations profondes, au niveau de la fracture costale. — *c*. Deuxième jour. — *d*. Incision sur l'apophyse saillante et ablation de cette apophyse fracturée; ablation de l'arc deuxième lombaire. Il devient évident que le corps de cette vertèbre était déplacé d'un pouce environ en avant du corps de la troisième. Dure-mère bleuâtre et distendue; son incision donne issue à du sang et à des caillots; queue de cheval peu altérée; plaie de la dure-mère refermée; il fut alors possible de réduire les vertèbres déplacées, et la réduction fut maintenue en fixant un large coussinet sur la partie supérieure de l'abdomen et inférieure du thorax, puis le patient fut couché sur le ventre dans un hamac; corset plâtré. — *d*. Le jour suivant, plaie en bon état, sensibilité revenue jusqu'audessous du genou; le soir, le malade étant très agité se plaint d'être couché sur le ventre, et tousse toute la nuit, malgré les injections de morphine. Le lendemain matin, la respiration devint tout à coup embarrassée. Le chirurgien de garde fit mettre sur le dos le malade qui mourut peu de temps après, cyanosé et asphyxiant. — *f*. Mort le deuxième jour. — *g*. Déchirure du diaphragme; hernie de l'estomac et du grand épiploon dans la plèvre gauche; fracture à la base de la septième apophyse épineuse cervicale; fracture de la troisième lombaire et luxation en avant de la deuxième; déplacement parfaitement réduit; un ou deux nerfs de la queue de cheval étaient brisés; mais la moelle était saine.

55. — *a*. Duncan, 1889 (Loc. cit.). — *b*. Paraplégie complète; rétention puis incontinence d'urine et des fèces; collection séro-sanguine dans le dos; saillie de la deuxième apophyse épineuse lombaire. — *c*. Trente-six jours. — *d*. Ablation de l'épine

fracturée et des lames de la deuxième lombaire, puis de deux autres arcs. Il devient alors évident que toute la première lombaire était déplacée en avant d'environ 1 pouce. La moelle était à moitié détruite et était deux fois coudée à angle droit. Au-dessus de la partie lésée, elle fut détachée avec soin et reliée à la partie située au-dessous par trois fines sutures méningées au catgut, de façon à relâcher la partie lésée. Écoulement d'une petite quantité de liquide céphalo-rachidien. Opération difficile. — *e*. Abattement persistant après l'opération, mais en quelques heures, la température et le pouls redeviennent normaux. Le lendemain, le tube à drainage, par lequel s'était fait un léger écoulement de liquide céphalo-rachidien, est enlevé. Le surlendemain, cet écoulement s'est encore fait très abondamment par le trajet du drain et entre les points de suture. Le dix-septième jour, quoique diminué, il continuait encore (environ deux onces par jour). Jamais de température. Pas d'amélioration des symptômes médullaires jusqu'au dix-septième jour. — *f*. Inconnu. — *g*. Luxation de la première vertèbre lombaire; fracture de la deuxième.

56. — *a*. Péan, 1889 (in Hart. *Brit. Med. Journ.*, 1889, vol. I, p. 672). — *b*. Morsure de cheval dans le dos; en apparence, simple pincement de la peau. Au bout de quelques jours, des symptômes médullaires se montrent graduellement; paralysie complète des membres inférieurs; rétention d'urine; vive douleur dans le dos; proéminence de la sixième et dépression des septième et huitième apophyses épineuses dorsales. — *d*. Mise à nu des arcs brisés comminutivement; ablation de dix fragments implantés dans la moelle. — *f*. Guérison presque complète. — *g*. Région dorsale moyenne; fracture d'arcs postérieurs par cause directe.

57. — *a*. Allingham, 1888 (Two cases of fracture of the spine, treated by trephining, Med. Soc. of London, 8 avril, et *Brit. Med. Journ.*, avril 1889, vol. I, p. 838). — *b*. Paralysie au-dessous de l'appendice xyphoïde. Aggravation progressive des symptômes. — *d*. Ablation au davier des lames et des apophyses épineuses des cinquième, sixième et septième vertèbres. — *e*. Le niveau de la paralysie descend jusqu'à l'ombilic. — *f*. Amélioration. — *g*. Lames de la sixième dorsale.

58. — *a*. Allingham, 1888 (Loc. cit.). — *b*. Paralysie remontant jusqu'à 7 pouces au-dessus de l'ombilic. — *c*. Six jours. — *d*. Ablation des apophyses épineuses et des lames des troisième, quatrième, cinquième et sixième dorsales. Ouverture de la dure-mère. — *e*. Guérison de la plaie en quatorze jours, sauf au niveau du tube à drainage. — *f*. Mort au bout de sept mois de cystite et d'eschares. — *g*. Région dorsale moyenne. Moelle presque entièrement divisée, les deux extrémités se terminant en pointe.

59. — *a*. Dawbarn, 1889 (A succesful case of spinal resection, *New-York Med. Journ.*, June 29 th, 89, p. 711, et *Rev. Hayem*, 1889, t. XXXIV, fasc. II, p. 640). — *b*. Paraplégie complète, commençant quelques pouces au-dessous des côtes; défécation involontaire; rétention d'urine; incontinence par regorgement; cystite, anesthésie jusqu'à l'ombilic excepté sur les orteils où persiste une sensibilité légère; saillie en arrière de la douzième apophyse épineuse dorsale; dépression et déplacement à gauche de la onzième; pas d'amélioration. — *c*. Six mois. — *d*. Ablation des arcs dixième, onzième et douzième dorsales; dure-mère non ouverte; la moelle était coudée à un angle de 15 degrés; pansement antiseptique. — *e*. Plaie bientôt guérie; au bout de dix semaines, puissance plus grande sur le rectum et la vessie. Quelques mouvements des couturiers. Les muscles de la jambe répondent plus vite à l'électricité. — *f*. Amélioration légère. — *g*. Fracture des onzième et douzième dorsales.

60. — *a*. Thornburn, 1886 (Fracture of fifth cervical vertebra. Paralysis below biceps nucleus on right side and pronation nucleus on left. Trephining. Death, in *A Contribution to the Surgery of the spinal cord*, London 1889, p. 17). — *b*. Homme, trente-trois ans. A la suite de la chute sur la nuque d'un poids considérable, paralysie complète, motrice et sensitive, des membres inférieurs et du tronc; respiration diaphragmatique; le membre supérieur gauche était en adduction, et l'avant-bras appuyant sur le creux épigastrique; le seul mouvement possible était la flexion du coude, par contraction du biceps. Du côté droit, pas de position fixe; flexion du coude, et adduction du bras possible; ainsi qu'un peu d'abduction du bras, de supination et de pronation du poignet. La sensibilité était mieux conservée sur le côté externe du membre supérieur gauche, que sur le reste de ce membre. La main était complètement anesthésiée, sauf sur son bord externe et à la racine du pouce. Anesthésie plus complète du membre supérieur droit. Réflexes plantaire, crémastérien et rotulien absents. Les fentes palpébrales et les pupilles étaient petites, et ces dernières ne se dilataient pas par pincement de la peau du cou. Rétention d'urine avec une urine normale. Ulcérations suppurantes des pieds (dues, sans doute, à l'usage des boules d'eau chaude), ainsi que des cuisses et de l'abdomen (dues aux fomentations de térébenthine). — *c*. Cinq jours. — *d*. Tête pendante en dehors de la table. Incision médiane; décollement et réclinaison des parties molles accompagnées d'une hémorrhagie vite arrêtée. On trouva bientôt que la septième apophyse épineuse cervicale était mobile; on put l'enlever sans peine, avec un fragment de lame. Il fut alors évident que la lame droite de la sixième cervicale était fracturée. Avec une scie de Hey et une pince à os, la lame gauche fut divisée et toute la partie postérieure de l'arc enlevée. La partie de la dure-mère exposée était normale, et n'avait sûrement pas été comprimée. Drainage; pansement à l'ouate de bois. Un moment, pendant l'opération, la respiration manqua, on dut mettre le malade sur le dos et faire la respiration artificielle. — *e*. Pas d'amélioration. Le soir, 100 degrés Farenkeit; le lendemain matin, 103°8; le lendemain soir, 99°4; le deuxième jour, 98 degrés. Mort dans le coma. — *f*. Mort en quarante-huit heures. — *g*. Le corps de la cinquième cervicale était complètement écrasé et rejeté en arrière, comprimant la moelle. Parmi les muscles de la sixième racine, étaient les adducteurs du bras et les pronateurs du poignet avaient échappé à la paralysie, sans doute à cause de la haute position de leurs noyaux médullaires.

61. — *a*. Thornburn, 1887 (Dislocation of fifth cervical vertebra. Complete paralysis of right upper limb, paralysis below fifth root nuclei on left, Trephining. Death, in *Idem*, p. 20). — *b*. Homme, trente-huit ans. Tombé de wagon sur les épaules et la tête. Le lendemain, légère courbure en arrière des vertèbres cervicales, sans déviation latérale; paralysie complète des membres inférieurs, de l'abdomen, du thorax; respiration diaphragmatique, avec sensation subjective de dyspnée et de besoin de toux. Membre supérieur gauche en adduction, avant-bras fléchi et main sur le sein droit. De ce côté, subsistait la contractilité des sus et sous-scapulaires, biceps, deltoïde, long supinateur. Du côté droit, tous les muscles étaient paralysés et le membre pendant. L'anesthésie s'étendait jusqu'à la troisième côte en avant et la sixième épine cervicale en arrière. Mais à droite, la sensibilité était conservée dans la région du deltoïde; à gauche, une zone de sensibilité s'étendait le long du bord extérieur du membre jusqu'à la racine du pouce, devenant là très vague. Pas d'hyperesthésie annexe; réflexes absents; rétention d'urine. — *c*. Vingt-quatre heures. — *d*. Incision verticale de 4 pouces ayant son centre au niveau de la cinquième apophyse cervicale. Les muscles détachés, intervalle d'un quart de pouce entre les cinquième et sixième épines, la cinquième vertèbre paraissant un peu déplacée en avant. Les lames des cinquième et sixième furent enlevées avec une pince à os et l'on vit à nu la dure-mère normale. Elle ne fut pas ouverte; suture des muscles au catgut; drainage. — *e*. Le lendemain matin, 103°4; dans l'après-midi, aggravation rapide. — *f*. Mort en douze heures. — *g*. Rupture du disque entre les cinquième et sixième cervicales. L'os sus-jacent faisait une légère saillie en avant; pas de fracture; dure-mère intacte, mais moelle aplatie vis-à-vis du trauma et très contusionnée, dans l'étendue de 1 pouce environ au-dessus et au-dessous avec hémorrhagies dans le canal central. Luxation entre les première et deuxième pièces du sternum; congestion pulmonaire. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 10 septembre 1890, ont été inscrits à la suite du tableau d'avancement, au grade de médecin principal de deuxième classe, établi pour 1890 :

MM. les médecins-majors de première classe Annequin et Rouflay.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Desruelles (de Paris), Dumenil (de Rouen), Valette (de Montpellier).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'asepsie. La stérilisation et la désinfection par la chaleur, applications à la chirurgie, à l'obstétrique et à la médecine, par le docteur C. Vinay, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin de l'Hôtel-Dieu. 1 vol. in-18 jésus de 526 pages avec 74 figures, cartonné. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Villes d'eaux de l'étranger. Tome Ier : *Espagne, Portugal, Italie*; tome II : *Allemagne, Angleterre, Autriche, Belgique, Suisse*, par J.-L. Macquarie, avec la collaboration de MM. les médecins, chimistes et ingénieurs hydrologues de la France et de l'étranger. 2 vol. cart. avec une carte générale des stations thermales de l'Europe. — Prix de chaque volume : 5 francs. — Paris, E. Dentu.

Plages et stations hivernales de la France, par J.-L. Macquarie, avec la collaboration de MM. les médecins, chimistes et ingénieurs hydrologues de la France. 6e édition, 1 vol. in-8°, cartonné. — Prix : 5 francs. — Paris, E. Dentu.

Recherches biologiques sur l'excrétion urinaire aux différents âges de la vie, étude de la toxicité urinaire, par le docteur Marius Banal. In-8°. — Prix : 4 francs. — Montpellier, C. Coulet; Paris, G. Masson.

Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de première classe, avec une introduction par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. 1 vol. in-18 de 308 pages, cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Du vertige cardio-vasculaire ou du vertige des artério-scléreux, par le professeur Grasset. Leçons recueillies et publiées par le docteur G. Rauzier, chef de clinique médicale. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Montpellier, C. Coulet; Paris, G. Masson.

Traitement de l'érysipèle de la face par l'aconitine cristallisée, par le docteur Florentin Bourbon. In-8°. — Prix : 2 fr. — Paris, G. Masson.

Grippe et aliénation mentale, par le professeur Mairet. In-8°. — Prix : 1 franc. — Montpellier, C. Coulet; Paris, G. Masson.

Des troubles musculaires du strabisme concomitant, par le docteur Louis A. de Paula. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Henri Jouve.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

73

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude ...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / Arséniate » / Phosphate » / Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

46

NI GASTRALGIES, NI ENTÉRALGIES!

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé.	0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . .	0 20
Extrait de salsepareille	0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, BORDEAUX, et phies.

101

SPA POUHON PIERRE-LE-GRAND

Source communale, la meilleure eau ferrugineuse connue depuis des siècles. — *Exiger le sceau de la Ville.* — En vente dans toutes les Pharmacies.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dépt Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

96

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

Exiger la source du **Pavillon.**

16

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

29

PERLES DU Dr CLERTAN

Procédé approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

a. **Perles de Créosote du Dr Clertan.** — 0,05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

b. **Perles de Gaïacol de Clertan.** — 0,05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

c. **Perles d'Iodoforme de Clertan.** — 0.05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 3 fr. 50 le flacon de 30.

d. **Perles de Terpinol de Clertan.** — 0,30 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

52

KOLA-MIDY

ELIXIR VINEUX à l'extrait complet de NOIX DE KOLA

Les propriétés remarquables de la **Noix de Kola** *ont été mises en lumière dans des discussions retentissantes à l'Académie de médecine* (avril et mai 1890).

Le **"KOLA-MIDY"** contient, sous une forme agréable, tous les principes actifs de la **Noix de Kola** (*caféine, théobromine, tannin* et *rouge de Kola*) retirés par un procédé spécial. Il convient surtout dans les **convalescences longues et difficiles, l'anémie,** la **chlorose,** l'**albuminurie,** la **phosphaturie,** les **diarrhées rebelles,** dans le **surmenage physique et intellectuel.**

Le **KOLA** est avant tout un *médicament d'épargne,* un *anti-déperditeur,* en même temps qu'un *excitant* de la *nutrition générale* et un *modificateur* de la *circulation.*

ADULTES : 2 à 4 verres à madère par jour.
ENFANTS : 1 à 4 cuillerées par jour.

Flacon, **4 fr. 50.**— Pharmacie MIDY, 113, faub. St-Honoré; Phie LOGEAIS, 37, avenue Marceau.

66

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis plus de trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays contre les diverses **Maladies du cœur. Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes,** enfin dans tous les **troubles de la circulation.**

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

41

Véritable ferrugineux assimilable

PEPTONATE DE FER ROBIN

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Seul présenté à l'Académie par BERTHELOT en 1885. *Chloro-anémie, dyspepsie.* — 10 à 20 gttes pr repas.

VIN ROBIN, 1 cuillerée par repas.
DRAGÉES ROBIN, 2 à 3 par repas.

GROS : Paris, 7, r. de Jouy. — DÉTAIL : Ttes phies.

13

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds,* on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.**—Dépt VERNE, phien, Grenoble (France), et ds les princip. phies de France et de l'Étranger.

41

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

42

SIROP POLYPHOSPHATÉ, ÉLIXIR POLYPHOSPHATÉ

VIN LOGEAIS POLYPHOSPHATÉ

aux PHOSPHATES de POTASSE et de SOUDE et à la NOIX de KOLA.

Un verre à liqueur représente 0,70 centigr. de phosphates combinés.

Réparateur des Os, des Muscles, du Sang. Paris, 37, avenue Marceau, et toutes pharmacies.

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses,* des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

69

PEPTO-SANTAL VICARIO

le meilleur spécifique

contre la BLENNORRHAGIE

ET LES MALADIES DES

VOIES URINAIRES

Phie VICARIO, 13, boulevard Haussmann, Paris.

29

L'EAU DE LÈCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée,* diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

42

LE VÉRITABLE THAPSIA

doit porter les Signatures

Ch. Le Perdriel *Reboulleau*

Veuillez les exiger pour éviter les accidents.

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans ttes Phies. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

N° 106. — MARDI 16 SEPTEMBRE 1890. 63e ANNÉE. MARDI 16 SEPTEMBRE 1890. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. J. VOISIN.

Les persécutés (1) : Idées de persécution chez une débile hystérique (persécutée persécutrice).

(Leçon recueillie par M. A. GUIBERT, interne du service.)

II

Mme B... est venue me trouver, se plaignant de son fils, cause de tous ses tourments. Si elle « souffre dans le ventre, aux mains, à la gorge, si elle a vu une figure hideuse, elle en est sûre, c'est son fils qui lui envoie tout cela ». Mais d'ailleurs, toute sa vie n'a été qu'une longue suite d'ennuis. Ainsi on l'a confiée à une nourrice qui, dix-huit mois plus tard, la retournait à sa famille « dans un état épouvantable ». Ses parents ont envoyé leurs autres enfants en classe bien plus longtemps qu'elle ; fillette, lorsqu'elle fut atteinte de la scarlatine, on n'a pas demandé le médecin pour la soigner, tandis qu'on le faisait venir pour ses frères et sœurs. Sa mère la nourrissait mal et, de plus, la rouait de coups. En somme, vous avez sous les yeux un beau type de ces *malheureuses incomprises* qui font encore plus souffrir ceux avec qui elles vivent qu'elles ne souffrent elles-mêmes.

Pour quiconque a l'habitude de ces malades, ce que je viens d'en dire suffit pour porter le diagnostic d'idées de persécution chez une débile hystérique, car c'est presque toujours le même thème, avec les mêmes expressions, que vous leur entendrez développer. D'ailleurs, il est aisé de confirmer ce que j'avance. La sensibilité à la piqûre est moins développée à gauche qu'à droite, il existe des points douloureux au niveau des ovaires et sous les seins. Anesthésie pharyngée ; léger rétrécissement du champ visuel des deux côtés. Avec ces stigmates, nul doute que nous n'ayons affaire à une hystérique. Un coup d'œil, jeté sur son passé, nous montrera aussi qu'elle appartient à la classe des héréditaires. Son père, bizarre de caractère, se mettait fréquemment en colère ; sa mère serait méchante, s'il faut l'en croire ; elle est israélite, or vous savez combien sont fréquents chez les sémites les troubles nerveux et mentaux. Un de ses frères est mort à trente ans, phthisique ; les deux autres sont morts plus jeunes.

Elle a eu trois enfants. Au cours de sa première grossesse, elle est tombée évanouie deux fois, avec perte complète de connaissance ; après son premier accouchement, la vue de quelques gouttes de sang au doigt de son enfant lui occasionna une telle peur que, de nouveau, elle perdit connaissance ; elle nous raconte, à ce propos, une histoire d'envie qui nous donne la mesure de sa culture intellectuelle. Quatre ans plus tard, elle a une attaque de manie, courant, chantant continuellement ; elle n'avait qu'une pensée, se jeter à la Seine. Cet état a duré trois mois. Longtemps après, les nuits étaient encore agitées ; ne pouvant dormir, elle déplaçait continuellement les objets dans sa chambre, sentant le besoin de tout détruire, de tout brûler, parce qu'elle ne *voulait pas qu'on pût hériter à sa mort*. J'attire tout particulièrement votre attention sur ce point, qui nous montre la persécutée devenue persécutrice. J'aurai, d'ailleurs, occasion d'y revenir. Notons, enfin, que Mme B... a tenté de s'asphyxier avec du charbon. Il y a six ans, lors de la ménopause, elle a éprouvé de fréquentes bouffées de chaleur, avec sensation de boule à la gorge ; elle ne pouvait travailler et était en proie à la tristesse. Ces phénomènes nous démontrent une fois de plus que nous avons affaire à une hystérique.

Mais nous pourrions avoir un délire de persécution vrai chez une hystérique, comme c'était le cas dans la précédente leçon. Ce qui nous démontre qu'il n'en est pas ainsi, c'est que vous n'avez pas là cette *systématisation* sur laquelle j'ai insisté l'autre jour, et surtout, point capital, c'est que vous n'avez pas d'hallucinations de l'ouïe ? Notre malade n'entend pas son fils, elle le voit, elle « a dans l'idée qu'il lui en veut ». Et, à ce propos, laissez-moi vous parler du rapport du délire avec les hallucinations. Pourquoi le persécuté vrai a-t-il des hallucinations de l'ouïe, pourquoi le persécuté persécuteur n'en a-t-il pas ? pourquoi l'hystérique persécuté a-t-il des hallucinations de la vue ? Cela m'oblige à vous donner la théorie des hallucinations. On peut ramener à quatre toutes les théories émises pour expliquer ce phénomène si intéressant : 1° la théorie d'après laquelle les hallucinations partiraient des appareils sensoriaux périphériques (Erasme Darwin, Foville, Michea). Cette impression, tout extérieure, serait la cause d'une sensation subjective consécutive. Qu'il suffise, pour montrer

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 953.

l'insuffisance de cette théorie, de rappeler les hallucinations que l'on trouve chez les amputés; 2° la théorie de l'origine intellectuelle (Esquirol, Leuret, Lelut, Falret, etc.), l'hallucination serait la transformation d'une pensée en sensation; cette théorie n'explique pas tous les cas, souvent les hallucinations n'ont aucun rapport avec le cours physiologique ou pathologique des idées; 3° la théorie mixte ou psycho-sensorielle (Müller, Griesinger, Baillarger, etc.), celle-là, à la vérité, explique tout, mais comme le fait justement remarquer Tamburini, elle pèche par indétermination, parce qu'elle donne une localisation trop étendue et ne tient pas compte des progrès de la physiologie cérébrale; 4° enfin la quatrième théorie à laquelle se rattache Tamburini, et que l'on accepte de plus en plus, c'est celle qui place l'origine des hallucinations dans les centres sensoriels. Une excitation de ce centre est accompagnée d'un double courant, l'un centrifuge, l'autre centripète; le premier se portant à la périphérie de l'organe, tandis que le second gagne le centre de l'idéation. Et ces centres sensoriels se trouvent dans l'écorce cérébrale elle-même. Mais je reviens à ma question : pourquoi le persécuté vrai a-t-il des hallucinations de l'ouïe que l'on ne trouve pas chez le persécuteur? C'est parce que, chez le premier, il existe, au début, des idées auditives de persécution qui, plus tard, se transforment en hallucinations, pendant que, chez le second, les mêmes idées font défaut et que, chez les hystériques, elles peuvent même être remplacées par des idées visuelles.

En un mot, c'est le centre auditif sensoriel qui est malade chez le persécuté vrai, et le centre sensoriel visuel chez l'hystérique. Quant au dégénéré héréditaire persécuté persécuteur, il n'y a pas chez lui de lésions des centres sensoriels, le trouble est purement psychique; d'emblée, il se croit supérieur, et a foi en son idée. De là à se croire lésé, et en butte à la malveillance, il n'y a pas loin. Quelle est la cause qui met en éréthisme les centres sensoriels, auditifs et visuels? Elle nous est inconnue. Mais continuons l'examen de notre malade.

Je vous l'ai montrée brisant tout chez elle, pour que personne ne pût hériter à sa mort; je vous ai dit que cela nous indiquait la persécutée devenue persécutrice. Aujourd'hui, en effet, elle ne cesse de me demander un certificat pour constater qu'elle est malade, afin d'être autorisée à poursuivre son fils qui ne s'en occupe pas et la délaisse. J'ai beau lui représenter que, si ce dernier est dans la situation qu'elle nous décrit, elle doit d'abord lui faire quelques observations: c'est peine perdue, il lui faut les tribunaux.

Ce changement de caractère s'est brusquement produit chez elle à la suite d'un accident qui aurait pu être grave: elle a été, au mois de décembre dernier, renversée par un omnibus; elle accuse, cela va sans dire, le cocher de mauvaises intentions à son endroit, et c'est à partir de ce moment qu'elle est décidée à se venger de tous ceux qui lui en veulent, et c'est à partir de cette époque que les signes d'hystérie s'accentuent.

Maintenant, je vous le demande, allez-vous classer cette malade parmi les persécutés de Lasègue? pouvez-vous l'assimiler à cette autre que je vous ai présentée dans la dernière conférence?

D'un côté, nous avons les hallucinations de l'ouïe, de l'autre, elles font défaut; dans le premier cas, il y a une systématisation que l'on ne retrouve pas dans le second; la manière de se présenter des deux malades est complètement différente, ce n'est que par un long et délicat interrogatoire que nous connaissons tous les tourments de la véritable persécutée; la débile hystérique, qui ne nous connaît pas, nous tient immédiatement au courant de ses chagrins maternels; pas de néologismes dans sa conversation, elle ne change point de domicile constamment. Les deux malades ont des ennemis : voilà leur seul point de commun; l'une se vengera peut-être; l'autre n'a pas d'autre but, c'est sa seule pensée, elle fera condamner son fils.

Je vous le répète, je ne puis pas identifier ces deux cas, je n'en puis faire deux formes différentes d'une même maladie.

Et si l'on veut prendre pour type le délire de Lasègue, et l'on a raison de le prendre, nous dirons que la malade que vous venez de voir est une débile hystérique avec idées de persécution. Cette même distinction que j'établis aujourd'hui, vous la verrez encore plus frappante chez la malade que je dois vous présenter, chez qui la grippe a été l'agent provocateur du délire.

LE TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE DU DIABÈTE

Par le docteur A. Rémond (de Metz).

Quelle que soit la valeur des expériences tentées jusqu'ici par les physiologistes pour surprendre le mécanisme pathogénique du diabète, il ne semble pas que la thérapeutique ait pu tirer grand profit des résultats obtenus. Les glycosuries provoquées par la piqûre du quatrième ventricule, par le curare, par l'oxyde de carbone, par la phloridzyne, ne sont que des phénomènes d'ordre transitoire, et qui n'ont rien de commun avec le diabète vrai. L'ablation du pancréas donne, dit-on, lieu à une affection qui rappelle de plus près certaines formes cliniques de la maladie qui nous occupe. Mais malgré les espérances que chacune de ces découvertes a successivement fait naître, on en est encore réduit, dans le traitement du diabète, lorsque l'on veut obtenir un résultat thérapeutique, à ne compter que sur l'empirisme pur.

C'est donc en se basant sur des considérations purement empiriques, que le professeur Naunyn (1) [de Strasbourg] a tout récemment indiqué un mode de traitement du diabète qui repose sur une classification vraiment ingénieuse des malades.

L'auteur distingue, en effet, trois groupes de diabétiques, d'après la façon dont ils se comportent vis-à-vis d'une nourriture exclusivement composée de viande, à la dose minima de 300 grammes par jour. C'est ainsi que l'on devra considérer comme diabètes graves les cas dans lesquels le sucre ne disparaît *jamais complètement* de l'urine, quelle que soit la rigueur du régime carné. Un jeûne absolu fait, à la vérité, cesser l'élimination du sucre, mais cette élimination se rétablit sitôt que l'on arrive à donner une *ration de viande suffisante*.

Les cas moyens seront ceux dans lesquels, malgré la gravité apparente des symptômes, le sucre disparaît complètement de l'urine, qui retrouve sa quantité et sa densité normales, au bout de quinze jours, au maximum, d'un régime exclusivement composé de viande. Cette améliora-

(1) Naunyn. *Sammlung Klin. Vortrage, R. V. Volkmann*, n° 349-350. décembre 1889.

tion est précédée, au début du traitement, par une aggravation de l'état général et par l'apparition ou l'accentuation dans les urines de la réaction du perchlorure de fer. Cette réaction constitue, par son intensité, un moyen de juger le peu de résistance du sujet. Si elle dépasse un certain degré, on doit suspendre le régime exclusivement carné, sous peine de voir apparaître le coma.

Enfin le diabète léger sera caractérisé par ce fait que le sucre disparaît rapidement et complètement de l'urine au bout de quelques jours d'un régime rigoureux.

Lorsque l'on est ainsi arrivé à déterminer exactement dans quelle catégorie il faut faire rentrer le malade en présence duquel on se trouve, il faut chercher, si le sucre a disparu complètement de ses urines, à l'habituer graduellement à une dose de viande un peu plus forte, puis aux œufs, au lait et au pain, sans que, à aucun moment, le sucre ne reparaisse. Dans les cas graves, on ne devra pas laisser la quantité de sucre éliminée dépasser de 100 à 150 grammes par jour et on arrivera ainsi à maintenir les malades dans un état bien plus satisfaisant que ne le comporterait leur maladie, si elle était abandonnée à elle-même; ils mourront dans le coma, plus facilement peut-être que d'autres qui n'auraient pas suivi ce régime carné, mais leur existence aura été certainement prolongée et rendue plus tolérable pendant toute sa durée. Dans les cas moyens, où l'on ne peut permettre au malade la moindre infraction à un régime carné, sans voir réapparaître le sucre et cela après plusieurs tentatives, il faudra se résigner à voir s'établir une élimination minima de 30 à 50 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures, mais il faudra être suffisamment sévère pour ne pas permettre à cette dose de subir des accroissements qui pourraient, dans la suite, passer à l'état de règle.

Dans les cas légers enfin, lorsque, après un régime carné rigoureux de quelques jours, le malade, qui aura d'abord légèrement maigri, se reprendra à engraisser, on lui permettra peu à peu de faire entrer dans son alimentation les différentes substances qui sont comprises dans la liste des aliments que l'on permet, en général, aux malades atteints de diabète.

Mais il faudra procéder avec précaution et avec patience; il ne faudra tolérer chaque accroissement du nombre des substances permises que lorsque l'absence prolongée de sucre dans l'urine aura montré que les aliments, précédemment autorisés, ne provoquaient aucun trouble dans l'assimilation.

Dans ces conditions, l'on pourra, comme nous l'avons dit, prolonger et améliorer l'existence de bien des malades; on pourra, en s'aidant en outre des cures à Vichy ou à Carlsbad, guérir réellement, et d'une façon durable, des malades légèrement atteints, il est vrai, mais qui, sans la rigueur du régime, auraient vu leur affection prendre rapidement les allures d'un diabète sérieux.

Comme nous le disions en commençant, cette classification est *purement* empirique; on ne fait appel, pour l'établir, à aucune donnée scientifique générale. Cependant, il nous a semblé que le critérium adopté par Naunyn n'était pas sans valeur, et qu'il y avait là un moyen relativement commode pour guider le médecin dans le traitement du diabète et pour le renseigner sur la valeur du pronostic qu'il est nécessaire de porter dans chaque cas particulier.

DE LA TRÉPANATION RACHIDIENNE (1)

Par A. Chipault, aide d'anatomie.

A. Trépanations pour traumatismes (*suite*).

62. — *a.* Thornburn (Diastasis in cervical region. Partial paralysis. Trephining. Death, in *A Contribution to the Surgery of the spinal cord*, p. 27). — *b.* Homme, trente-neuf ans, reçut sur la tête un ballot de 840 livres qui le renversa en arrière et envoya sa nuque frapper contre un wagon. Pas de perte de connaissance, paralysie immédiate du tronc et des membres. La nuque était très douloureuse; la cinquième cervicale ne pouvait être sentie, à cause de la saillie que faisaient les sixième et septième, avec une dépression entre elles. En appuyant sur la tête, douleurs dans cette région. Le malade était couché; ayant le bras droit dans l'abduction presque à angle droit, le coude complètement fléchi, le poignet en supination et la main sur le grand pectoral; le bras gauche était moins en abduction et le coude fléchi à peu près à angle droit, la main sur le côté droit du thorax. En somme, position caractéristique d'une lésion au-dessous de la cinquième racine. Mobilité légère des membres inférieurs; respiration abdominale; aux membres supérieurs, tous les muscles étaient paralysés sauf les sus et sous-épineux, biceps, brachial antérieur, deltoïde et long supinateur. Exagération des réflexes rotulien et plantaire; absence des crémastérien et abdominal. L'anesthésie remontait jusqu'au sixième nerf dorsal, et, au-dessus, la sensibilité était très défectueuse, jusqu'à la zone des branches descendantes du plexus cervical. Dans les membres supérieurs, la sensibilité ne descendait que jusqu'au-dessus du biceps, mais aussi un peu sur le bord externe du bras, de l'avant-bras, des mains. Sur les lignes bordant cette anesthésie, légère hyperesthésie. Pupilles et fissures palpébrales rétrécies; incontinence d'urine, pas de priapisme, pouls à 60 degrés, température normale. Le jour suivant urine légèrement alcaline. Le troisième jour, le poignet gauche était moins en supination, le bras gauche était un peu plus en abduction et le droit un peu moins, de sorte que les deux membres supérieurs avaient pris la même position; pouls 48 pulsations avec intermittences fréquentes. Le quatrième jour, les bras étaient plus rapprochés du corps et les coudes moins fléchis, de sorte que les mains reposaient près de l'ombilic. Sensibilité légère dans toute l'étendue des membres supérieurs; réflexe rotulien exagéré, plantaire normal; main gauche plus rouge et plus chaude que la droite. Le septième jour, les bras étaient étendus le long du corps; légère sensibilité des membres inférieurs; le réflexe rotulien droit avait disparu, et le gauche était notablement diminué: réflexe plantaire absent. Le treizième jour, plus de mouvements des membres supérieurs, qui devinrent, ainsi que l'abdomen, le siège de crampes très douloureuses. Le dix-septième jour, un peu plus de force dans les biceps et les deltoïdes ainsi que dans le triceps gauche; réflexes rotuliens exagérés. Le dix-neuvième jour, la force revint dans les longs et courts supinateurs. Il avait alors les mouvements suivants: abduction du coude, par le deltoïde; adduction par le grand pectoral et le sous-scapulaire; extension du bras par le triceps, très faiblement supination de l'avant-bras, la pronation ne se faisant que par l'action de la pesanteur, lors de rotation du bras; pupille gauche trouble, avec congestion des vaisseaux; rien du côté de la droite. Le vingt-sixième jour, il paraissait y avoir une légère action des pronateurs. Le trente-quatrième jour, contraction très nette de ces muscles; même légère tendance à fléchir les doigts des deux mains; crampes douloureuses bien moins intenses; membres inférieurs contracturés en chien de fusil. La cinquième semaine, fonds des yeux normaux; extension et flexion possibles des poignets; spasmes violents et douloureux des membres inférieurs à toute tentative de mouvement. A partir de ce moment, plus d'amélioration, et l'émaciation augmenta peu à peu. — *c.* Cinquante-sixième jour

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 809 et 969.

— *d.* Incision de 12 centimètres et demi de la troisième à la septième apophyse cervicale. Parties molles rejetées de chaque côté. La cinquième apophyse était fracturée et refoulée en avant, sa vertèbre légèrement tournée à gauche. Ablation de l'arc des cinquième et sixième vertèbres; la dure-mère apparut alors, unie et de couleur normale, mais comme légèrement repoussée en arrière; lavage au bichlorure; drain. L'homme recouché, sa tête fut soutenue par des sacs de sable. — *e.* Dans la soirée 99°8; le lendemain, la température était redevenue normale. Les bras étaient de nouveau dans la position caractéristique de l'abduction du bras et de flexion de l'avant-bras, mais l'adduction volontaire était toujours possible. Trois jours après, pansement; un peu de pus; ablation des points de suture; on laisse le tube à drainage. Le sixième jour, la température était toujours élevée; les bras pendaient le long du corps, les avant-bras étaient fléchis; le tout sans mouvement. La température s'éleva encore et le huitième jour, mort à midi. — *f.* Mort le huitième jour. — *g.* A l'autopsie, on constate que les cartilages entre la deuxième et la troisième, la troisième et la quatrième cervicales étaient luxés. Pas de fracture; les os, comprimés en avant, étaient revenus en position, laissant la moelle libre de compression. Les membranes spinales étaient très congestionnées, la moelle molle et diffluente, au niveau des quatrième, cinquième et sixième cervicales. Il semble que, quoique la lésion vertébrale la plus importante se trouvât au niveau de la troisième cervicale, la moelle était le plus gravement lésée par hématomyélie au niveau de la cinquième. En somme, lorsque le malade arriva, il avait une compression par hémorrhagie des noyaux de la sixième racine. Peu de temps après, il y eut une myélite et le lendemain se prenaient les supinateurs; le quatrième jour, le deltoïde; le onzième jour, les fléchisseurs du coude et les muscles fournis par la quatrième racine. Puis, sans doute, par résorption de l'hémorrhagie, les fonctions semblèrent revenir de haut en bas (muscles de la cinquième racine, puis adducteurs de l'humérus, extenseurs du coude, de l'avant-bras). Le seul point qui ne réponde pas à l'ordre de notre tableau est la paralysie continue des pronateurs; mais celle-ci est fort difficile à démontrer, et il n'est pas douteux que ce groupe de muscles n'ait recouvré quelque force à un moment donné. En dernier lieu, les extenseurs et fléchisseurs du poignet et des doigts, et les adducteurs du pouce reprirent un peu de force. La myélite reparut après l'opération, et les noyaux pris antérieurement se reprirent très vite.

63. — *a.* Thornburn, 1887 (Dislocation forwards of the second lumbar vertebra. Compression of the cauda equina. Trephining, in *A Contribution etc.*, p. 94). — *b.* Garçon, quinze ans. Au moment de l'accident, vive douleur à la partie inférieure du dos; paraplégie motrice et sensitive, qui s'améliora légèrement, car la neuvième semaine, le malade pouvait s'asseoir dans son lit. Incontinence d'urine, et, dès la troisième semaine, cystite; à partir de la sixième semaine, miction possible, mais très lente; constipation, mais pas de défécation involontaire. Entrée à l'hôpital, cinq mois après. Apophyse épineuse de la troisième lombaire saillante et un peu au-dessus et à gauche, autre saillie osseuse due probablement à l'apophyse transverse déplacée de la deuxième lombaire. Paralysie partielle des membres inférieurs; à la cuisse adduction surtout facile; au genou extension; dans les chevilles et les pieds aucun mouvement volontaire. Légères réactions au courant galvanique, mais non au faradique; absence des réflexes rotulien et plantaire; exagération du crémastérien; anesthésie des membres inférieurs, moins marquée à la face antérieure des cuisses et interne des jambes; sensibilité obtuse des parties du canal, du rectum. Le malade dit que la sensibilité est en partie revenue depuis l'accident. Priapisme; cystite. — *c.* Six mois. — *d.* Incision de quatre pouces, avec incision perpendiculaire à l'une des deux extrémités. On trouva un déplacement en avant de la partie du rachis supérieure à la troisième lombaire. La saillie notée à gauche était formée par l'apophyse articulaire de la troisième, dégagée par la luxation en avant de l'apophyse deuxième; l'apophyse épineuse de la deuxième fut enlevée et l'on vit, entre les deuxième et troisième, une brèche remplie de tissu cicatriciel. Une pince à os enleva l'arc de la deuxième, qui comprimait les membranes. Autour de celles-ci, un peu de tissu cicatriciel. Suture; drainage. — *e.* Cinq jours après, le malade constata que la sensation de froid dans les jambes avait disparu. Au bout d'une semaine, il sentait le courant faradique, qui faisait légèrement contracter les muscles antérieurs de la cuisse et les adducteurs. Après deux mois, les muscles de la cuisse étaient bien plus vigoureux; ceux de la jambe ne reprirent aucune force. La sensibilité augmenta un peu. Le troisième mois, il pouvait se lever et marcher en s'aidant d'une chaise. La sensibilité était à peu près normale, peut-être un peu moins vive à la partie externe qu'à l'interne de chaque jambe; réflexes superficiels très marqués; réflexe rotulien absent; très légère cystite. Le quatrième mois, marche avec une canne en traînant les pieds. Dix-huit mois après, l'opéré fut présenté à la Société médicale de Manchester. Il travaillait comme mineur et pouvait faire plusieurs milles à l'aide d'une canne, mais les muscles moteurs du pied et des orteils restaient paralysés et il y avait une contracture des muscles postérieurs de la jambe, obligeant le malade à avoir toujours les genoux fléchis. — *f.* Guérison presque complète. — *g.* Luxation oblique en avant de la deuxième lombaire.

64. — *a.* Thornburn, 1888 (Dislocation of last dorsal vertebra. Paraplegia Partial anesthæsia. Trephining, in *A Contribution to the Surgery etc.*, p. 131). — *b.* Homme vingt-huit ans. Chute d'un poids considérable sur la nuque; tuméfaction de la région dorsale inférieure; saillie en arrière et à gauche d'une apophyse transverse; paraplégie complète; pas de réflexes. Anesthésie des jambes remontant en avant jusqu'à 2 pouces au-dessus du genou, et plus bas en dehors et en dedans. Hyperalgie sur la face antérieure des jambes. Fèces involontaires et inconscientes. Le quatrième jour, eschare du talon, urine purulente, incontinence sans rétention. Le douzième jour, la sensibilité était revenue jusqu'au dessous de la rotule, mais était disparue à la face postérieure des cuisses. Le trente-septième jour, atrophie des membres inférieurs avec réaction de dégénérescence. Légère hyperesthésie et hyperalgie commençant environ à 1 pouce au-dessous de l'ombilic et descendant en bas et en avant jusqu'au-dessous de la rotule, en dedans jusqu'à moitié de la jambe, en dehors un peu plus haut. Anesthésie du périnée, du scrotum, de la partie intérieure de la région fessière; érections; fèces involontaires et inconscientes. Le malade pouvait retenir son urine deux heures, puis pissait sans le vouloir mais en se sentant. Le soixantième jour, crampes et douleurs dans les membres inférieurs. Le quatre-vingtième jour, légère contraction volontaire des muscles antérieurs de la cuisse. A partir de cette date, seulement, très légère amélioration de la sensibilité. — *c.* Cinq mois et demi. — *d.* Incision de 5 pouces sur le côté gauche de la ligne apophysaire; des deux extrémités, incisions à angle droit transversales. Le lambeau de peau est relevé. L'arc de la première lombaire étant enlevé, la dure-mère est mise à nu; elle paraissait saine, mais faisait en arrière une légère saillie. Entre la première lombaire et la douzième dorsale, elle était comprimée par une masse de tissu cicatriciel qui fut enlevée en même temps que l'arc de la douzième dorsale. Immédiatement au-dessus, la dure-mère battait légèrement, et un fragment d'os l'ayant pénétré, il s'écoula un peu de liquide cérébro-spinal. Le lambeau de peau fut replacé et suturé. — *e.* Le quatorzième jour, plaie guérie. Les muscles antérieurs de la cuisse paraissaient se contracter un peu davantage et l'anesthésie diminuer, mais ces modifications étaient lentes et faibles. Le malade, revu plusieurs mois après, était à peine amélioré. Un point assez important est la limite de l'anesthésie au-devant du membre inférieur au début. Elle indique que, de la région innervée par le crural antérieur et l'obturateur (troisième et quatrième racines lombaires), la partie inférieure est innervée par la racine inférieure. — *f.* État stationnaire. — *g.* Luxation entre la douzième dorsale et la première lombaire.

65. — *a*. Dandridge, 1889 (Surgical Interference in fractures of the spine, *Journ. of the Med. Amer. Assoc.*, 3 juillet 1889, et *Rev. Hayem*, 1889, t. XXXIV, fasc. II, p. 640). — *b*. Paraplégie; incontinence d'urine et des matières fécales. — *c*. Cinq mois. — *d*. Ablation des lames des dixième, onzième, douzième dorsales et première lombaire. — *e*. Persistance de la paraplégie. Amélioration des troubles vésico-intestinaux. — *f*. Guérison partielle. — *g*. Fracture dorso-lombaire.

66. — *a*. Decès, 1889 (Trépanation d'une vertèbre cervicale, Société médicale de Reims, 4 décembre 1889, *Union médicale du Nord-Est*, 1890, p. 34). — *b*. Femme trente-six ans. Flexion marquée du cou sur le thorax, parésie des bras et des jambes. Vint à l'hôpital cinq mois après. Sensibilité normale; affaiblissement de la motilité; saillie au niveau de la sixième cervicale, avec légère mobilité des lames. — *c*. Cinq mois (?). — *d*. Trépanation de la sixième cervicale. — *e*. Le lendemain, du côté droit, amélioration de la force musculaire. La main droite, qui donnait avant 24 pulsations, donne 30, plus tard 40; et la gauche qui, avant l'opération donnait 20, donne 30. — *f*. Amélioration. — *g*. Fracture ou luxation de la sixième cervicale.

67. — *a*. Jaboulay, 1889 (Trépanation de la colonne vertébrale dans les fractures indirectes du rachis. Société nationale de médecine de Lyon, 16 juin 1890, et *Lyon médical*, n° 22, 1890, t. LXIV, p. 265). — *b*. Homme vingt ans. Fracture de la sixième dorsale par chute sur la nuque. Paralysie remontant jusqu'au thorax. Rétention d'urine et paralysie intestinale. Subdélirium. Température 39°5. — *c*. Deux jours. — *d*. Ablation des cinquième, sixième et septième arcs dorsaux. L'incision de la dure-mère montra que du sang était épanché dans l'espace sous-arachnoïdien. Ouverture du feuillet viscéral de l'arachnoïde, qui laisse couler du sang pendant environ dix secondes, puis du liquide céphalo-rachidien pur et animé de petites pulsations, synchrones au pouls artériel. — *e*. Le malade survécut dix-huit jours, et mourut après avoir présenté du cheyne stokes. — *f*. Mort le dix-huitième jour. — *g*. Fracture de la sixième dorsale, moelle diffluente et ramollie à ce niveau.

68. — *a*. Jaboulay, 1890. — *b*. Femme trente-huit ans. Tombée d'un cinquième. Fracture dorso-lombaire; quatre mois après maigreur squelettique, œdème des membres inférieurs avec paraplégie sensitivo-motrice; eschare au sacrum; fracture de jambe au tiers inférieur non consolidée. — *c*. Quatre mois. — *d*. Ablation du douzième arc dorsal, première et deuxième lombaires. La brèche faite au canal vertébral permet de sentir un fragment qui est en avant vers les corps vertébraux et devait avant l'opération obstruer complètement la lumière, rapproché qu'il était de l'arc de la vertèbre sous-jacente. — *e*. Un mois après, l'œdème du membre inférieur avait disparu; la fracture de jambe s'était consolidée. — *f*. Mort le cinquième mois. — *g*. Fracture dorso-lombaire; moelle diffluente. Le fragment inférieur de la moelle était entouré d'environ 80 grammes de liquide céphalo-rachidien.

69. — *a*. Horsley, 1887 (Gowers and Horsley, A case of tumor of the spinal cord. Removal. Recovering. *Med. chir. Trans.* vol. LXXI, 1888, p. 400, texte et note). — *b*. Paralysie motrice et sensitive des membres inférieurs; parésie vésicale et rectale; cystite; saillie de la onzième apophyse dorsale. — *c*. Quelques jours. — *d*. Patient placé sur le côté; incision longitudinale; ablation de l'apophyse épineuse de la onzième dorsale; dure-mère saine, non ouverte, mais ponctionnée accidentellement, flot de liquide céphalo-rachidien normal, drainage. — *e*. Légère amélioration de la sensibilité, aucune de la paralysie; eschare et cystite guéries; plaie guérie en sept jours. — *f*. Guérison partielle. — *g*. Fracture de la onzième dorsale; hématomyélie.

70. — *a*. Horsley, 1887 (*Idem*). — *b*. Une fracture. — *c*. Plaie guérie.

71. — *a*. Horsley, 1888 (Chirurgie du système nerveux central. Spinal cases treated by the author. Congrès de Berlin, 1890). — *b*. Homme trente-huit ans. Paraplégie complète. — *c*. Six mois. — *d*. Trépanation, incision de la dure-mère. — *e*. Première intention. Statu quo. — *f*. Mort un an plus tard de néphrite.

72. — *a*. Horsley, 1888 (*Idem*). — *b*. Homme quarante-cinq ans. Paraplégie complète. — *c*. Cinq mois. — *d*. Trépanation, ouverture de la dure-mère. — *e*. Première intention. Retour d'un peu de sensibilité et de mouvement. — *f*. Mort sept mois après de calcul prostatique et de néphrite interstitielle.

73. — *a*. Horsley, 1888 (*Idem*). — *b*. Homme quarante et un ans. Paraplégie complète. — *c*. Un an. — *d*. Trépanation, incision dure-mérienne. — *e*. Première intention. Retour de la sensibilité et non du mouvement. — *f*. Amélioration.

74. — *a*. Horsley, 1889 (*Idem*). — *b*. Homme quarante-quatre ans. Paraplégie complète. — *c*. Deux ans. — *d*. Trépanation, incision de la dure-mère. — *e*. Première intention. Retour de la sensibilité et de quelque motilité. — *f*. Amélioration.

75. — *a*. Horsley, 1890 (*Idem*). — *b*. Homme dix-neuf ans. Douleur locale et épilepsie réflexe. — *c*. Cinq ans. — *d*. Trépanation, ouverture de la dure-mère. — *e*. Première intention. Disparition des symptômes locaux. Épilepsie stationnaire le quatrième mois. — *f*. Statu quo.

76. — *a*. Horsley, 1890 (*Idem*). — *b*. Homme trente-quatre ans. Paralysie complète. — *d*. Trépanation, ouverture dure-mérienne. — *e*. Première intention. — *f*. Statu quo.

B. Trépanations pour tumeurs.

1. — *a*. Reydellet (*Dictionnaire des Sciences médicales*, t. XXXIII, art. Moelle, p. 564, 1819). — *b*. Femme vingt-sept ans. A vingt-deux ans, pleurésie légère avec parésie du bras droit qui disparut bientôt. A vingt-cinq ans, sensation de froid, revenant par accès le long du rachis, puis douleurs très vives, surtout à la région lombaire. Les extrémités inférieures, quoique entièrement insensibles, avaient encore une force considérable, et la malade aurait pu marcher sans la violence de la douleur. Rétention d'urine et des fèces. Paralysie des muscles postérieurs de la cuisse. Il se fait au bas des reins un gonflement dont la pression augmente la douleur de la cuisse droite. La malade, en le frappant, éprouve la sensation d'un fluide aqueux remontant le long du rachis. — *c*. Deux ans. — *d*. On se décida à l'ouvrir, et il s'en échappa une grande quantité d'hydatides. Le doigt porté à l'intérieur fait reconnaître que le canal était ouvert et la moelle immédiatement à nu. — *e*. Le mieux obtenu par l'évacuation se maintint quelque temps. Il s'échappa encore du canal un certain nombre d'hydatides. Il ne se développa d'abord aucun symptôme alarmant, et ce n'est que longtemps après que la malade succomba à l'abondance de la suppuration. — *f*. Mort après un an. — *g*. Kyste hydatique.

2. — *a*. Athol Johnson, 1856 (Fatty tumour connected with the interior of the spinal canal of the sacrum. *Trans. Path. Soc.*, 1856-1857, vol. VIII, p. 16-28). — *b*. Enfant de dix mois, tumeur datant de la naissance, ayant recouvert peu à peu tout le sacrum. Crampes et contracture de la jambe droite. — *c*. Dix mois. — *d*. Ablation d'une masse conique extra-dure-mérienne. — *e*. Amélioration. Il sort de la dure-mère une deuxième tumeur, semblable à la première, au niveau de la première vertèbre sacrée, se développant surtout à droite et englobant les racines sacrées. Moelle refoulée en arrière et à gauche. — *f*. Mort de péritonite six semaines après l'opération. — *g*. Lipome congénital.

3. — *a*. Gowers et Horsley, 1887 (A case of tumor of the spinal cord. Removal. Recovering. *Medico chirurgical Transact.*, vol. LXXI, 1888, p. 377; cf. *Ein Fall von Rückenmarksgeschwülst mit Heilung durch Exstirpation übersetzt von B. Brandis*. Berlin, 1889). — *b*. Capit. G... quarante-deux ans. En 1884, à la suite d'une chute sur le dos, il y ressentit de vives douleurs qui disparurent en quelques semaines. En juin 1884, au-dessous de l'omoplate, nouvelle et vive douleur, qui apparut brusquement pendant une promenade et dura tout un mois, s'exagérant par les mouvements et la voiture.

Un médecin de Londres porta le diagnostic de névralgie intercostale. Voyage en Chine, où plusieurs médecins, croyant à un anévrysme, lui donnèrent de l'opium et de la digitale à haute dose; le pouls avait des irrégularités remarquables : 120 pulsations le matin et 75 le soir; crises épileptiformes; amélioration. Voyage dans le midi de la France et à Aix-la-Chapelle. En février et mars 1887, faiblesses dans les jambes, gauche, puis droite; en avril le malade ne pouvait plus se porter, la sensibilité des membres inférieurs s'émoussa; rétention d'urine. Il revint à Londres; son état indiquait alors une grave lésion médullaire, au niveau de la région dorsale; paralysie complète des membres inférieurs, disparition de tous les modes de sensibilité cutanée jusqu'à l'appendice xyphoïde; douleur en ceinture au niveau des sixième et septième nerfs intercostaux, s'exagérant à chaque mouvement; crampes toniques et cloniques des jambes et des cuisses, auxquelles prenaient part les muscles du tronc. Paralysie vésicale. L'urine retirée par cathétérisme contenait de l'albumine; rien du côté du rachis; viscères thoraciques normaux. Le diagnostic fut : tumeur bénigne intra-rachidienne, probablement latérale gauche. Gowers convoqua Horsley, qui vit le malade le 9 juin 1887. Celui-ci trouva un très léger épaississement sur la partie gauche de la sixième vertèbre dorsale. Sensation de faiblesse et de douleur dans cette région. L'anesthésie remontait à gauche jusqu'au cinquième, peut-être jusqu'au quatrième nerf intercostal; à droite jusqu'au cinquième espace intercostal. — *c.* Trois ans. — *d.* 9 juin 1887. Incision de la troisième à la septième apophyse épineuse; ouverture de l'arc de la cinquième dorsale avec une tréphine de trois quarts de pouce; ablation des quatrième, cinquième, sixième arcs; incision sur la ligne médiane du tissu graisseux qui recouvre la dure-mère; celle-ci était normale, mais un peu épaissie à gauche. Après son incision au bistouri sur la ligne médiane, la moelle apparut normale sur une étendue de 2 pouces, ainsi que les vaisseaux qui la recouvrent, la partie supérieure des sixièmes racines et la totalité des septièmes. L'exploration au doigt et avec une aiguille à anévrysme ne montra non plus rien de pathologique; l'ablation de deux autres arcs, l'un en haut, l'autre en bas, ne fit rien découvrir encore. Mais alors, l'ablation, à la partie supérieure, d'un nouvel arc et l'ouverture, à ce niveau, de la dure-mère, montra, dans la partie gauche de l'espace subdural, une tumeur ronde, foncée, de 3 millimètres de diamètre, accolée à la moelle et aux racines; c'était la partie inférieure d'un néoplasme que l'ablation d'un autre arc et la prolongation de l'incision dure-mérienne mirent complètement à nu. Il partait en bas des radicules supérieures de la quatrième racine dorsale, et remontait en haut jusqu'à la troisième à laquelle il adhérait par du tissu conjonctif, formé sans doute aux dépens de l'arachnoïde. La pie-mère et l'arachnoïde passaient sur la tumeur, en lui formant une sorte de capsule. Après incision de celle-ci, elle se laissa facilement séparer des parties profondes, sauf en bas, où on dut enlever avec une petite partie de la quatrième racine. Pendant l'extirpation elle se creva, il en sortit de la sérosité trouble, ce qui lui fit perdre les deux cinquièmes de son volume. La moelle avait évidemment beaucoup souffert de la compression, et pendant tout le temps où on l'eut sous les yeux, ne montra aucune tendance à reprendre sa place. L'hémorrhagie par les adhérences déchirées, assez abondante, s'arrêta après quelques minutes de compression avec une éponge. Lavage à l'acide phénique à 5 p. 100; rapprochement sans suture des bords de la dure-mère. Après quelques ligatures, suture à deux étages de la plaie au catgut, puis au crin; petit drain superficiel en bas; un profond en haut jusqu'à la dure-mère. — *e.* 10 juin, 1 heure du matin. Agitation, douleurs vives dans les cuisses et la vessie; l'urine s'écoule par le cathéter comme d'une vessie complètement paralysée. Neuf heures du matin, pansement, les drains, étant bouchés avec un caillot, sont lavés et replacés. Il s'écoule une assez grande quantité de liquide cérébro-spinal; tache rouge, surtout à gauche, au niveau du sacrum; trois jours après, une partie de cette tache prit une couleur livide, mais le tout disparut rapidement. 11 juin, le patient se plaint de douleurs très vives dans l'abdomen, la vessie, les membres inférieurs, surtout le gauche. Celui-ci est perpétuellement fléchi par des crampes, le droit moins souvent; urine 1024, très acide, sans albumine ni sucre. 12 juin, pansement, plaie réunie malgré que ses bords soient notablement rouges, ainsi que les points de suture. Cette rougeur paraît tenir à l'écoulement du liquide cérébro-spinal, qui continue (elle a été observée une autre fois par l'auteur dans les mêmes conditions). Disons, à ce propos, que la température, de 36°4 le lendemain de l'opération, n'a jamais dépassé 37°7. Le pouls, à 112 pulsations pendant les premiers jours, est rapidement revenu entre 90 et 100 pulsations; le petit drain est enlevé. 13 juin, une piqûre de morphine n'amenant de soulagement que pendant une demi-heure, on donne une potion de 15 grains de chloral et 90 de bromure de potassium, à prendre dans les vingt-quatre heures. Cette potion, à dose progressivement diminuée, fut maintenue jusqu'à la fin de septembre. Le cathétérisme, répété toutes les six heures, amène une crampe des muscles abdominaux; ce phénomène continua encore pendant deux mois. 14 juin, pansement; le malade rend pour la première fois, à deux reprises, un peu d'urine, non pas volontairement, mais spontanément. 15 juin, la sensibilité au contact revient, sauf du côté du pied gauche; cathétérisme pour la dernière fois le soir; à partir de ce jour le patient urine seul, à peu près dix fois en vingt-quatre heures, et chaque fois quatre onces en moyenne; le drain supérieur est enlevé. 16 juin, les crampes commencent à diminuer, surtout du côté gauche. Une assez grande quantité de liquide cérébro-spinal s'est écoulée par le trajet fistuleux du drain supérieur. 22 juin, mouvement volontaire de la hanche droite. 20 juillet, la motilité est revenue de haut en bas d'abord dans le membre droit, puis dans le gauche. L'écoulement de liquide céphalo-rachidien s'est arrêté à peu près six semaines après l'opération. 13 août, le patient peut se tourner sur les côtés; il urine et va à la selle volontairement; la motilité et la sensibilité des extrémités paralysées s'améliorent de plus en plus; les douleurs diminuent; cyphose légère; corset plâtré. 17 novembre, il peut se promener dans son jardin à l'aide de deux cannes et rester chaque jour une heure dehors. Les jambes et le dos sont encore faibles; quelques douleurs légères pendant la nuit; massage. 24 janvier 1888, la seule trace que l'opéré garde de sa maladie est une démarche un peu gênée. Il peut se promener pendant trois milles sans difficulté. La cicatrice est solide, et à la place du cinquième arc on sent une résistance presque osseuse. 6 juin. L'opéré peut se livrer à un travail journalier de seize heures qui exige de longues stations debout et des marches fréquentes. — *f.* Guérison. — *g.* Un fibro-myxome, avec une cavité kystique ouverte en bas et en dehors.

4. — *a.* Horsley, 1888 (Chirurgie du système nerveux central. Congrès de Berlin, 1890, loco citato). — *b.* Homme cinquante-deux ans. — *c.* Paralysie complète et crises douloureuses datant de six mois. — *d.* Ablation d'une tumeur recouvrant la dure-mère sur l'étendue de quatre arcs. — *f.* Mort de choc.

5. — *a.* Wright d'après Thornburn (Fibro-sarcoma of neck involving brachial plexus and invading spinal canal. Removal. Remission of spinal symptoms, p. 168). — *b.* Homme trente-huit ans. Depuis vingt ans avait une tumeur lentement croissante sur le côté gauche de son cou. En mai 1887, faiblesse du bras gauche, en août, de la jambe gauche; plus tard, du bras et de la jambe droite. Le 6 août 1888, jour de l'entrée à l'hôpital, tumeur du volume d'une orange, légèrement mobile, ferme et élastique, à la partie gauche de la nuque. La pression sur elle causait de la douleur dans la sphère du cubital; atrophie des muscles du membre supérieur gauche, surtout des fléchisseurs des doigts et des muscles intrinsèques de la main (main en griffe); anesthésie partielle sur le bord cubital de l'avant-bras et de la main; réflexes tendineux du poignet et du coude augmentés; parésie spasmodique du membre inférieur gauche; presque rien du côté droit; un peu de protusion de l'œil gauche. Malgré le traitement antisyphilitique, la paralysie spasmodique s'étendit au membre inférieur droit;

les contractures devinrent toniques ; les muscles du bras et de l'épaule gauche se prirent. — c. Vingt ans. — d. Le 21 août, ablation de la tumeur qui avait la forme et la grosseur d'un citron. Un diverticule, qui pénétrait par le troisième trou intervertébral, fut lié à sa base, et la plus grande masse du néoplasme enlevée. Une seconde tumeur, du volume d'un œuf, qui siégeait au-dessous de la première, fut aussi supprimée ; toutes deux étaient en connexion avec les cordons du plexus brachial. Le trou par lequel pénétrait l'excroissance rachidienne laissa passer une curette de Volkmann qui gratta avec soin et douceur ; pas d'hémorrhagie. — e. Plaie guérie le vingtième jour. Le lendemain de l'opération, les spasmes des muscles des membres inférieurs étaient notablement diminués, en même temps que la force de ces deux membres et du bras droit reparaissaient en partie, au point que le malade pouvait saisir un objet avec sa main. Du côté gauche, l'amélioration ne porta que sur les muscles de l'avant-bras. La troisième semaine le malade quitta l'hôpital. Peu de temps après, il pouvait marcher et se servir tout à fait de son membre supérieur droit. — f. Amélioration. — g. Fibrome, avec des parties sarcomateuses et myxomateuses.

6. — a. Sonnenburg, 1889 (Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. *Achtzehnter Congress in Berlin*, 24-27. April 1889, 3e sitzungstag. p. 86). — b. Sarcome à développement rapide, né du rachis et par irruption brusque dans le canal et compression de la moelle ayant produit une paralysie subite des jambes, de la vessie et du rectum. — d. Ablation des arcs des trois dernières dorsales. Au cours de l'opération, on reconnut qu'il était impossible d'enlever complètement la tumeur qui avait envahi au loin les muscles. La trépanation faite devant Horsley, le fut suivant le manuel et avec les instruments de cet auteur. — e. Le surlendemain, les très vives douleurs étaient améliorées ; la paralysie diminua peut-être un peu ; guérison rapide de la plaie opératoire ; mort en six semaines. — f. Mort. — g. Sarcome à évolution rapide.

7. — a. Bardeleben, 1889 in Virchow (Enchondrome der Wirbelsaüle. *Berlin. Med. Gesells.*, 16 et 30 octobre 1889 ; in *Berlin. Klin. Wochens.*, 4 et 18 novembre 1889, nos 44 et 46, p. 946 et 1004). — b. Homme soixante-cinq ans, qui s'aperçut, il y a huit ans, d'une tumeur grosse comme une noix placée à 7 centimètres du rachis, un travers de main au-dessous de l'omoplate. Elle augmenta de plus en plus, tant superficiellement que profondément. Depuis le commencement de l'année, le patient ne peut plus marcher ; depuis quatre ou cinq mois, paralysie vésicale. — c. Huit ans. — d. La tumeur qui avait 29 centimètres de long, fut enlevée par Berdeleben. Elle était adhérente au col des septième et huitième côtes et aux arcs vertébraux, dont elle dut être séparée au couteau. Elle pénétrait entre ces arcs et gagnait les apophyses épineuses. (La trépanation a-t-elle été faite ? La note histologique de Virchow ne l'indique pas.) — f. Mort en quelques heures. — g. Enchondrome lobulé. A l'autopsie, on trouva dans le canal un noyau isolé, en connexion avec la partie postérieure de la dure-mère et comprimant énergiquement la moelle.

8. — a. Pescarolo, 1889 (Congrès de Berlin, 1890, d'après *Mercredi médical*, no du 27 août, p. 417). — d. Ablation d'une tumeur qui, située sous la dure-mère, comprimait la moelle de la deuxième à la cinquième dorsale. — f. Succès.

— Par décrets, en date des 11 et 13 septembre 1890, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal : M. Barret.

Au grade de pharmacien de deuxième classe : M. Forgue.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 107. — JEUDI 18 SEPTEMBRE 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 18 SEPTEMBRE 1890. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Lorsqu'il y a deux mois environ, M. Lagneau a fait à l'Académie sa communication sur les causes de la dépopulation en France, M. Javal a aussitôt demandé la parole pour soumettre, au vote de ses collègues, une proposition que nous avons fait connaître à ce moment. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 745.)

L'honorable académicien est venu hier développer cette proposition et, dans une première partie, faire surtout la critique du travail de M. Lagneau. Nous attendrons la seconde partie de cette communication pour en donner le résumé. Mais on peut prévoir que l'importante étude de M. Lagneau va devenir le point de départ d'une intéressante discussion. A quelles conclusions pratiques aboutira-t-elle ? Voilà ce qu'il est plus difficile de préjuger. Il est même douteux malheureusement, malgré tout le désir qu'on en ait, qu'on trouve de sitôt un remède à ce mal social.

Au début de la séance, l'Académie a entendu une communication de M. Iscovesco (de Paris), sur le traitement des scrofuleux par le séjour au bord de la mer. D'après l'auteur, le traitement maritime serait loin de donner toujours de bons résultats. Puis, la parole a été donnée à M. Dujardin-Beaumetz, qui a fait connaître à l'Académie les principales conclusions de son rapport au conseil d'hygiène sur les mesures à prendre en cas d'épidémie cholérique. On trouvera au compte rendu ces conclusions. Nous signalerons, enfin, un rapport de M. Tillaux sur une curieuse observation présentée par M. Richelot. M. le rapporteur relève surtout, dans cette observation, ce point intéressant, qu'elle est une preuve de l'existence du canal de Nuck, qui a été niée par plusieurs auteurs, en particulier par M. Duplay. Il a également soulevé, à cette occasion, la question de la cure radicale des hernies, dont il se montre partisan, depuis que la méthode antiseptique a rendu ces opérations inoffensives.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Polaillon.

Hydrocèle enkystée du cordon; hernie concomitante; cure radicale.

Le nommé P... (Jean), maçon, âgé de cinquante ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, dans le service de notre maître, M. le docteur Polaillon.

Il porte une volumineuse tumeur inguino-scrotale droite qui s'est beaucoup accrue, depuis quelque temps, sans aucun phénomène grave.

Le malade a toujours été bien portant : rien dans les antécédents héréditaires : parents sans hernies, lui-même n'a rien eu du côté des bourses jusqu'à ces dernières années.

Il y a trois ans, à peu près, à la suite de fatigues répétées, le malade a vu apparaître, au niveau de la partie moyenne de son aine droite, une petite tumeur, bientôt du volume d'une noix, mollasse, réductible. Elle est peu à peu descendue, tout en grossissant, dans les bourses. Elle a subi, il y a peu de temps, un accroissement rapide. Le malade n'a jamais porté de bandage.

Actuellement, la tumeur inguino-scrotale présente une forme particulière. Elle est du volume du poing. Elle part du niveau de l'orifice externe du canal inguinal et porte un premier étranglement assez net à peu près à 3 centimètres au-dessous : puis, la tumeur, s'élargissant de nouveau, forme une grosse masse piriforme, à grosse extrémité en bas, séparée elle-même du fond des bourses par un deuxième étranglement. La tumeur est, en quelque sorte, trilobée, formant trois étages distincts.

A la palpation, la partie supérieure de la tumeur est mollasse, pâteuse, sonore à la percussion, réductible, sans gargouillements marqués à travers l'orifice inguinal très dilaté. La portion médiane, la plus volumineuse, est rénitente, tendue, irréductible à la pression, lisse, absolument mate. Elle n'est pas transparente. On ne peut arriver à délimiter les éléments du cordon.

Enfin au-dessous, le fond des bourses est occupé par le testicule, très reconnaissable, de volume normal, accessible de toutes parts : l'épididyme ne peut être localisé. Il n'y a pas de liquide dans la vaginale.

Du côté opposé, tout est normal.

Comme phénomènes fonctionnels, quelques tiraillements névralgiques revenant assez souvent dans le pli de l'aine et au niveau de la tumeur. Jamais de menace d'étranglement.

Une ponction aspiratrice est pratiquée au niveau de la partie mate de la tumeur : elle donne environ 300 grammes d'un liquide brunâtre, couleur café, contenant quelques débris de fausses membranes. Il a été examiné depuis, au microscope : pas de spermatozoïdes. Après cette évacuation, on sent nettement le testicule surmonté de l'épididyme qui fait corps avec la partie inférieure de la poche vidée et paraît un peu gros, mais non bosselé.

La partie supérieure de la tumeur ne s'est pas modifiée : la hernie s'arrête nettement au premier étranglement. C'est donc bien à une hydrocèle enkystée du cordon que l'on a affaire.

Cinq jours après l'entrée du malade, la cure radicale de la double lésion est pratiquée. Après antisepsie rigoureuse de la région, M. Polaillon incise la tumeur sur son grand diamètre, verticalement, à 2 centimètres au-dessous de l'anneau inguinal, sur une longueur de 7 à 8 centimètres. Le bistouri divise plusieurs couches de tissus lâches et arrive en haut sur le sac herniaire placé en dehors des éléments du cordon. Ce sac est infundibuliforme : il se continue directement par un pédicule très étroit, qui ne permet pas le reflux du liquide, avec la poche située au-dessous.

Ouverture du sac : réduction d'une petite hernie entéro-épiploïque non adhérente ; décortication et excision du sac, après double ligature au catgut placée aussi haut que possible dans le trajet inguinal.

L'incision est prolongée sur la poche liquide : elle est ouverte, donne le même liquide que nous avons signalé plus haut, mais plus foncé ; la paroi a 3 à 4 millimètres d'épaisseur et est tapissée de quelques fausses membranes. Elle repose sur l'épididyme qui est entouré de tissu conjonctif enflammé et induré. La vaginale ne communique pas avec la tumeur et ne contient aucun liquide.

Décortication de la paroi interne de la poche et excision d'une longue portion verticale de la poche. Lavages à la solution phéniquée forte. Sutures profondes et superficielles au fil d'argent. Drains. Pansement de Lister. Glace, opium, diète lactée.

Le malade a guéri, sans élévation de température, ni complication d'aucune sorte. A sa sortie de l'hôpital, il n'y avait, à l'anneau inguinal, aucune impulsion herniaire aux efforts ; au niveau de l'ancienne poche liquide, aucune trace de récidive ; cicatrice profonde solide.

Cette observation nous a paru surtout intéressante, parce qu'elle offre le tableau anatomo-pathologique et clinique aussi complet que possible de l'hydrocèle enkystée du cordon chez l'adulte. Les faits que l'on en a observés dans la science ne sont pas très rares. Dans tous les cas, les anomalies pré-existantes, dues évidemment à la présence du canal péritonéo-vaginal plus ou moins oblitéré, sont demeurées latentes pendant une période de temps remarquable et ce n'est qu'à un âge assez avancé que les malades sont venus réclamer des soins. Ce qui est aussi à noter, c'est la coexistence très fréquente de la hernie. Le malade a presque toujours vu la hernie apparaître d'abord et réveiller, dans les débris du trajet congénital, une activité qui se traduit par la formation de l'hydrocèle enkystée. On a incriminé le bandage : mais, le plus souvent, comme dans notre cas, le malade n'en portait pas, la hernie étant peu développée. Agit-elle en provoquant une légère irritation et en tendant à oblitérer l'orifice qui peut subsister entre le sac herniaire et la future poche kystique qui est sa continuité naturelle ? Expose-t-elle, par son accroissement de volume, le scrotum à des traumatismes plus répétés ? On ne saurait rien affirmer, et l'on doit se borner à citer le fait.

Ajoutons enfin que, dans ces conditions, l'hydrocèle enkystée du cordon a une tendance marquée à se transformer en hématocèle : ceci a été noté dans presque tous les cas. La surface interne de la poche devient tomenteuse : elle se tapisse de stratifications fibrineuses. La paroi s'épaissit très notablement. Enfin, fait important, au point de vue clinique, la transparence disparaît.

Le diagnostic peut alors devenir assez difficile. Nous ne parlerons pas des tumeurs solides du cordon, avec lesquelles on ne saurait confondre la lésion en question. C'est avec certaines hernies épiploïques adhérentes, que l'on pourrait plus facilement hésiter. On se basera sur les antécédents, la consistance particulière de la tumeur, sa transparence, si elle existe, son irréductibilité : enfin, la forme générale de la tumeur scrotale, qui est bien caractéristique pour le diagnostic de la lésion et de son origine congénitale. On ne confondra pas enfin avec une hydrocèle vaginale. Dans certains cas, comme dans le nôtre, le testicule était libre ; dans d'autres, l'épanchement peut communiquer avec la vaginale ; d'autres fois enfin, une volumineuse hydrocèle du cordon vient coiffer l'organe et une palpation attentive doit rétablir sa situation vraie. Ajoutons enfin, que l'on doit penser aux grands kystes spermatiques épididymaires qui n'ont, en somme, ni cette forme, ni ce siège, ni ces phénomènes concomitants, et où la ponction exploratrice fera le diagnostic.

Dans les cas simples où l'hydrocèle enkystée du cordon existe seule, on pourrait hésiter ou plutôt on a pu hésiter, entre la ponction iodée et la cure radicale. Dans les cas complexes, où l'on trouve hernie, hydrocèle enkystée et tendance à l'hématocèle, la cure radicale simultanée des deux lésions s'impose. Elle peut seule prévenir la récidive et les dangers de l'hématocèle et elle débarrasse le malade d'une hernie que son origine congénitale rend toujours plus dangereuse.

Albert Terson,
Interne des hôpitaux de Paris.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Quinquaud.

Les teignes : La teigne faveuse.

(Leçon recueillie par M. le docteur Paul Raymond.)

I

Les teignes appartiennent au groupe des affections mycosiques de la peau. Elles doivent être réduites au nombre de trois : la teigne faveuse, la teigne tricophytique, la teigne pelade constituent ainsi une triade inaugurée à l'hôpital Saint-Louis et dégagée de toutes les affections qui pouvaient la simuler, par Bazin, en 1853.

La première d'entre elles, la teigne faveuse ou favus, est une affection assez commune et, bien qu'elle tende à diminuer, on la rencontre encore assez fréquemment pour qu'il soit nécessaire de l'étudier avec le plus grand soin, car elle n'est pas aussi facile à reconnaître qu'on l'a dit. Ses modalités cliniques sont, en effet, si variées, que son diagnostic ne laisse pas d'être souvent très embarrassant. Elle se caractérise par la présence, au niveau des poils, de matière favique, en incrustation de couleur jaune soufre, mais se présentant sous l'une des trois formes suivantes : urcéolaire, scutiforme, squarreuse. Ces incrustations sont constituées par un mycélium et des spores, c'est-à-dire par des sortes de tubes plus ou moins allongés, qui contiennent, à leur intérieur, des spores. Lorsque l'on examine un favus qui se développe, on voit apparaître des filaments mycéliens, bosselés et segmentés. Dans certains de ces filaments, on ne voit que quelques granulations : dans d'autres, on trouve des sortes de petites masses plus ou moins rectangulaires. Ces deuxièmes tubes sont dits sporophores ; ce sont des organes de fructification que l'on oppose aux tubes mycéliens, proprement dits, dans lesquels on ne rencontre que des granulations. A mesure que les

spores se développent, elles deviennent globuleuses. L'ensemble de tous ces organes constitue le champignon du favus, l'Achorion Schœnleinii : leur enchevêtrement forme la matière favique qui est, non pas une croûte, comme on l'appelle à tort, mais une simple matière mycosique.

Le mot favus est employé pour la première fois par Ali Abbas : Guy de Chauliac ne fait que répéter l'enseignement du médecin arabe. Plus tard, Lorry distingue les fausses teignes, qui comprennent une foule d'affections du cuir chevelu, de la vraie teigne qui ne comprend que le favus. Alibert ne fait que confirmer la division de Lorry. En 1839, il se fait une véritable révolution dans la division des teignes. Schœnlein démontre que la matière favique n'est pas un produit inflammatoire, que c'est un parasite. Gruby établit de son côté, en 1841, qu'elle renferme un mycélium et des spores. Remak inocule, le premier, le favus et lui donne le nom d'Achorion Schœnleinii. Jusqu'à Bazin, en 1849, l'histoire des teignes fait peu de progrès. Vers 1853, Bazin développe la notion du parasitisme; il étudie les teignes cliniquement et, en 1857, il affirme que toutes les teignes sont parasitaires et qu'elles sont au nombre de trois. Depuis lors, des points de détail ont seuls été ajoutés à la description magistrale de Bazin. Ses idées ne sont toutefois pas admises sans conteste. Cazenave, Erasmus Wilson, plusieurs médecins allemands firent à ces doctrines une opposition formelle, mais les recherches ultérieures ont montré la justesse des vues de Bazin.

Le favus passe par trois périodes principales. Lorsqu'il se développe sur le cuir chevelu, on voit, dans une première période, survenir tout d'abord un prurit passager, peu intense, une légère démangeaison. Le premier signe objectif, véritable signe précurseur du favus est un érythème qui est tantôt diffus, ce qui est rare, tantôt, et le plus souvent, en forme de petites taches, de petits anneaux peu accentués. Après un temps très court, se développe une légère desquamation, un léger état pityriasique. A peine y a-t-il quelques squames fines sur la surface érythémateuse. En certains points, surviennent prématurément quelques petites pustulettes : c'est à ces endroits que va se développer le godet favique, lorsque les pustules se seront desséchées : la matière favique apparaîtra autour du poil lésé. C'est alors la deuxième phase de l'évolution du favus.

Dès l'apparition de la matière favique, le poil s'enfonce dans un petit infundibulum, au centre même de cette lésion favique. Tout autour, se fait en relief un petit anneau de couleur jaune soufre. Le godet est alors miliaire : son centre est déjà pulvérulent. Puis ce godet s'étend; de microscopique, il devient macroscopique et, pendant cette évolution, il se passe, du côté des cheveux, des phénomènes importants. Au niveau des godets faviques, ils se décolorent, prennent une teinte gris souris et s'atrophient. A leur surface, on observe des érosions, ils perdent leur brillant normal et peuvent se briser. Il y a alors alopécie par rupture du poil en dehors de sa gaine. Si l'on arrache le cheveu avec la pince, on voit que la gaine qui enveloppe sa racine est hypertrophiée : elle apparaît sous la forme d'une petite masse qui entoure le cheveu dans une étendue d'un demi-centimètre environ. Cette gaine, c'est là un fait important, est transparente, gélatineuse. Dans d'autres cas, le cheveu s'atrophie et sa gaine est microscopique. C'est avec la plus grande facilité que l'on arrache ces cheveux. Ils se reproduisent très difficilement, car la lésion a envahi la papille du poil. En outre, ils ne repoussent jamais avec les caractères normaux : ils sont plus fins, atrophiés comme dans la pelade. Ils prennent une forme onduleuse, ou bien encore ils sont lanugineux; c'est là un fait important pour établir le diagnostic rétrospectif du favus, lorsqu'il n'existe plus qu'une cicatrice ou un état pityriasique. A ce moment, le cuir chevelu présente une odeur spéciale, celle de la souris, de l'urine de chat, l'odeur du marécage, comme disait Alibert. Lorsqu'il est débarrassé de la matière favique, il prend un aspect particulier : il existe une rougeur exactement délimitée, qui s'arrête franchement. En outre, on voit sur cet érythème des points cicatriciels et, au niveau de ces cicatrices, les bulbes pileux ont disparu. Par suite de la réunion de plusieurs godets, la rougeur peut être polycyclique ; elle présente au centre une teinte légèrement jaunâtre ou décolorée vers la période de guérison. Les bulbes pileux ont à peu près disparu. Tout autour de ces rougeurs, on trouve des îlots de cuir chevelu absolument sains. Enfin, au milieu de tous ces godets, peuvent se produire des éruptions diverses. Le favus éveille l'herpétisme, l'arthritisme, la scrofule, disait Bazin; on voit survenir, en effet, par suite de l'irritation que détermine l'achorion, des éruptions impétigineuses, des pustules, de l'eczéma, quelquefois de petits abcès, des lymphangites, des adénites et toutes ces affections qui peuvent coexister rendent le diagnostic parfois très difficile. A une troisième phase, le favus a évolué sur une grande surface du cuir chevelu. Il continue à détruire le cheveu, la papille : il va oblitérer le follicule pileux et déterminer par suite une calvitie définitive, le poil cessant d'être reproduit. De cette donnée, il résulte qu'il faut intervenir avant que le canal pilaire ne soit oblitéré : si l'on est appelé au moment de cette période cicatricielle, il faudra prévenir la famille du petit malade de la possibilité d'une calvitie irrémédiable, sous peine de voir accuser le traitement que l'on aura institué.

Le favus présente à considérer quelques variétés cliniques. L'une d'elles est la variété urcéolaire, c'est-à-dire en forme de coupe ou de godet. Ces godets de 1 centimètre à 1 centimètre et demi se disséminent isolément, mais parfois ils deviennent confluents; on a alors le favus cohérent urcéolaire. La plaque favique prend alors à sa périphérie un aspect polycyclique qui dénote la coalescence des godets faviques. Parfois ces godets sont confluents dès leur origine : ils prennent alors une forme nummulaire; au lieu d'être séparés, distincts à leur origine, ils sont confluents dès leur apparition à la surface cutanée. Dans le favus urcéolaire, l'état pityriasique du début dure peu de temps, tandis que dans la forme nummulaire ou scutiforme cet état pityriasique de même que la rougeur persistent pendant plusieurs mois. C'est dans ces cas que l'on peut croire à du pityriasis simple : si l'on fait le diagnostic de cet état pityriasiforme, on peut guérir le malade avant l'apparition des godets. Dans la forme fongoïde, les tissus sous-jacents ont une tendance à suppurer, le derme prenant part à l'inflammation, puis à faire saillie, à devenir proéminent et à pousser en avant les incrustations faviques. Dans la forme squarreuse, la matière favique glisse le long des cheveux et forme des stalactites comme dans l'impetigo granulata, mais au lieu d'une matière gluante, cette gaine est constituée par de la matière favique.

Lorsque le favus se développe sur le tronc ou sur les membres, il débute encore par les mêmes rougeurs érythémateuses cerclées. A mesure que le godet favique se déve-

loppe, il progresse par couches concentriques qui l'ont fait comparer au nid d'hirondelle. Le centre en est encore blanchâtre par émiettement de la matière favique. Si le godet se casse, on voit au-dessous de lui le derme à nu. Le favus se développe sur la peau entre deux couches épidermiques, dont la plus antérieure est soulevée par le champignon, tandis que la couche épidermique superficielle disparaît au centre, elle persiste à la périphérie d'où l'aspect brillant du godet en ce point. A la suite du favus des membres, on peut voir survenir des cicatrices comme sur le cuir chevelu, mais ces cicatrices sont ici l'exception, tandis qu'elles sont la règle, nous l'avons vu, sur le cuir chevelu. Dans quelques cas, les spores du favus sont disséminées sur différents points de la peau : elles ne s'y accumulent pas et ne donnent pas lieu à des dépôts de matière favique, mais elles produisent un état pityriasique qui constitue des cercles et que l'on prend souvent pour des plaques parasitaires de différente nature : le dépôt pulvérulent de matière favique pourra en faire reconnaître la nature.

On a rencontré le favus sur toutes les parties du corps et jusque sur le gland. Une variété de favus qui doit aussi être bien connue est le favus des ongles. Le favus unguéal commence par la partie antérieure de l'ongle : il se fait une hyperformation épidermique en ce point et l'ongle se présente sous la forme d'un bourrelet très dur. Sa surface se ternit; il prend une coloration jaune maïs, puis il se dissocie suivant ses stries longitudinales et, enfin, il tombe dans quelques cas. Le favus de l'ongle est le plus souvent secondaire, mais on connaît aussi des cas de favus primitif.

Si nous passons maintenant à l'étiologie du favus, nous voyons qu'en 1847, Jacquetant (de Lyon) signale la présence du favus chez les animaux, et particulièrement chez les rats et les souris. Draper (de New-York) donne la première observation qui montre la possibilité de la transmission du favus des animaux à l'homme : il s'agissait d'un chat qui était atteint de favus et qui communiqua la maladie à deux enfants qui jouaient avec lui. Plus tard, la transmission du favus de l'homme aux animaux fut démontrée : les inoculations aux animaux étaient positives. Remak, le premier, s'inocula le favus et le vit se développer sur la peau. A l'hôpital Saint-Louis, en 1853, Deffis inocula le favus à un enfant et vit, de même, un godet favique se développer sur le membre inférieur. Il détermina la durée d'évolution du favus qui met quarante jours à se développer. La contagion du favus est donc incontestable. Il faut savoir que le favus le mieux guéri dans l'enface peut récidiver à l'âge adulte : cette récidive est même assez fréquente. La spore du favus, après un sommeil qui a duré plusieurs années, peut repulluler sur le cuir chevelu du porteur. C'est là un fait important pour le traitement des faviques après leur guérison apparente.

Quoi qu'on en ait dit, les spores du favus sont spécifiques; elles ont une individualité que les recherches de M. Duclaux, notamment, ont démontrée. Ce sont des spores spéciales et que l'on ne doit confondre avec aucune autre. Elles se développent à 33 degrés et sont tuées par une température de 60 degrés. Déjà, à 50 degrés, elles ne se développent plus que lentement. Ceci est important; nous savons, en effet, que la spore du tricophyton est tuée à 49 degrés. Or, à cette température la spore de l'achorion résiste. Il est donc de toute nécessité, aujourd'hui, de posséder des étuves pour détruire ces spores : on désinfectera ainsi les calottes, les habits des teigneux; on s'opposera aux réinoculations partielles et à la diffusion de la maladie. La culture du favus dans les milieux artificiels, tels que le bouillon neutre, le moût de marc, par exemple, présente quelques particularités intéressantes. Dans le tube, on aperçoit de petits disques, des nuages qui sont le mycélium de l'achorion. Il est anaérobie et il peut occuper, par suite, tous les points du vase et même le fond, tandis que le tricophyton, qui est aérobie, s'étale en une seule couche à la surface du tube.

Le diagnostic du favus est parfois très difficile : dans l'impetigo il y a une accumulation de croûtes sèches, jaunâtres, mais les cheveux ont conservé leur couleur normale et ils résistent à la traction. Parfois, l'impetigo complique le favus : c'est alors d'après les caractères des cheveux, l'état de la gaine qui est gélatineuse et aussi d'après l'examen microscopique, que l'on fera le diagnostic. Le favus peut coexister avec la teigne tondante ou la pelade. Dans la tricophytie, les cheveux sont cassés par la moindre traction et le cuir chevelu présente, dans ses parties malades, une foule de points noirâtres qui répondent à ces cheveux rompus. La pelade ressemble à la période cicatricielle du favus, mais on y constate des poils follets qui manquent dans ce dernier. L'eczéma impétigineux du cuir chevelu présente ordinairement, au nombre de ses localisations, un siège post-auriculaire et il n'y a pas d'altération du cheveu. En outre, les bords de la lésion sont diffus et non circonscrits avec la netteté de l'achorion. La séborrhée du cuir chevelu est caractérisée par une matière grasse pâteuse qui forme tache d'huile sur le buvard. Le diagnostic de la guérison d'un favus peut être embarrassant. Tant que la rougeur des téguments persiste, le favus est en évolution. A mesure que celle-ci disparaît, le favus est en voie de guérison. Dans la pratique, cette rougeur est donc d'une importance extrême. Il importe de laisser les malades sans traitement pendant six semaines ou deux mois, puis de les surveiller ensuite pendant quatre ou cinq mois, et si, après ce temps, on n'a vu se reproduire ni la rougeur érythémateuse, ni l'état pityriasiforme du cuir chevelu, les malades peuvent être considérés comme guéris.

Le traitement devra répondre à deux grandes indications : guérir la maladie, en prévenir la diffusion. La prophylaxie du favus consiste à isoler les malades et à passer à l'étuve leurs effets, leurs calottes, etc. Cette pratique aura aussi pour but de s'opposer aux réinoculations des malades et aux rechutes du favus. Pour traiter convenablement la teigne faveuse, il faut commencer par faire tomber les croûtes. Pour ce faire, on pratique une onction sur la tête du malade avec de l'huile de cade ou on la recouvre d'un linge imbibé de liqueur de Van Swieten, puis on applique une pommade à l'axonge et au-dessus une couche de coton ou du taffetas gommé. Les croûtes s'enlèvent alors facilement. On passe ensuite à l'épilation : on frictionne d'abord le cuir chevelu avec de l'huile de cade; celle-ci anesthésie et rend l'épilation moins douloureuse. On saisit près de la surface cutanée deux ou trois cheveux à chaque fois et l'on épile ainsi par petites places pendant une demi-heure. On ne prolonge pas davantage la séance et en quatre ou cinq séances on a épilé tout le cuir chevelu. Après chaque épilation, on fait une lotion avec une solution saturée d'acide borique : c'est un bain local qui prévient l'irritation causée par l'épilation et qui s'oppose à la germination des parasites par son acidité. On lotionne ensuite la tête avec la solution suivante :

Bi-iodure d'hydrargyre.	20	centigrammes.
Bichlorure d'hydrargyre	1	gramme.
Alcool.	40	—
Eau distillée.	250	—

Tous les deux jours, on alternera et l'on appliquera une compresse de gaze imbibée de cette solution :

Acide mono-chloro-acétique.	1 à 5	grammes.
Eau distillée.	100	—

De temps en temps, on fera des frictions avec une pommade au turbith et l'on s'entourera de la plus grande propreté.

NOTE SUR LA RARETÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES DANS LA POPULATION OUVRIÈRE DE PARIS.

Par M. le docteur L. Fiaux.

Notre attention ayant été fixée, au cours d'études sur la prostitution dans les grandes villes, sur cette allégation émise à diverses reprises, par des médecins justement réputés pour leur valeur clinique (notamment par divers membres de l'Académie de médecine, pendant la discussion du rapport de M. le professeur A. Fournier, 7 février, 20 mars 1888), *que les maladies vénériennes, et notamment la syphilis, augmentaient dans des proportions considérables*, nous avons résolu d'établir une statistique exacte des cas de maladies spécifiques qui défileraient sous nos yeux, dans un service médico-chirurgical d'ateliers dont nous sommes chargé à Paris.

Si la santé publique était aussi dangereusement affectée sur ce point, que l'on s'empressait de le dire dans les milieux qualifiés, il était évident qu'à quelque fraction de la population parisienne que l'on s'adressât, et surtout de la population ouvrière, la fréquence du mal serait rapidement décelée et constatée et ce titre : « Une statistique vénérienne sur le personnel des ateliers de la Compagnie du chemin de fer du Nord à Paris-La Chapelle », ne devait point laisser de présenter quelque intérêt.

On sait que les Compagnies exigent, en effet, que les ouvriers, admis à leur service, soient examinés avec le même soin que les médecins des conseils de revision mettent à inspecter les contingents militaires.

Le relevé que nous avons fait porte sur les ouvriers candidats au service de la Compagnie du Nord, depuis le 1er septembre 1888 jusqu'au 1er juillet 1890.

Dans une première série d'observations, allant du 1er septembre 1888 au 31 décembre 1889, 1810 ouvriers ont été ainsi examinés, tous hommes en pleine activité physiologique de vingt-deux à quarante-cinq ans : or, nous avons constaté 2 (deux) blennorrhagies chez des jeunes gens de moins de vingt-cinq ans, et 1 (un) ulcère simple avec bubons suppurés, chez un homme de trente ans; nous n'avons pas trouvé un seul syphilitique.

Dans une seconde série, allant du 1er janvier au 30 juin 1890, 678 hommes ont été examinés. Pour nous mieux rendre compte des éléments de l'observation, nous n'avons pas ici seulement noté l'âge des ouvriers, mais la durée de leur séjour à Paris et leur état civil.

Les deux tiers étaient célibataires et âgés de vingt à quarante ans. L'autre tiers était marié et âgés de vingt-cinq à quarante ans et au-dessus.

En ce qui concerne le séjour, 27 célibataires venaient d'arriver à Paris; 119 célibataires étaient à Paris depuis moins d'un an; 79 mariés également à Paris depuis moins d'un an; le reste — célibataire ou marié — était à Paris depuis un laps de temps variant de un an révolu à quarante ans et plus.

Dans cette seconde série de 678 ouvriers nous avons constaté 1 (une) blennorrhagie chez un célibataire de vingt-cinq ans, à Paris depuis six ans.

Or, ces hommes embauchés étaient les premiers venus, de leur état : chaudronniers, ajusteurs, tourneurs, monteurs, forgerons, charrons, menuisiers, peintres, manœuvres : nulle qualité physique exceptionnelle n'est, en effet, exigée du personnel.

On voit par cette statistique dressée, nous le répétons, sur un personnel dont l'origine et la composition ne présentent rien de particulier, à quel chiffre véritablement infinitésimal descendent les maladies vénériennes dans la population ouvrière actuelle de Paris.

Rappelons que l'année 1889, comprise tout entière dans ce relevé, était, à cause de l'Exposition universelle, une année susceptible de favoriser les contagions vénériennes, comme toutes les époques de fêtes prolongées et de grands déplacements populaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 septembre. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : une note de MM. Bertin et Picq (de Nantes), relative à leurs expériences sur le vaccin de chèvre.

COMMUNICATION

Du traitement par le séjour au bord de la mer chez les scrofuleux. — M. **Iscovesco** (de Paris) rappelle l'opinion qui veut que la mer ait une action si marquée sur les tuberculoses locales, que ces affections ne s'observent jamais ou presque jamais sur les marins. Il a vu, à Berck, un enfant né et élevé au bord de la mer, avoir, à l'âge de dix ans, une coxalgie double. Il a vu, chez des gens nés et élevés à Berck, à plusieurs reprises, des adénopathies tuberculeuses. A l'hôpital de Berck, on assiste fréquemment au développement de tuberculoses locales, chez des enfants qui ne présentaient aucune lésion auparavant, ou bien chez des enfants qui avaient déjà une autre tuberculose locale. Il a assisté, à l'hôpital de Berck, à l'effondrement d'une colonne vertébrale, après dix-huit mois de séjour, chez un enfant qui avait été envoyé avec une tumeur blanche du genou. Le mal de Pott s'était développé et avait évolué silencieusement à l'hôpital de Berck même.

Les rechutes de coxalgie sont fréquentes au bord de la mer. Il est très rare qu'une coxalgie y évolue sans qu'une ou deux rechutes viennent prolonger la durée de la maladie. Du reste, il suffit d'exercer quelque temps au bord de la mer pour voir combien ce genre de rechutes est fréquent. Quant aux coxalgies en cours d'évolution, M. Iscovesco a vu plusieurs enfants amenés au bord de la mer dans une gouttière, et ne présentant aucun phénomène douloureux, avoir bientôt des crises nocturnes et de la douleur le jour. Un coxalgique met en moyenne de trois à quatre ans pour guérir définitivement à Berck. La mer ne semble donc pas même avoir une influence favorable sur la durée de la maladie.

D'après les statistiques de M. Cazin, sur 619 cas de coxalgie soignés à Berck, il n'y a eu que 397 guérisons, c'est-à-dire 64 p. 100, chiffre qui est vraiment peu satisfaisant. Et encore combien, parmi les enfants renvoyés comme guéris de Berck, n'en retrouve-t-on pas, quelques mois après, dans les services de Paris? La mer n'a même pas une action manifeste sur les abcès secondaires; ceux-ci se produisent à Berck aussi fréquemment que n'importe où.

La mer n'a aucune action sur les ostéites ou ostéo-périostites. « Il faut, dit M. le docteur Cazin, que la plupart du temps, la chirurgie intervienne et enlève la portion d'os malade. » Il est vrai, cependant, qu'une fois l'intervention faite, le séjour des enfants au bord de la mer rend les récidives beaucoup plus rares et consolide la guérison en améliorant l'état général.

Pour les gommes et abcès froids, la mer n'entraîne jamais leur guérison. « Il faut, dit M. Cazin, que le chirurgien vienne,

par l'ouverture, le râclage et la cautérisation, purger les tissus des fongosités tuberculeuses. » Le lupus est presque toujours aggravé. Les engelures, qui ne sont souvent que des ulcérations tuberculeuses, ne sont pas enrayées par le séjour au bord de la mer et s'y montrent aussi tenaces qu'ailleurs.

Pour les adénites, la proportion des guérisons est de 75 p. 100, d'après M. Cazin. Dans ce chiffre, rentrent le grand nombre d'adénites qui guérissent n'importe où, sans traitement. Et encore, à l'hôpital de Berck, on intervient le plus souvent possible. Ce chiffre est donc absolument insuffisant, surtout avec une moyenne de séjour de quatre cent quarante-neuf jours. Les résultats que donne donc le traitement maritime sont absolument insuffisants.

Il est cependant deux cas où la mer fait merveille :

1° Le rachitisme;

2° Le lymphatisme sans lésions tuberculeuses actuelles.

M. Iscovesco croit donc pouvoir terminer par les conclusions suivantes :

1° Il faut rigoureusement proscrire la mer dans toutes les tuberculoses locales douloureuses ou présentant des tendances inflammatoires;

2° La mer agit surtout dans les deux premiers mois ; à partir de ce moment, l'augmentation de l'appétit disparaît et les enfants retombent dans l'état antérieur à leur arrivée.

Peut-être obtiendrait-on des résultats plus favorables qu'à Berck, sur une plage où il y aurait de la végétation et où on pourrait, pour ainsi dire, exposer les enfants à un air marin mitigé.

RAPPORTS

Mesures à prendre en cas d'épidémie cholérique. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ donne lecture du rapport fait au conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine. En voici les conclusions :

1° Nécessité de connaître le plus promptement possible les cas de choléra;

2° Création d'un corps de médecins-délégués, ayant pour mission de constater la réalité et la gravité de la maladie qui leur est signalée et de veiller à l'exécution rigoureuse des mesures de désinfection;

3° Pour la désinfection qui a trait au malade et aux personnes qui l'entourent, usage exclusif du sulfate de cuivre, qui sera mis à la disposition du public pour faire des solutions fortes et des solutions faibles, qui devront servir à la désinfection des déjections (vomissements et matières fécales), des linges souillés par le malade, au lavage de la figure et des mains;

4° Pour la désinfection des locaux contaminés, maintien et augmentation des escouades de désinfecteurs; création d'un inspecteur chargé de vérifier si ces désinfections ont été bien pratiquées;

Cette désinfection se fera avec l'acide sulfureux provenant de la combustion du soufre, avec des lotions au sublimé pour les lavages, et enfin à l'aide d'étuves mobiles, pour les objets de literie et les linges ayant été en contact avec le malade : acquisition immédiate de dix étuves mobiles pour les vingt arrondissements de Paris.

5° Transport des malades à l'aide de voitures spéciales, chauffées pendant le transport et désinfectées aussitôt après;

6° Évacuation des maisons et particulièrement des garnis où se seront déclarés des cas de choléra;

7° Création de services spéciaux isolés dans les hôpitaux de Paris désignés à cet effet. Ces services devront être indiqués dès aujourd'hui, et le personnel appelé à soigner les malades sera instruit des mesures prophylactiques qu'il doit prendre pour éviter les atteintes du mal;

8° Enfin, exécution scrupuleuse de toutes les mesures d'hygiène privée et publique qui maintiennent la salubrité de la ville. De l'eau salubre devra être donnée à toute la population parisienne.

Hydrocèle du canal de Nuck. — M. TILLAUX fait un rapport sur une observation de M. Richelot, dont voici le résumé :

Une jeune fille présentait dans la région inguinale une tumeur indolente, réductible, qui fut considérée comme une hernie et opérée. Au cours de l'opération, on constata un cordon fibreux, attaché à la face profonde des grandes lèvres, et auquel faisait suite un canal séreux communiquant avec le péritoine par un orifice très étroit, incapable de livrer passage à l'intestin. Dès lors, on dut admettre que la partie réductible de la tumeur était le liquide d'une hydrocèle, et que le conduit lui-même n'était que la persistance, après la vie intra-utérine, du canal de Nuck.

Cette observation est intéressante par ce fait que, chez cette femme, la persistance du canal de Nuck ne saurait être contestée. Or, l'on sait que la possibilité d'une pareille anomalie n'est pas admise par tous les auteurs, les quelques observations publiées jusqu'à ce jour n'étant pas concluantes. L'orifice de communication du péritoine et du sac ayant toujours eu une certaine ampleur, il était possible d'admettre le développement d'une hernie; or, cette hypothèse n'est pas possible avec un orifice admettant à peine l'introduction du stylet de trousse.

Bien que la difformité dont il s'agit ne compromette en rien l'existence, M. Richelot estime que l'opération est cependant indiquée, lorsque sa présence est une gêne notable pour la malade (dans le cas particulier elle avait été la cause de la rupture d'un mariage). Cette opinion est celle de M. Tillaux, qui rappelle à ce propos qu'il a opéré, chez un jeune homme, une hernie congénitale non compliquée et facilement maintenue, uniquement parce que cette hernie empêchait le jeune homme de se présenter à l'École de Saint-Cyr.

DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

Dépopulation de la France. — M. JAVAL donne lecture de la première partie d'un travail sur ce sujet.

Déclaration de vacances. — M. LE PRÉSIDENT déclare la vacance de deux places de membre titulaire, la première dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de Trélat, décédé, et la seconde dans la section de pathologie médicale, par suite du décès de Siredey.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le docteur LE SOURD, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Reims, le 16 septembre 1890.

Monsieur le Directeur,

Dans l'un des derniers numéros de la *Gazette des hôpitaux*, M. H. Surmont a publié une très complète Revue sur la *langue noire*. Avec tous les auteurs, il attribue la première description de la maladie à Gubler et à M. Raynaud, en 1869. C'est une petite erreur historique qu'il est utile, ce me semble, de rectifier.

L'affection, appelée depuis *nigritie* ou *langue noire*, a été parfaitement décrite en 1845, par H. Landouzy, alors professeur suppléant à l'École de médecine de Reims. Dans un premier mémoire, lu à l'Académie de Reims le 28 novembre 1845 (1), il cite deux exemples du *Développement de productions piliformes à la surface de la langue dans certaines affections.*

Six mois après (2), il revient sur cette affection, et cette fois avec un total de *vingt-quatre cas*. Dans tous, la langue était noire ou brune, et « la coloration était due à ces productions piliformes que j'ai présentées à l'Académie ».

« Elles sont, écrit-il, le plus souvent couchées complètement, sans aucune saillie apparente, à la partie antérieure de la langue. Mais, si l'on examine avec attention la moitié supérieure de l'organe, et surtout si l'on rebrousse les villosités et qu'on les écarte dans des directions diverses, on les reconnaît alors manifeste-

(1) Séances et travaux de l'Académie de Reims, vol. III, 1846, p. 295.
(2) *Idem*, vol. IV, 1846, p. 161.

ment, et on les enlève avec la plus grande facilité, soit avec des pinces, soit avec les ongles, soit en râclant la langue avec un couteau... Ces productions ont de 1 à 20 millimètres de longueur. Sans doute, elles doivent être attribuées à une altération de sécrétion de l'épithélium et comparées aux concrétions épidermiques. »

Vous jugerez sans doute, Monsieur, que cette simple citation suffit pour établir tous les droits de H. Landouzy à la découverte de cette bizarre affection.

Veuillez, je vous prie, agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr O. Guelliot.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 septembre 1890, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Charles, Camescasse, Gaboriaud et Drouet.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 septembre 1890, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 27 octobre 1890.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 18 octobre, à quatre heures. — Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879, seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale ;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie ;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie ;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe ;

5° Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien* peuvent obtenir, sans concours, une bourse de première année.

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 13 octobre 1890. — Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le chef du laboratoire. — MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

MM. les élèves qui ne seraient pas déjà inscrits pour les travaux anatomiques sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du lundi 6 octobre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des organes génitaux de la femme, par le professeur Carl Schrœder (de Berlin). Ouvrage traduit de l'allemand par le docteur Émile Lauwers (de Courtrai). 2e édition française, gr. in-8°. — Prix : 18 francs. — Bruxelles, A. Manceaux.

Les denrées alimentaires, leurs altérations et leurs falsifications. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Étude descriptive des médicaments naturels d'origine végétale, par le professeur Herlant, 2e fascicule avec planches coloriées. — Prix : 4 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 108. — SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1890. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le mal de Bright et les néphrites (1).

Par le docteur J.-B. LAFFITTE,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

On ne trouvera pas, dans cet article, un précis de tout ce qui a été écrit sur le mal de Bright et les néphrites; le détail en serait encore infini; on y verrait, presque sur chaque point, des opinions, des expériences, des observations différentes et même contradictoires; la difficulté de coordonner tant d'objets ajouterait encore à la confusion, et l'on tirerait peu de profit d'une pareille lecture. Mon projet est bien moins vaste : je me propose seulement d'exposer mes propres recherches sur un sujet si difficile, et les quelques vues où ces recherches m'ont conduit.

Il est un état pathologique caractérisé par l'albuminurie, des œdèmes et des troubles dits urémiques; cet ensemble de symptômes est passager ou durable, primitif ou secondaire. Sans examiner s'il s'agit ici d'une seule maladie, ou s'il y en a plusieurs sous la même apparence, je considérerai l'albuminurie, les œdèmes et l'urémie, comme formant un syndrome caractéristique, et je donnerai le nom de *mal de Bright* uniquement à ce syndrome, ce qui ne préjuge rien. Le mal de Bright, ainsi entendu, est aigu, subaigu ou chronique.

Il ne paraît jamais sans une altération des reins. On discute, depuis Bright, sur la nature et les causes de ces lésions rénales, sur la pathogénie des œdèmes, sur les poisons de l'urémie, mais on n'a jamais douté que les altérations des reins ne fussent la cause première et essentielle de tous les désordres. C'est peut-être le seul point de la vaste question du mal de Bright et des néphrites que tout le monde ait accepté sans discussion. Des expériences ont été faites dans le but bien déterminé de confirmer la vérité de cette opinion, et elle a toujours paru si évidente, qu'il me semble qu'on a même négligé de l'examiner. Cependant elle est fondamentale, et il est impossible d'avancer sûrement d'un pas si on ne l'a d'abord éclaircie. Voyons donc, avant d'aller plus loin, ce que la clinique et les expériences, interrogées sans prévention, vont répondre touchant la question, si l'imperméabilité des reins est la cause de l'urémie et des œdèmes brightiques.

I

LES EFFETS DES LÉSIONS RÉNALES. — Depuis l'instant où le calculeux ne rend plus une goutte d'urine, il se porte bien toute une semaine encore. Son esprit est libre, il s'occupe de ses affaires, il mange et boit comme de coutume. Vers le huitième jour, il a peu d'appétit, il est las; les jours suivants, il ressent des tressaillements dans les jambes, le visage devient anxieux, les pupilles se rétrécissent, le corps se refroidit, la respiration est pénible; la constipation est opiniâtre, le ventre se ballonne, il y a du hoquet, les vomissements sont incessants; le sujet se plaint d'une fatigue accablante dans tous les membres; enfin, il meurt vers le onzième jour, souvent avec toute son intelligence, quelquefois dans le coma, toujours hypothermique, sans convulsions et sans œdèmes, deux ou trois jours après le début des accidents (1).

Les animaux dont on lie les deux uretères présentent du myosis, de la torpeur, une respiration accélérée, une hypothermie de 6 ou 7 degrés, et meurent sans œdèmes, sans convulsions, très rarement avec de légères secousses des muscles. L'injection dans les veines d'un lapin de l'urine d'un homme en santé détermine encore les mêmes symptômes et la même fin (2).

Ces effets constants de la suppression brusque et complète des fonctions du rein ne rappellent guère le mal de Bright aigu qui surprend un homme en pleine santé et peut le tuer en moins d'une semaine. L'anurie calculeuse dure depuis huit jours, et le sujet n'en paraît pas incommodé; mais l'urémie peut éclater dès les premières heures du mal de Bright aigu. Ici, l'urémie est convulsive, une diarrhée abondante l'accompagne souvent; là, elle est hypothermique, sans convulsions, et la constipation est opiniâtre. D'un côté, l'anasarque peut se développer tout de suite, bien que l'urine ne soit pas toujours tarie complètement, et il se produit très vite des phlegmasies du poumon, des plèvres, du péricarde. Le calculeux ne rend pas une goutte d'urine pendant douze jours entiers, et il meurt sans œdèmes et sans phlegmasies.

Mais l'anurie des calculeux n'est pas toujours aiguë. On la voit provoquer des troubles chroniques lorsqu'elle est

(1) J.-B. LAFFITTE. *Essai sur le mal de Bright et les néphrites*, 1889. — Paris, Steinheil.

(1) MERKLEN. *Étude sur l'anurie*, Thèse de Paris, 1881.
(2) BOUCHARD. *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies*, 1887.

interrompue par des crises de polyurie ou quand il se forme une grosse hydronéphrose. C'est ainsi que la moitié des femmes atteintes d'un cancer de l'utérus meurent par l'anurie chronique. Mais que l'insuffisance urinaire soit brusque ou lente, les troubles toxiques sont toujours les mêmes au moment des crises d'anurie : crampes dans les jambes, rétrécissement pupillaire, dyspnée, maux de tête, vomissements, affaiblissement progressif, algidité. Malgré la longue durée des accidents, qui est de plusieurs semaines et même de plusieurs mois, on ne voit ni l'anasarque, ni les convulsions, ni la diarrhée; cette espèce d'urémie n'est jamais entrecoupée de poussées fébriles, comme dans le mal de Bright chronique, et elle ne s'accompagne pas de phlegmasies séreuses ou pulmonaires.

Si donc on abolit les fonctions du rein par l'obstruction des uretères, le mal de Bright ne résulte jamais de cette insuffisance urinaire aiguë ou chronique.

Connaissant les effets de l'anurie mécanique, examinons, à présent, quels accidents se rattachent aux altérations des seuls épithéliums du rein, l'urine ayant son libre cours.

Dans la fièvre typhoïde, la diphthérie, l'érysipèle, etc., les reins sont toujours affectés d'une inflammation diffuse, d'autant plus prononcée, que la maladie infectieuse est plus grave. Il n'y a aucune différence anatomique entre ces glomérulo-néphrites et celles qui accompagnent le mal de Bright aigu *a frigore* (1). Cependant, on n'observe que les symptômes propres à l'érysipèle, à la diphthérie, à la fièvre typhoïde, et jamais ceux du mal de Bright.

Weigert, MM. Lecorché et Talamon jugent la dégénérescence graisseuse du rein si redoutable, que par elle les épithéliums sont frappés de mort; les accidents urémiques se précipitent et emportent alors le malade. Cependant des observations et des autopsies nombreuses ont prouvé à Reinhard, à Grainger-Stewart et à M. Lecorché lui-même (2) que la stéatose du rein n'a pas de symptômes qui la décèlent. Où voit-on la dégénérescence graisseuse du rein être plus profonde que dans l'empoisonnement par le phosphore, les cachexies alcooliques et cancéreuses, dans les suppurations abondantes et de longue durée ? Pourtant, on n'observe alors ni l'urémie, ni l'anasarque, ni rien rappellant le mal de Bright.

Mais il n'est pas douteux que la dégénérescence graisseuse des épithéliums ne se rencontre fréquemment dans les reins des brightiques ; d'autre part, on a vu que la glomérulo-néphrite dont s'accompagne le mal de Bright aigu, *a frigore*, ne diffère point des glomérulo-néphrites propres à la diphthérie, à l'érysipèle, à la fièvre typhoïde. Cette remarque fait soupçonner que les altérations épithéliques du mal de Bright n'en sont peut-être pas la cause; et pour m'assurer si cette conjecture est bonne, je vais examiner les diverses lésions parenchymateuses du rein dans leur rapport avec l'abondance des sédiments urinaires, la toxicité de l'urine, et l'élimination des médicaments.

Une urine pâle, peu dense, pauvre en urée et en chlorures, en acide urique et en phosphates, se rencontre dans le mal de Bright. On y voit la preuve que l'épithélium du rein sécrète mal et la raison des accidents urémiques. Mais une même urine pâle, avec ces mêmes caractères, se trouve aussi dans la chloro-anémie, chez les sujets atteints de la cachexie amyloïde, chez les saturnins après une seule crise de coliques de plomb. Or, le rein est altéré dans le mal de Bright, il est sain dans la chloro-anémie et l'intoxication saturnine récente. Le rein peut être épargné dans la cachexie amyloïde. S'il est atteint, l'infiltration amyloïde se limite souvent aux glomérules et aux artérioles afférentes, et l'épithélium reste intact, ou bien il s'infiltre de graisse. Mais que le rein soit pris ou épargné, que l'épithélium soit indemne ou dégénéré, l'urine est toujours celle de la cachexie amyloïde. Elle est pâle, peu dense, pauvre en urée, en chlorures, en urates, en phosphates, comme dans le mal de Bright ; mais il n'y a ni anasarque, ni accidents urémiques.

Une même urine sort donc indifféremment d'un rein sain ou altéré; d'autre part, sa composition varie beaucoup pour une même lésion rénale, et les substances solides y sont alors plus abondantes, quand l'épithélium prétendu sécréteur est plus altéré. Dans le rein cardiaque, par exemple, l'épithélium des tubes contournés est partout petit, cubique, granuleux, mais la dépuration urinaire se fait bien en dehors des crises d'asystolie. Quand l'asystolie survient, la circulation se ralentit dans l'organe, qui reste gonflé d'un sang mal renouvelé, en sorte que les épithéliums, déjà atrophiés, en souffrent davantage. Or, c'est alors précisément qu'il s'échappe du rein une urine très sédimenteuse, où l'acide urique et les urates sont beaucoup plus copieux, dans l'urine des vingt-quatre heures, que dans celles émises dans le même temps par un homme en santé.

J'ai observé un cas de fièvre typhoïde compliquée d'infection purulente. Les reins, énormes et jaunes, étaient frappés de stéatose et infiltrés d'abcès miliaires : l'urine fut abondante, colorée, chargée d'urates jusqu'à la fin, et le mal de Bright ne parut point.

Il y a, dans la fièvre typhoïde, une néphrite diffuse constante, qui ne diffère point de celle du mal de Bright aigu, et pourtant, l'urée et les sels urinaires sont excrétés bien plus abondamment, par les typhiques, que par les sujets bien portants.

Remarquons, enfin, que, dans le mal de Bright chronique, s'il survient une poussée aiguë, c'est-à-dire si les épithéliums deviennent plus altérés, la proportion de l'urée et des sels augmente notablement dans l'urine des vingt-quatre heures (Lecorché et Talamon).

Quant à la toxicité urinaire, les lésions épithéliques du rein, loin de la diminuer, n'empêchent pas, au contraire, qu'elle ne soit plus forte qu'à l'état normal. La fièvre typhoïde, l'érysipèle, la pneumonie, etc. déterminent constamment une glomérulo-néphrite, parfois assez intense pour provoquer l'hématurie ; on sait pourtant que la toxicité de l'urine est, dans ces maladies, bien au-dessus du degré ordinaire. Ainsi l'urine des pneumoniques tue à raison de 19 centimètres cubes par kilogramme d'animal (1), et celle d'un homme sain, à raison de 50 cent. cubes. « Dans toutes les maladies pyrétiques, dit M. Bouchard, on trouve une augmentation de la toxicité normale et des propriétés toxiques nouvelles, notamment la propriété convulsive. »

Feltz et Ritter (2) ont prouvé que l'urine du mal de Bright était très toxique dans certains cas. D'après M. Bouchard (3), l'urine des brightiques non urémiques présente une toxicité normale et tue les animaux sans convulsions, comme celle d'un sujet sain. Or, ces brightiques non urémiques portent une lésion rénale profonde, l'urémie les

(1) Cornil et Brault. *Études sur la pathologie du rein.*
(2) Lecorché. *Traité des maladies du rein.*

(1) Bouchard. Loc. cit., p. 255.
(2) Feltz et Ritter. Commun. à l'Acad. des sciences, le 27 juin 1887.
(3) Bouchard. Loc. cit., p. 255.

menace à chaque instant; si des reins altérés à ce point et des reins tout à fait sains livrent passage à une urine également toxique, est-il possible qu'il soit réservé, à ces parenchymes, de séparer du sang les poisons qu'il contient?

En résumé, quand l'épithélium des tubes contournés est atrophié, ou enflammé, ou infiltré de graisse, il peut arriver qu'à volume égal, l'urine soit plus riche en urée, en urates, en matières extractives, en poisons, que celle qui se forme dans des reins en bon état. Ou ces substances ne sont pas séparées du sang par les épithéliums du rein, ou une glande intacte fonctionne moins bien qu'atrophiée, enflammée ou dégénérée.

Les médicaments passent très lentement dans l'urine des brightiques, et quelques-uns sont mal supportés, même à petite dose. Ce fait a été rapproché du peu de densité de l'urine, des accidents urémiques, et on a tout attribué au défaut d'activité des épithéliums altérés. On va voir que cette lente élimination n'est en rapport ni avec des urines peu toxiques, ni avec l'urémie, et qu'on ne saurait la rattacher à des lésions rénales.

Dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, l'urine est toute chargée d'urates, de matières extractives, de poisons; mais on y trouve seulement des traces de chlorures, pour salés que soient les aliments dont on nourrisse les malades. Donnez l'acide salicylique à la dose quotidienne de 5 à 8 grammes, et cessez après quelques jours : vous le décèlerez encore pendant quarante-huit heures dans l'urine d'un sujet bien portant, et pendant une semaine entière dans celle des typhiques (1). Or, la fièvre typhoïde, la pneumonie impriment constamment leur marque sur le rein par une glomérulo-néphrite où s'ajoute l'infiltration graisseuse des épithéliums. Si des éléments anatomiques altérés à ce point sécrètent plus de poisons, de sels, de substances extractives qu'ils ne font étant sains, comment ne peuvent-ils séparer du sang le chlorure de sodium et l'acide salicylique?

Mais, dira-t-on, voilà précisément la preuve de l'activité sécrétante de ces épithéliums, et du choix qu'ils font parmi les substances à sécréter. Un rein en bon état sécrète tout ce qui doit passer dans l'urine, un rein malade n'est plus propre à tout sécréter; il choisit dans le sang ce qui peut encore lui convenir et refuse le reste. Dans les fièvres, presque imperméable pour le chlorure de sodium et l'acide salicylique, il sépare encore les urates, l'urée, les poisons.

Cette raison n'est que spécieuse. C'est une loi de la physiologie générale que, dans une glande dégénérée ou enflammée, le produit de la sécrétion diminue ou disparaît. La sécrétion s'arrête dans les glandes salivaires enflammées; le suc gastrique se forme en petite quantité dans les fièvres, et son activité est faible (Schiff).

Toutes les maladies aiguës qui atteignent les nourrices réduisent extrêmement la sécrétion du lait, et même elles la tarissent. Or, dans ces mêmes circonstances, le rein subit une inflammation diffuse avec ou sans dégénérescence graisseuse de l'épithélium. Si cet épithélium est sécréteur, son énergie sécrétante doit être affaiblie ou abolie, et l'on conçoit qu'il y ait peu d'acide salicylique et de chlorures dans l'urine; mais on ne peut concevoir qu'il s'y trouve beaucoup plus d'urée, d'urates, de matières colorantes, de poisons, que dans l'état de santé. L'activité d'une glande enflammée ou dégénérée est nécessairement diminuée, elle n'est jamais accrue; enfin, elle ne peut être en même temps accrue et diminuée par la même lésion anatomique. Un épithélium qui échappe aux lois des parenchymes glandulaires est difficilement sécréteur.

Voici un dernier exemple : il prouve, de la manière la plus sensible, que, si certaines substances passent difficilement dans les urines pathologiques, les reins sont hors de cause.

Un homme manie des sels de plomb depuis peu de temps; il ressent une première crise de coliques saturnines. La crise passée il se porte à merveille, car ce n'est qu'une longue intoxication qui laisse après elle des lésions anatomiques. Son urine a la toxicité ordinaire, et elle tue un lapin en provoquant les mêmes symptômes que celle de tout sujet bien portant. Cependant, l'urine de cet homme sain reste pâle et d'une faible densité : les chlorures, l'urée et l'acide urique y sont fort diminués, et s'il prend de l'iodure de potassium ou du salicylate de soude, la durée de leur élimination est extrêmement prolongée (1).

Voici un autre sujet atteint d'albuminurie et d'anasarque, actuellement sans urémie. La toxicité de son urine est normale; elle tue les animaux sans convulsions comme celle d'un homme sain (2). Cette urine est pâle, d'une faible densité, et contient peu de chlorures, d'urée et d'acide urique; enfin, si du salicylate de soude ou de l'iodure de potassium sont absorbés, le temps de leur élimination est très long, comme on le verra plus loin.

Les reins du premier sujet sont intacts, ceux du dernier sont affectés d'une glomérulo-néphrite chronique; les épithéliums y sont abrasés, confondus en une mince bande de protoplasma granuleux : l'albuminurie et les cylindres de l'urine en sont la preuve. Cependant, c'est la même urine qui est évacuée par ces deux hommes; c'est la même toxicité, la même pauvreté en chlorures, en acide urique, en médicaments absorbés. A moins qu'on ne pense qu'un organe fonctionne de la même manière altéré ou intact, on reconnaîtra que les reins des deux sujets sont restés étrangers à la composition de leur urine. En somme, quelle que soit la cause pour laquelle les chlorures et les médicaments s'éliminent avec lenteur dans le mal de Bright, dans les maladies infectieuses, ou après une colique de plomb, il ne faut pas la chercher dans les reins.

L'hypothèse, que le parenchyme rénal est sécréteur, a paru fort propre à l'explication des formes de l'urémie. En supposant, en effet, que l'épithélium, quoique altéré, ne perd pas toute son activité, qu'il sécrète certaines substances, tandis que d'autres restent dans le sang, on conçoit que les accidents urémiques varient selon la nature et le nombre des substances retenues. Mais, outre les raisons que j'ai développées, l'observation clinique paraît encore contraire à cette idée. En règle générale, tant que le taux de l'urine reste normal, l'urémie est absente, et sa venue est annoncée par une diminution prompte de la diurèse et par l'anurie; dès que la diurèse recommence, les accidents se dissipent. Le plus souvent donc, l'urémie brightique accompagne la rétention de toute l'urine; et toute l'urine étant retenue, chacune des diverses formes de l'urémie se manifeste, suivant l'occasion.

Pour toutes les raisons que j'ai exposées, les conclusions suivantes me paraissent justifiées :

La composition de l'urine ne dépend pas de l'état de l'épithélium du rein. Les lésions inflammatoires ou dégénéra-

(1) A. Robin. Thèse de doctorat, 1877.

(1) Gaucher. *Revue de médecine*, 1881.
(2) Bouchard. Loc. cit., p. 255.

tives de cet épithélium n'empêchent point qu'il ne se trouve dans l'urine autant et plus de poisons, de sels, d'urée, de matières extractives que dans l'état de santé. L'altération épithéliale la plus profonde n'entraîne, par elle-même, aucun accident urémique, et il n'y a d'urémie rénale que lorsqu'un obstacle mécanique rend les glomérules ou les tubes imperméables à l'urine. Le rein n'est insuffisant que par l'anurie mécanique : mais cette anurie ne détermine pas d'anasarque, ni d'hydropisies séreuses, et les accidents toxiques qu'elle suscite ne sont pas ceux du mal de Bright. De même, l'injection intra-veineuse d'urine ne provoque, dans les animaux, ni œdèmes, ni urémie brightique, ni néphrite.

Le mal de Bright, aigu ou chronique, n'est donc pas la conséquence d'une lésion rénale. Les lésions des reins, loin d'avoir provoqué ce mal, en sont, au contraire, un effet, tout comme l'urémie et les œdèmes; elles en sont un témoin, comme une néphrite est un témoin constant de la fièvre typhoïde. Le mal de Bright, qui marque sa trace dans les reins par une néphrite, n'est donc pas une néphrite. Au surplus, la cause de ce mal n'est pas dans les poisons normaux de l'organisme.

S'il est vrai que toute lésion des reins soit impuissante à susciter le mal de Bright, l'artério-sclérose ne le détermine donc jamais en atrophiant ces organes. Quoique l'on confonde communément l'athérome et le mal de Bright, il n'y a, en effet, entre eux aucun rapport de cause à effet, ni d'aucune autre espèce, et ils sont aussi étrangers l'un à l'autre que deux états pathologiques peuvent l'être. Pour le prouver, et pour mettre en lumière les lésions propres au mal de Bright, je vais comparer, au point de vue anatomique et clinique, les trois états pathologiques suivants :

1° Le mal de Bright aigu ou chronique des jeunes sujets, ou mal de Bright sans athérome;

2° L'état des sujets athéromateux avec atrophie rénale, sans mal de Bright;

3° L'état des sujets athéromateux et brightiques.

Je commencerai la comparaison par les deux premiers; on verra que tout les sépare, et que l'athérome et l'artério-sclérose sont impuissants à développer le syndrome de Bright, quel que soit le degré de l'atrophie rénale.

II

Parallèle anatomique et clinique entre le mal de Bright des jeunes sujets, et l'état des sujets athéromateux sans mal de Bright. — *Parallèle anatomique.* — Certains malades, jeunes, en général, et succombant au mal de Bright aigu ou chronique, ont leurs artères tout à fait indemnes d'endartérite et d'athérome. Leurs reins sont affectés d'une néphrite épithéliale, mieux appelée diffuse; cette inflammation est aiguë, subaiguë, ou chronique, et elle finit par atrophier les reins. M. Cornil a prouvé, par des injections de cantharidine faites à des lapins, qu'une substance irritante, qui provoque une néphrite diffuse aiguë, est capable d'atrophier le rein par degrés, si son action se continue assez longtemps.

Le mal de Bright aigu ou chronique, lié aux néphrites diffuses, ne borne pas ses lésions aux reins : il porte ses effets sur toute l'économie. Le cœur subit une hypertrophie très visible, pourvu que le mal ait duré quelque temps, et cette hypertrophie ne dépend nullement de l'athérome artériel, puisque les malades, dont je parle, n'ont pas d'athérome. Friedlander et Bamberger l'ont observé un grand nombre de fois (1). Le poids ordinaire du cœur d'un adulte, étant de 250 grammes, j'ai trouvé que cet organe pesait 410, 430, 455, 490 grammes dans quatre cas de mal de Bright chronique, sans aucune trace d'athérome et sans lésions valvulaires du cœur. Les parois de l'organe étaient épaissies et le tissu conjonctif était partout très visible, au microscope, entre les fibres musculaires.

On n'aperçoit, ni endartérite, ni péri-artérite, dans ces brightiques non athéromateux; mais Ewald ayant examiné leurs artérioles de la pie-mère et du bulbe y a trouvé, comme unique lésion, un épaississement de la tunique moyenne ou musculaire. J'ai remarqué plusieurs fois que les jeunes sujets atteints de mal de Bright chronique avaient les artères radiales dures au toucher comme les athéromateux. L'un d'eux étant mort, j'ai pu m'assurer que l'endartère était d'une intégrité parfaite dans tout le système artériel, mais que la tunique musculaire des radiales était épaissie, comme le myocarde.

Le foie est gros. Il est affecté d'une hépatite caractéristique, que je décrirai plus loin.

A la longue, l'estomac et l'intestin subissent une cirrhose avec atrophie de leurs glandes (Hlava et Thomayer); dans la peau, les glandes sudoripares et les cellules de la couche de Malpighi sont atrophiées pareillement (Semmola).

Les lésions viscérales, propres aux athéromateux non brightiques, sont des scléroses qui coïncident avec l'athérome de l'aorte et l'endartérite généralisée. La végétation conjonctive accompagne partout l'endartérite : elle paraît, en général, en rapport avec le degré de cette lésion vasculaire. Elle a surtout été étudiée dans les reins et dans le cœur, où elle provoque une atrophie des premiers et une augmentation du volume du second.

La sclérose rénale est alors systématique et envahissante. Nulle irritation des tubes et des glomérules, mais atrophie simple et progressive de ces parties. Le tissu fibreux prend la place du parenchyme détruit, jusqu'à ce qu'enfin l'anurie arrive.

Le cœur des sujets athéromateux est plus gros que celui des jeunes gens, tandis que leurs reins sont plus ou moins atrophiés. Traube, frappé de cette coïncidence, avait fait dépendre l'hypertrophie du cœur de l'obstacle à la circulation du sang dans un rein diminué de volume, et d'un accroissement supposé de la tension artérielle. Cette opinion doit être abandonnée. On sait, aujourd'hui, que le seul obstacle au passage du sang dans les veines n'entraîne aucune hypertrophie du cœur, du moins chez l'homme, et le cœur n'est augmenté de volume que s'il y a des lésions de ses orifices ou si l'athérome est généralisé. Les preuves abondent sur ce point, grâce aux recherches de M. Lancereaux, et aux observations extrêmement nombreuses de MM. Demange et Sadler et de M. Ballet sur les vieillards athéromateux (2).

Le foie est un peu diminué de volume dans l'artério-sclérose. Sa structure est normale, hors les cas où l'artère hépatique est atteinte d'endo-péri-artérite : il y a alors un peu de sclérose dans les espaces portes.

Enfin, les glandes du derme, du tube digestif, les éléments de la rétine subissent, dans la vieillesse, une sclérose en rapport avec l'artérite de leurs artères nourricières.

(1) Voir ma thèse pour les détails, p. 19.

(2) Lancereaux. *Annales des maladies génito-urinaires*, 1884. — Demange. *Etude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse.* — Ballet. *Revue de médecine*, 1881.

On peut, à présent, embrasser d'un coup d'œil les ressemblances et les différences anatomiques de l'artério-sclérose et du mal de Bright chronique avec néphrite dite épithéliale ou diffuse.

Dans les deux cas, même végétation conjonctive éveillée dans tous les organes, avec tendance à l'atrophie des éléments nobles : augmentation du volume du cœur, atrophie rénale, sclérose papillaire, etc. Voilà pour les ressemblances apparentes, mais les différences sont profondes.

Dans le mal de Bright, il n'y a pas d'endartérite, ni de péri-artérite. On observe, à la longue, un épaississement de la tunique musculeuse des artères et des parois du cœur, et cet organe est d'autant plus gros que le rein est plus atrophié. Non pas que l'état des reins ait aucune influence sur le volume du cœur, mais la maladie frappe à la fois les deux organes, et le gros volume de l'un, comme l'atrophie de l'autre, sont liés uniquement à la durée du processus morbide.

L'endo-péri-artérite généralisée est la lésion artérielle caractéristique des athéromateux. Il n'y a ici aucun rapport entre le volume du cœur et celui des reins. Que les reins soient ou ne soient pas atrophiés, le cœur n'est gros que si l'athérome est prononcé dans l'aorte, ou s'il y a des lésions valvulaires.

Enfin, le foie des brightiques subit des altérations très particulières, qu'on ne voit point dans les athéromateux.

Parallèle clinique. — Le mal de Bright aigu ou chronique, avec inflammation diffuse des reins, détermine des changements importants dans la composition de l'urine, des hydropisies, des hémorrhagies, des accidents urémiques.

L'urine est albumineuse : c'est l'albumine même du sang qui traverse les glomérules enflammés et qui s'évacue par les reins.

De l'avis de tous les auteurs, le taux des phosphates et de l'acide urique est diminué de la moitié ou des deux tiers dans l'urine des vingt-quatre heures, et il en est de même de l'urée et des chlorures. Les chlorures et les médicaments absorbés, tels que le salicylate de soude, l'iodure de potassium, passent très lentement dans l'urine des brightiques, même en dehors de toute urémie (1).

On sait assez que les hydropisies sont presque constantes, les hémorrhagies fréquentes, surtout l'épistaxis, et qu'enfin, les accidents urémiques atténués ou prononcés, aigus ou chroniques, ne manquent jamais.

Examinons, à présent, la composition de l'urine et les troubles fonctionnels dans l'artério-sclérose généralisée :

L'urine des vingt-quatre heures n'atteint pas 1 litre dans les vieillards athéromateux, mais sa densité reste normale. Tous les auteurs y ont trouvé l'urée, l'acide urique, l'acide phosphorique, diminués de la moitié et même davantage. Les chlorures persistent à leur taux ordinaire. Ils proviennent des aliments et des boissons, et passent sans difficulté dans l'urine, malgré la néphrite conjonctive. Les médicaments s'éliminent bien.

Plusieurs vieillards en santé, mais aux artères périphériques incrustées par l'athérome, à qui j'ai administré du chlorure de sodium et du salicylate de soude, ont évacué ces substances au bout de trente à trente-six heures, comme les jeunes gens. M[lle] Chopin (2) a fait prendre 1 gramme d'acide salicylique à trois vieilles femmes athéromateuses et bien portantes, âgées de soixante-cinq, soixante-quatorze, quatre-vingt-trois ans, et il a suffi de vingt-huit à trente-cinq heures pour que tout fût éliminé.

La nutrition étant affaiblie dans les vieillards, il se forme moins d'urée, d'acides urique et phosphorique, et l'on conçoit qu'il y en ait moins dans l'urine. Mais les substances venues du dehors, sels alimentaires, médicaments, s'évacuent aussi librement que chez l'adulte, malgré l'atrophie rénale, et l'on voit que la différence en est grande avec le mal de Bright.

Quant à l'albuminurie, aux œdèmes, aux hémorrhagies, à l'urémie, voici l'opinion de M. Demange, de Sadler, de M. Ballet, appuyée sur plusieurs centaines d'observations et d'autopsies :

L'albuminurie n'appartient pas à la sclérose rénale des vieillards : l'albuminurie liée à la seule artério-sclérose est toujours asystolique.

Les hydropisies sont étrangères à cette sclérose du rein ; elles sont alors toujours asystoliques.

Il n'y a pas d'hémorrhagies liées à l'atrophie rénale de la vieillesse. Toutes sont exceptionnelles, sauf l'hémorrhagie cérébrale. Celle-ci se rattache si évidemment à l'athérome des artères sylviennes que les reins ne sauraient être mis en cause.

Aucun accident dyspnéique, comateux, éclamptique, gastro-intestinal, ne peut être rapporté au rein atrophié des vieillards. Il n'y a jamais d'urémie par le seul fait de l'artério-sclérose [Demange, Sadler (1)].

La dyspnée s'explique trop aisément à cet âge, par la myocardite interstitielle, la bronchite chronique, l'emphysème du poumon. Le mode respiratoire de Cheyne-Stokes, si commun dans le mal de Bright, a été cherché en vain, dans le cas du rein sénile. Le bruit de galop s'entend quelquefois à l'auscultation du cœur de vieillards nullement brightiques : M. Demange et M. Ballet reconnaissent qu'il n'est point pathognomonique par lui seul.

MM. Lecorché et Talamon ont fait l'autopsie de cinquante vieillards, dont les reins étaient très atrophiés. Ils étaient morts, pour la plupart, de ramollissement ou d'hémorrhagie du cerveau : aucun trouble ne permit, pendant la vie, de soupçonner seulement le mal de Bright, et toute espèce d'urémie fut absente. Tous les auteurs citent le cas de sujets, jusque-là en santé, morts tout d'un coup par un accident, et dont les reins granuleux ne pesaient pas 100 grammes chacun.

L'athérome et l'artério-sclérose forment un état pathologique héréditaire. On n'hérite pas seulement de l'athérome, mais de sa localisation très prédominante sur une partie déterminée du système artériel. Il est des familles, dont tous les membres sont frappés d'apoplexie ou d'asystolie, depuis plusieurs générations, par le fait de l'athérome du cerveau ou des coronaires du cœur. Il n'y a aucune raison de ne pas croire que l'artério-sclérose ne prédomine héréditairement dans le rein pour l'atrophier, et, *cependant, personne n'a observé de familles d'athéromateux où l'on mourût du mal de Bright par hérédité.* Les brightiques sont d'une extrême rareté parmi les peuplades les plus septentrionales (2), et, au rapport de Panum, il n'y en a jamais

(1) Chauvet. Thèse de Paris, 1877.

(2) M[lle] Chopin. *Élimination de l'acide salicylique*, Thèse de Paris, 1889.

(1) Voir ma thèse pour les détails, p. 31 et suiv.

(2) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Géographie médicale.

aux îles Féroë. Mais l'artério-sclérose est de toutes les races et de tous les climats.

L'atrophie rénale est si éloignée de donner naissance au mal de Bright, que ce mal est l'exception précisément à l'âge où cette atrophie est constante et le plus prononcée. En effet, après soixante ans, l'atrophie granuleuse des reins est à peu près constante. Dans 37 autopsies de sujets âgés de soixante à quatre-vingt-dix ans, M. Demange l'a observée 34 fois à tous les degrés : elle est d'autant plus marquée qu'on avance en âge.

Si l'on veut connaître quel moment de la vie est le plus favorable au mal de Bright, on consultera avec fruit la statistique de Roberts (1) et le tableau de Frerichs (2), dans lesquels la maladie a toujours été reconnue avant la mort et par ses symptômes évidents.

La statistique de Roberts comprend 2076 cas de mal de Bright chronique. On en compte 229 depuis la naissance jusqu'à vingt-cinq ans, et 84 seulement à soixante-quinze ans et au-dessus. On compte 75 cas au-dessous de l'âge de cinq ans; en sorte que cette maladie est presque aussi rare après soixante-quinze ans, que dans les cinq premières années de la vie.

Le tableau de Frerichs est composé à l'aide des statistiques de Bright, de Barlow, de Grégory, de Christison, de Martin-Solon, de Rayer, de Malmsten et de Frerichs lui-même. Il comprend 491 cas. On en compte 419 entre vingt et soixante ans, 54 de quatre à vingt ans, et 28 au delà de soixante ans.

Il résulte donc de ce tableau, qui s'accorde avec la statistique de Roberts, que le mal de Bright, constaté par ses symptômes, est bien plus rare après soixante ans que dans les vingt premières années de la vie.

S'il est une époque de la vie qui convienne le mieux au mal de Bright chronique, c'est un point que 2567 observations suffisent à éclaircir. Or, ces 2567 observations prouvent que le mal de Bright chronique est très fréquent entre vingt et cinquante-cinq ans, qu'il est rare dans l'enfance, plus rare encore dans la vieillesse, et d'autant plus rare que la vieillesse est plus avancée. Et comme l'atrophie rénale se rencontre dans presque tous les vieillards, et qu'elle s'accroît d'autant plus qu'ils avancent en âge, il faut donc que l'atrophie des reins et l'artério-sclérose ne soient pas une cause du mal de Bright et n'aient rien de commun avec lui. Cette conclusion paraîtra peut-être assez juste.

Au commencement de cet article j'ai montré, par beaucoup de raisons, qu'aucune espèce de lésion rénale n'est capable de susciter le syndrome brightique; il s'ensuivait donc clairement que ce syndrome ne succédait jamais à la sclérose systématique du rein. Mais j'ai préféré en développer, avec de longs détails, des preuves nouvelles et directes, afin que mes premières raisons en fussent corroborées.

Les athéromateux périssent-ils par le rein ? A voir quelle atrophie de ces organes est compatible avec la santé, il est difficile d'établir avec quel degré de sclérose l'excrétion de l'urine n'est plus assurée. Mais on peut supposer l'atrophie telle que le nombre des tubes et glomérules épargnés soit insuffisant. Cela équivaut, en somme, à la ligature de l'artère rénale ou des uretères; les troubles qui éclatent sont ceux de l'anurie mécanique, par exemple, ceux que j'ai décrits pour l'anurie calculeuse, et jamais ceux du mal de Bright.

(1) Lecorché et Talamon: *Traité de l'albuminurie*, p. 455.
(2) Voir ma thèse, p. 30.

III

Association du mal de Bright avec les autres états pathologiques (1). — Il n'y a pas d'autre mal de Bright que celui qui provoque la néphrite diffuse et les altérations viscérales que j'ai dites. Ces lésions sont les symptômes anatomiques constants de la maladie qui a pour symptômes cliniques les œdèmes, l'albuminurie, l'urémie.

Le mal de Bright peut atteindre un enfant ou un vieillard athéromateux, et l'autopsie montrera, j'en conviens, dans le vieillard, des lésions qui feront défaut dans l'enfant; mais les lésions propres au mal de Bright se trouveront les mêmes dans l'un et dans l'autre. Le mal de Bright aigu ou chronique s'empare d'un organisme dans l'état où il se trouve, sain ou déjà altéré; ainsi fait la fièvre typhoïde; mais à côté des lésions étrangères de l'artério-sclérose, on distinguera toujours ce qui est du mal de Bright ou de la fièvre typhoïde.

Dès l'instant qu'un athéromateux est atteint du mal de Bright, l'urémie, l'albuminurie, les œdèmes, les hémorrhagies se manifestent; il y a peu de chlorure dans l'urine et les médicaments s'éliminent avec lenteur. En même temps, les reins, le tube digestif, le foie, le cœur et les artères, subissent les altérations déjà décrites, peu apparentes dans les cas passagers, très marquées dans les chroniques.

Les parties du rein épargnées par la sclérose athéromateuse et perméables à l'urine, subissent alors une inflammation diffuse parallèle en tout à la glomérulo-néphrite diffuse du rein polychrome ou blanc des brightiques sans athérome, et tout aussi visible au microscope. Je l'ai observée avec la dernière évidence dans les reins de onze athéromateux, morts dans l'anasarque et l'urémie brightiques.

Le cœur augmente de volume par le fait même du mal; cette nouvelle cause d'hypertrophie s'ajoute à l'artério-sclérose.

Enfin, le foie de tous les brightiques, jeunes ou vieux, est affecté de la même hépatite. Ses lésions et même son aspect m'ont paru caractéristiques dans le mal de Bright chronique. Il est alors d'une forme ordinaire mais gros : je l'ai trouvé pesant de 1670 à 2145 grammes. Sa couleur est gris clair, il est très lisse à la surface et sur la tranche; la tranche surtout est si lisse qu'elle paraît vernie, les lobules sont petits et très peu distincts. Le tissu hépatique est ferme sous le doigt, la vésicule du fiel contient une bile d'un vert clair et assez abondante. Au microscope, les capillaires intercellulaires sont très élargis dans chaque lobule; les cellules y sont petites et quelques-unes réduites à leur noyau. Le noyau est partout volumineux, et il y en a deux dans beaucoup de cellules. M. Gaume qui a fait, du foie des brightiques, l'objet de sa thèse inaugurale, y a vu ces mêmes caractères.

Je ne peux donc plus limiter le mal de Bright, aigu ou chronique, aux trois symptômes *albuminurie, œdème, urémie*, comme je l'avais fait en commençant; il faut y joindre les altérations viscérales, constantes et toujours pareilles, dont ce syndrome s'accompagne. Dès qu'il s'empare d'un organisme, le mal de Bright s'y porte tout entier, syndrome clinique et lésions, et il le prend comme il le trouve, en bon état ou déjà altéré. Ni l'observation clinique, ni l'anatomie pathologique ne sauraient faire des maladies différentes des trois formes aiguë, sub-aiguë, chronique, du mal de Bright primitif ou secondaire. Aigu, il n'est pas d'une autre nature

(1) Voir ma thèse, p. 37 et suiv.

que chronique ; car après un début soudain et violent, on le voit persister des années entières, et s'il est chronique d'emblée son cours en est coupé de poussées aiguës. La forme chronique présente deux variétés symptomatiques : tantôt les malades ont de l'anasarque et une albuminurie abondante, tantôt l'albuminurie est discrète et il y a très peu d'œdèmes. Cette dernière variété est la plus bénigne, c'est la manière d'être la plus torpide du mal de Bright chronique, et tant qu'elle persiste, elle présage aux malades une longue survie. Mais sous l'influence du froid humide ou de quelque excès, l'anasarque se développe et l'urine se charge d'albumine.

IV

Opinions sur la pathogénie du mal de Bright. — Il est difficile de s'arrêter aux circonstances comme le froid, le chaud, les irritations de la peau, qu'on assure agir sur le rein par un trouble vaso-moteur, ou en lui faisant éliminer des substances qui l'altèrent. On suppose de la sorte que le rein lésé est la cause du mal de Bright, ce qui n'est pas. Semmola, de son côté, ne doute point que l'urémie, l'anasarque, etc., ne soient les effets de la lésion rénale, mais il soutient que cette lésion du rein est consécutive à une dystrophie des albuminoïdes du sang. Semmola n'a jamais pu prouver l'hypothèse de cette dystrophie, et d'ailleurs la chimie ne découvre aucune différence entre l'albumine des urines des brightiques et celle du sang du premier venu.

On a essayé de provoquer le mal de Bright à l'aide du phosphore, de l'arsenic, des matières extractives de l'urine (1). Ces substances déterminent la dégénérescence graisseuse du rein et de tous les parenchymes, et des troubles toxiques particuliers à chacune d'elles ; mais ce n'est point là le mal de Bright. Ce mal se manifeste par des symptômes et des lésions toujours semblables et qui n'appartiennent qu'à lui ; il a donc une cause spécifique ; et il est aussi impossible de le faire naître par des injections d'albumine, d'arsenic ou de matières extractives, que de susciter, par ce moyen, la diphthérie ou la fièvre typhoïde.

Le mal de Bright aigu ou chronique paraît en pleine santé ou à l'occasion d'une autre maladie. Pour en pénétrer les causes, il faut l'examiner dans ces différents cas. Voyons d'abord quels rapports il y a entre les maladies infectieuses et le mal de Bright qui les complique.

V

Les maladies infectieuses et leurs néphrites ; leurs rapports avec le mal de Bright. — Au cours de toutes les maladies infectieuses aiguës, l'urine est albumineuse. Cette albuminurie constante est le symptôme d'une néphrite diffuse constante comme elle. Cette néphrite diffuse représente la détermination rénale de la maladie infectieuse ; elle commence et finit avec la maladie dont elle est le témoin. On sait aujourd'hui quelle en est la cause. Chaque bactérie pathogène sécrète une substance toxique qui se mêle au sang, altère tous les organes et détermine dans le rein une néphrite diffuse. Ces néphrites sont donc toxiques.

L'urémie, les œdèmes, ne les accompagnent jamais ; s'ils paraissent c'est au temps de la convalescence, quand la maladie infectieuse et sa néphrite sont guéries. On a expliqué le mal de Bright aigu ou chronique qui survient alors par les lésions passagères ou durables que la maladie infectieuse laisse dans les reins après elle. Or, aucune espèce de lésions rénales ne peut susciter le mal de Bright ; la néphrite est un effet de ce mal, comme l'urémie et les œdèmes, et elle n'en est pas la cause. Il faut donc chercher ailleurs.

On peut supposer encore que, lorsqu'une maladie infectieuse a vicié la nutrition des parenchymes, il persiste après elle un trouble nutritif plus ou moins durable dont le mal de Bright soit l'expression. Mais d'abord, ce trouble nutritif si particulier (il n'est pas, en effet, d'état pathologique plus caractéristique), toutes les maladies infectieuses aiguës ou chroniques, sans exception, pourraient le provoquer. De plus, c'est de trois à cinq semaines après le début de la scarlatine, et quelquefois plus tard, que se montrent l'hématurie et les œdèmes, c'est-à-dire au moment où la santé est redevenue parfaite. Enfin, il est bien établi que la scarlatine la plus violente n'est pas suivie du mal de Bright, et que ce mal succède à des scarlatines si légères qu'elles passent presque inaperçues.

Je n'aperçois aucun rapport d'effet à cause entre le mal de Bright et les maladies infectieuses à l'occasion desquelles il se manifeste.

Prenons la question d'un autre pied. Ces maladies infectieuses impriment leur trace sur tous les organes, y déterminant une néphrite diffuse, une myocardite, une hépatite, des désordres du système nerveux, toutes lésions indépendantes entre elles et produites par l'action directe de poisons issus des bactéries pathogènes. De même, le mal de Bright marque sa trace sur les organes par une néphrite diffuse, une myocardite, des désordres nerveux, une hépatite, etc., toutes lésions indépendantes entre elles, et produites par l'action directe d'un poison qui circule avec le sang. Ce toxique est étranger à l'économie, car les poisons normaux de l'organisme ne provoquent ni la néphrite diffuse, ni les autres désordres du mal de Bright. La source en vient donc du dehors ; n'en serait-elle pas aussi dans des bactéries, et cette cause spécifique du mal de Bright que je cherche ne serait-elle pas de nature infectieuse ?

La maladie du pus bleu appuie ce que j'avance. M. Charrin ayant inoculé dans les veines d'un lapin le bacille pyocyanique, qui agit uniquement par le poison qu'il sécrète, l'animal devint albuminurique, et il mourut d'urémie trois mois après. Il avait le cœur gros et les reins atrophiés.

La notion d'un microbe s'accorde bien avec l'apparition brusque du mal de Bright dans la convalescence d'une autre maladie, et avec les circonstances où il paraît ; elle s'accorde aussi avec la fréquence si variable de cette complication. Ainsi, un enfant est guéri de la scarlatine depuis quelques jours ; sort-il dans la rue, il frissonne, la fièvre s'allume, l'urine devient sanglante, et dès le lendemain l'anasarque s'établit. Heideulsein a observé une épidémie de scarlatine où 80 malades sur 100 furent pris du mal de Bright aigu. Vogel a remarqué que, dans certaines épidémies, presque tous les convalescents deviennent hydropiques, tandis que, dans d'autres, il n'y en a pas même 1 sur 100. Si le mal de Bright est infectieux, il est aussi aisé d'expliquer ces différences, que de savoir comment la scarlatine s'accompagne si souvent de diphthérie dans certains cas, et jamais dans d'autres. Mais un fait avéré, c'est qu'il y a des épidémies de mal de Bright dans la convalescence de la scarlatine.

(1) Gaucher. *Revue de médecine*, 1888.

VI

Le mal de Bright a frigore. Causes du mal de Bright. — Le mal de Bright aigu ou chronique paraît aussi en pleine santé ; il est dit alors primitif ou *a frigore*, mais c'est toujours la même maladie spécifique. On va voir toutes les raisons qu'il y a de la regarder comme infectieuse.

On connaît cette observation de Wilks : Un homme de vingt-huit ans, ivre et en sueur, se jette dans la Tamise. Le lendemain il a une forte fièvre, il est tout enflé, son urine est rare et chargée d'albumine. Il meurt au bout de trois mois, et on lui trouve les reins gros et blancs.

Il n'est pas rare que quelqu'un en santé frissonne tout à coup, se plaigne de vives douleurs lombaires, et évacue des urines sanglantes. Dès le lendemain, sa figure et ses mains sont œdémateuses.

Des cas pareils ressemblent beaucoup aux maladies infectieuses, et j'ai pensé qu'ils étaient très favorables pour découvrir par où pénétraient les bactéries pathogènes, s'il y en avait quelqu'une. Ayant cherché du côté de la bouche, qui reçoit tant de germes, j'ai trouvé que le début du mal de Bright, quand il est subit et bruyant, est marqué par une angine, précisément comme la scarlatine et la diphthérie. Voici le résumé d'une observation précieuse : on y verra trois personnes, travaillant ensemble, être attaquées du mal de Bright en même temps (1). Un homme de trente-sept ans, atteint d'albuminurie et d'anasarque, mourut dans le coma urémique, à l'hôpital Beaujon, dans les salles de M. Fernet. La maladie avait débuté brusquement à Londres, quinze mois auparavant, par un mal de gorge prononcé, et dès le lendemain le visage et les mains étaient enflés. L'angine dura cinq jours, l'anasarque persista, et il n'y eut jamais aucune trace d'éruption scarlatineuse ni de desquamation de la peau. Cet homme était alors depuis cinq ans dans une fabrique de cols américains, lesquels exhalaient une odeur insupportable de camphre et d'alcool quand ils passaient par ses mains. Il travaillait depuis dix-huit mois, à la même table, avec deux Anglais, buvant quelquefois dans le même verre. Un des Anglais tomba malade huit jours avant lui, et l'autre en même temps. Tous deux se plaignirent d'abord, comme lui, d'un mal de gorge, et, deux ou trois jours après, ils devinrent enflés comme lui. Ils allèrent à l'hôpital; l'un y mourut au bout de quinze jours, l'autre y était encore lorsque notre malade revint à Paris.

Voilà un exemple d'une petite épidémie de trois cas de mal de Bright *primitif* ou *a frigore*.

On trouvera, dans ma thèse, huit autres cas de ce mal ayant commencé par une angine. Depuis, j'ai observé encore trois faits semblables, que je publierai. L'angine n'a jamais fait défaut dans les cas à début soudain et violent que j'ai rencontrés, le mal de Bright fût-il passager ou persistât-il à l'état chronique. Quand le mal s'établit insidieusement, le sujet ne peut préciser l'instant où il est tombé malade, et il ne se souvient pas d'avoir souffert de la gorge. L'angine manque dans les poussées aiguës au cours du mal chronique, et il importe de ne pas prendre une poussée aiguë pour le début du mal de Bright. Enfin la douleur de gorge, quelquefois très vive, est souvent légère, et il arrive alors, sans doute, que les malades en perdent vite le souvenir; d'où l'on voit que le temps le plus favorable à la recherche de l'angine est dans les premiers jours qui suivent le début soudain du mal de Bright.

(1) Voir ma thèse, p. 63.

Cette angine dure de deux à cinq jours ; elle précède, de quelques heures à un ou deux jours, l'hématurie, les œdèmes, l'urémie. Les malades en parlent rarement d'eux-mêmes, tout occupés de leur visage enflé et de leurs urines sanglantes : mais interrogés là-dessus, ils en conviennent aussitôt. Il ne s'agit pas ici d'une angine scarlatineuse accompagnée d'une éruption si discrète qu'elle passe inaperçue, et compliquée ensuite d'un mal de Bright. Cette complication de la scarlatine arrive, au plus tôt, quinze jours après l'angine, et si l'éruption n'a pas été vue, la desquamation est évidente. L'angine du mal de Bright le précède de quelques heures, et il n'y a jamais aucune desquamation de la peau. D'ailleurs, s'il faut une preuve décisive, j'ai observé quatre sujets qui furent pris d'angine dans la convalescence d'une scarlatine; dès le lendemain, œdèmes et hématurie (1).

Quelques auteurs ont rapporté des cas semblables, mais les uns ne donnent aucune attention à l'angine, et les autres supposent qu'elle était scarlatineuse. D'autres, enfin, regardent l'angine comme la cause d'une néphrite infectieuse, dont le mal de Bright est résulté. Mais c'est, au contraire, la néphrite qui est l'effet du mal de Bright, comme elle est l'effet de la fièvre typhoïde, et la cause de ce mal a sans doute pénétré dans l'économie, grâce à l'angine.

Le début violent par une angine favorise, comme on l'a vu, la contagion du mal de Bright entre personnes vivant dans la même chambre et respirant le même air. Mais l'angine passée, par exemple au cours du mal de Bright chronique, la contagion se fait-elle ? Sur ce point, on lira, avec intérêt, dans l'ouvrage de MM. Lecorché et Talamon, dix observations où ce mal a frappé à la fois plusieurs membres d'une même famille habitant ensemble (2). En voici deux autres exemples :

Une femme mourut d'un mal de Bright chronique ; neuf de ses douze enfants et deux de ses frères en furent atteints comme elle (Kidd).

Dickinson a rapporté le cas d'une famille qui compte quatre générations de brightiques. La première génération se composait d'un homme et de quatre femmes, ses sœurs. Cet homme mourut albuminurique, ainsi que deux de ses sœurs. Il laissa six enfants, dont quatre albuminuriques depuis leur jeunesse. Les quatre sœurs eurent aussi des enfants : l'aînée en eut six, dont cinq albuminuriques, et la troisième cinq, dont un seul albuminurique. La quatrième génération est représentée par l'enfant de l'aînée des cinq albuminuriques, et *cet enfant fut albuminurique dès l'instant de sa naissance*.

On trouve encore des albuminuriques dans une ligne collatérale, et Dickinson ajoute que les portraits de famille conservés depuis le XVe siècle montrent tous la même pâleur albuminurique du visage (3). Cette observation paraîtra sans doute instructive, même sans les portraits.

On a pensé que, dans ces circonstances, le mal de Bright était héréditaire : mais la tuberculose était dite héréditaire aussi, en pareil cas, avant qu'on ne la sût infectieuse.

Quand une femme avorte ou accouche au cours d'une

(1) Voir dans ma thèse, p. 67, une de ces observations.
(2) Lecorché et Talamon. Loc. cit., p. 456.
(3) Dickinson. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, novembre 1889, p. 578.

maladie infectieuse, par exemple la syphilis, le produit porte les marques de cette maladie. Le mal de Bright des femmes enceintes est aussi une cause fréquente d'avortement ou d'accouchement prématuré; le fœtus présente souvent de l'anasarque comme la mère, et j'ai vu les reins d'un de ces fœtus être atteints d'une néphrite diffuse. Si l'enfant survit, le mal de Bright, transmis par la mère, se manifeste dès la naissance, comme le prouve l'observation de Dickinson.

Enfin, les expériences de M. Blanc sur l'urine des femmes enceintes et brightiques confirment tout ce qui précède. Il en a isolé un bacille qui fut inoculé dans les veines de plusieurs lapines. Ces animaux eurent des convulsions, une néphrite diffuse, et l'une des femelles, qui était pleine, mit bas un peu avant les convulsions (1).

En résumé, tout concourt à faire regarder la cause spécifique du mal de Bright aigu ou chronique comme infectieuse : 1° parce que le début soudain de ce mal est marqué par une angine qui précède de quelques heures les œdèmes, l'albuminurie, l'urémie; 2° parce que ce mal, au début soudain, paraît être contagieux (j'en ai cité une petite épidémie), et qu'il y a de véritables épidémies de mal de Bright après la scarlatine; 3° parce qu'une mère brightique peut transmettre son mal au fœtus, comme elle ferait la syphilis; ce fait, ajouté à ce qui précède, jette un grand jour sur les cas dits héréditaires; 4° parce que M. Blanc a trouvé, dans l'urine des femmes éclamptiques, un bacille capable de donner aux animaux des convulsions et une néphrite diffuse.

VII

Pathogénie du mal de Bright. Étiologie. — On observe, dans le rein, les lésions les plus profondes (scléroses atrophiques des vieillards, stéatose, néphrites diffuses avec ou sans dégénérescence graisseuse), sans que le mal de Bright les accompagne jamais. Ni par la suppression des reins, ni par l'injection intra-veineuse de l'urine, il ne s'accumule dans le sang aucune substance capable de provoquer ce mal, aigu ou chronique. La cause n'en est donc pas en nous, elle vient du dehors; et quand elle a pénétré dans l'économie, le sang est adultéré par un poison, agent de la néphrite diffuse et de tous les autres désordres. Ce toxique étranger se renouvelle tant que dure le mal (ainsi fait le poison diphthérique par exemple) et tout se passe comme s'il avait sa source dans des bactéries. L'angine que j'ai trouvée marquant le début soudain du mal de Bright passager ou chronique est une preuve de cette opinion ; elle est appuyée par la petite épidémie que j'ai citée de ce mal, et par les cas où plusieurs membres d'une même famille, habitant ensemble, en sont frappés, même pendant plusieurs générations.

L'action des cantharides n'est pas sans analogie avec ce poison des brightiques (2). En effet, les animaux et l'homme sont affectés, durant l'élimination de la cantharidine, d'une néphrite diffuse avec cystite. Tous les autres organes sont lésés en même temps, foie, tube digestif, glandes de la peau, vaisseaux, quelle que soit la voie par où le toxique pénètre.

Si l'action de la cantharidine s'exerce quelque temps, la néphrite diffuse atrophie les reins, le derme de la peau et des muqueuses s'épaissit et leurs glandes sont détruites par la sclérose (Cornil).

Comme la cantharidine, le toxique du mal de Bright détermine une néphrite diffuse et une cystite. Cette cystite est très évidente dans le mal de Bright aigu, et dans les poussées aiguës, au cours du mal de Bright chronique. Le malade est alors tourmenté de besoins d'uriner fréquents, impérieux, cuisants, et il évacue, à chaque miction, un peu d'urine sanguinolente (1).

En même temps, la substance toxique altère tous les organes, vaisseaux, tube digestif, téguments, etc.; ainsi paraissent les hydropisies, la diarrhée, les vomissements, le prurit de la peau. Si son action est durable, le toxique excite des scléroses au sein des organes : le rein s'atrophie, le myocarde est dissocié par ses fibres conjonctives, et la tunique musculaire des artères s'épaissit; la muqueuse gastro-intestinale s'ulcère à la longue, surtout dans le gros intestin, son derme devient fibreux et ses glandes s'atrophient (Hlava et Thomayer); les glandes de la peau s'atrophient comme celles du tube digestif. Il avait paru à Semmola que ces altérations cutanées étaient la cause du mal de Bright : elles en sont l'effet, comme la néphrite.

Voici les troubles fonctionnels qu'on observe dans l'homme et dans le chien par l'absorption de doses faibles ou fortes de cantharidine : à dose faible, il y a des vertiges, de la faiblesse des membres, des secousses musculaires, et les pulsations artérielles sont affaiblies ; à dose forte, céphalalgie, alternatives d'agitation et de torpeur, cris, convulsions cloniques, gémissements. Il y a des vomissements, du ténesme rectal, les selles sont diarrhéiques, verdâtres et copieuses. La respiration est irrégulière, haletante, le pouls a peu de force.

L'intoxication aiguë par les cantharides est fébrile.

La cantharidine provoque donc une urémie cérébro-spinale, dyspnéique, gastro-intestinale; elle détermine aussi une néphrite diffuse qui peut atrophier les reins. Mais la néphrite n'est pas la cause de cette espèce d'urémie, la cantharidine n'est pas un poison normal de l'organisme qui y soit retenu par la lésion rénale, enfin l'intoxication cantharidienne n'est pas une néphrite.

De même, le poison particulier du mal de Bright excite l'espèce d'urémie propre à cet état pathologique : vertiges, céphalalgie, délire, convulsions, dyspnée, troubles gastro-intestinaux; il agit sur les zones motrices du cerveau, déterminant aussi des hémiplégies ou des monoplégies. En même temps, il provoque une néphrite diffuse qui peut atrophier les reins. Mais la néphrite n'est pas la cause de l'urémie : ce toxique n'est pas un poison normal de l'organisme qui y soit retenu par la lésion rénale, enfin le mal de Bright aigu ou chronique n'est pas une néphrite.

La diversité des accidents dits urémiques a fait penser qu'il fallait plusieurs toxiques pour les susciter; par exemple, qu'il y avait un poison particulier pour les troubles gastro-intestinaux, un pour la dyspnée, etc. (2). Mais cette hypothèse n'est pas nécessaire, un seul poison excite des troubles bien divers. On le voit par l'exemple de la cantharidine qui donne toute seule du délire, des convulsions, de la diarrhée, de la dyspnée, avec prédominance de tel ou tel symptôme, selon le cas. On le voit par l'alcoolisme chronique où prédominent tantôt les troubles diges-

(1) Blanc. Académie des sciences, 25 mars 1889.

(2) Galippe et Laborde. *Bulletin de la Société de biologie*, 1874. — Cornil. *Journal de l'anatomie*, 1880.

(1) Voyez ma thèse, p. 78.

(2) Bouchard. Loc. cit.

tifs, tantôt ceux du cerveau, tantôt la paralysie, etc. Le toxique est toujours le même, les malades sont très différents, d'où le visage changeant de chaque intoxication.

La présence dans le sang d'une quantité suffisante du poison brightique suffit à développer l'urémie : la suppression de l'urine n'est pas une circonstance nécessaire. J'ai vu, comme tous les médecins, des sujets en pleine urémie évacuer de un demi-litre à 1 litre d'urine par jour (1). Mais l'anurie accompagne, en général, les accidents urémiques. Ces troubles, en effet, étant excités par la présence dans le sang d'une quantité plus grande de toxique que dans les périodes d'accalmie, l'irritation des reins est alors plus intense, leurs canalicules s'obstruent de détritus épithéliaux et de cylindres, d'où l'anurie.

L'urémie aiguë est fébrile, la chronique s'accompagne souvent d'un abaissement de la température, mais faut-il les regarder comme distinctes ? A part cette différence de la température, ce sont précisément les mêmes symptômes : dyspnée, diarrhée et vomissements, céphalalgie, convulsions, coma. Les paralysies elles-mêmes se voient dans les deux cas, car, si on les observe surtout dans l'urémie chronique, elles paraissent aussi dans l'urémie aiguë, par exemple dans le mal de Bright aigu des femmes enceintes.

Les différences de la température s'expliquent par la durée de l'anurie. Il est digne de remarque, en effet, que, dans l'urémie chronique, la température est à 37 degrés ou au-dessus, comme dans l'urémie aiguë, tant que la diurèse persiste; mais si l'urine est tarie depuis quelques jours, l'hypothermie se manifeste.

L'urine ordinaire est hypothermisante. Injectée dans les veines d'un lapin, elle fait décroître sa température de 39 à 32 degrés (Bouchard) : le corps des calculeux anuriques se refroidit beaucoup.

Le toxique du mal de Bright est pyrétogène comme la cantharidine. Lorsque deux substances, l'une hypothermisante, l'autre pyrétogène, se trouvent ensemble dans le sang, la première annihile l'action pyrétogène de l'autre, pourvu qu'elle soit en quantité suffisante. Par l'antipyrine, un typhique n'est pas seulement sans fièvre, mais hypothermique, et le même effet se produirait par la ligature des uretères. Si donc l'urémie aiguë est fébrile, c'est sans doute parce que l'anurie dure peu ; et si, dans l'urémie chronique, la température décroît chaque fois que l'urine se tarit plusieurs jours durant, c'est que les malades sont alors sous le coup de deux intoxications différentes, l'urinémie et l'urémie brightique. Sitôt que la diurèse se réveille, ou s'il survient une diarrhée qui supplée l'émonctoire urinaire, la température se relève aussitôt.

J'ai dit pour quelle raison la cause spécifique de ce mal aigu ou chronique paraît être infectieuse. Les causes occasionnelles en sont le froid, la grossesse, les maladies infectieuses. Mais une circonstance est nécessaire à l'établissement du mal de Bright chronique, c'est l'affaiblissement profond des sujets au moment où ils sont atteints.

L'alcoolisme est la cause prédisposante par excellence du mal de Bright chronique, il aide puissamment toutes les autres, et son influence est si grande que la distribution géographique de l'alcoolisme est précisément celle du mal de Bright, dont on ne guérit pas (2). Cette remarque était aisée, mais je ne crois pas qu'on l'ait faite.

(1) Voir, dans ma thèse, l'Obs. I, p. 63.
(2) Voir le chapitre ÉTIOLOGIE de ma thèse, p. 84 et suiv.

VIII

DES NÉPHRITES. — Les néphrites sont des altérations diffuses ou systématiques des reins, provoquées par des maladies très nombreuses. Chacune de ces maladies se manifeste par des lésions viscérales, parmi lesquelles on rencontre une néphrite. Toutes ces lésions sont des témoins de la maladie, aucune d'elles ne l'a provoquée.

Les néphrites diffuses ont pour symptômes l'albuminurie, l'hématurie, les cylindres épithéliaux, granuleux, colloïdes de l'urine, l'anurie, quand les canalicules sont obstrués.

Il n'y a pas de symptômes des néphrites systématiques ou conjonctives, sinon l'anurie, lorsque tout le rein est atrophié.

L'anurie des néphrites a pour cause principale l'obstruction des reins et pour cause adjuvante la faiblesse du myocarde; ses effets sont ceux de toute anurie mécanique (anurie calculeuse). Ni l'urémie brightique, ni les œdèmes, ne sont les effets d'une néphrite.

On conçoit à présent que toutes sortes de lésions rénales (lésions tuberculeuses, syphilitiques, cancéreuses, cirrhose asystolique, scléroses des vieillards, hydro-néphrose, etc.) puissent se trouver dans les brightiques, comme elles se voient dans les sujets atteints de diphthérie, d'érysipèle, de fièvre typhoïde. Mais au milieu de ces altérations étrangères, on découvrira toujours la néphrite diffuse aiguë ou chronique propre au mal de Bright. D'où l'on voit que les lésions rénales, objets de tant de débats, et sur quoi tout le mal de Bright est censé reposer, n'y ont pas plus d'importance, en effet, que dans la diphthérie ou la fièvre typhoïde.

L'observation avait appris à Bright que les gens affectés d'albuminurie, d'œdèmes et d'urémie chroniques, avaient toujours les reins altérés profondément; cette lésion lui parut la cause de tous les désordres, son sentiment fut suivi, et la maladie fut désignée par son symptôme anatomique le plus apparent; on l'appela néphrite. Conséquemment, toutes les fois que les reins étaient trouvés atrophiés, par exemple dans un vieillard, on concluait au mal de Bright en voyant la néphrite. Et si l'on apprenait que ce vieillard, mort inopinément par un accident, avait toujours été d'une santé parfaite, on ne mettait pas en doute le mal de Bright, on s'étonnait seulement de ces cas singuliers où ce mal pouvait être précisément comme s'il n'était pas. Mais au lieu de conclure à la maladie d'après un organe, si l'on avait comparé, à l'exemple de Bright, les observations cliniques aux autopsies, on eût reconnu que les altérations rénales les plus profondes se rencontrent aussi dans beaucoup d'états pathologiques auxquels le mal de Bright demeure tout à fait étranger. On se fût persuadé, en consultant de bonnes statistiques, que ce mal est très rare dans la vieillesse, qu'il devient d'autant plus rare que la vieillesse se prolonge, et, en d'autres termes, qu'il est exceptionnel précisément à l'âge où la sclérose atrophique des reins est constante et le plus prononcée.

Bright ne s'était attaché, dans ses recherches, qu'à la forme chronique du syndrome *albuminurie*, *œdèmes*, *urémie*, et comme l'altération rénale y est toujours très prononcée, on a vu que c'est elle qui lui donna l'idée d'un rapport de cause à effet entre la néphrite et le syndrome. Cette relation une fois admise, il fallait bien l'appliquer aussi à la forme aiguë du même syndrome : mais s'il n'y avait jamais eu de mal de Bright chronique, on n'aurait sans doute jamais pensé que le mal de Bright aigu fût une néphrite. En effet, lorsqu'un jeune sujet succombe au mal de Bright

aigu, par exemple à celui qui suit la scarlatine, on sait que ses reins présentent à l'œil nu et au microscope la même apparence que s'il eût succombé à la diphthérie, à un érysipèle : ils sont d'un volume ordinaire, congestionnés et frappés d'une néphrite diffuse. Or, personne n'a jamais imaginé, d'après cet état des reins, que l'érysipèle et la diphthérie fussent des néphrites.

IX

Coup d'œil général. — L'état pathologique aigu, subaigu ou chronique, que j'ai appelé mal de Bright, est spécifique. Il altère tous les organes et toujours de la même manière ; dans les reins, c'est une néphrite épithéliale, mieux nommée diffuse. Peu apparentes, quand le mal est récent, ces lésions sont très prononcées lorsqu'il est chronique. Les glandes de la peau et du tube digestif sont alors atrophiées, le foie subit une hépatite caractéristique, le myocarde et la tunique moyenne des artères s'épaississent, enfin, la néphrite diffuse atrophie le rein.

Il n'y a pas de maladie qui soit une néphrite. Ce terme de néphrite appartient à l'anatomie pathologique et non pas à la nosologie.

Tantôt les lésions propres au mal de Bright se trouvent seules dans les cadavres ; tantôt il s'y joint des états pathologiques étrangers : athérome généralisé, scléroses des vieillards, tuberculose, cancer, etc.

Les grands symptômes du mal de Bright sont les œdèmes, les accidents dits urémiques et l'albuminurie. Dans le mal chronique, on observe deux formes cliniques principales selon que les œdèmes et l'albuminurie sont très marqués ou très peu. Dans ce dernier cas, le mal de Bright est torpide et il annonce une longue durée. Les deux formes alternent souvent dans le même sujet.

Toutes les présomptions inclinent à croire que la cause spécifique du mal de Bright est infectieuse.

Le mal de Bright passager et qui guérit, reconnaît-il la même cause spécifique que le chronique, qui ne guérit point, ou bien l'état pathologique, que j'ai désigné du nom de mal de Bright, est-il commun à plusieurs causes spécifiques ? Je ne sais. Mais le mal de Bright chronique a souvent un début soudain comme le passager, il est alors impossible de les distinguer par aucun caractère, et tout se passe comme s'il n'y avait qu'un seul mal de Bright, passager ou chronique, suivant l'occasion. Si l'on convient donc de donner le nom de mal de Bright à la forme chronique, il est impossible, quant à présent, de refuser ce nom aux formes aiguës et passagères.

On a épuisé les ressources de la thérapeutique sur les reins, regardés comme la cause essentielle de tous les accidents, on n'a jamais guéri le mal de Bright chronique, et l'on s'est affligé de l'impuissance de l'art. Peut-être y a-t-il quelque profit à tirer, pour le traitement du mal de Bright, des considérations que j'ai exposées.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ernest Hardy, chef des travaux chimiques de l'Académie de médecine de Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

Paris, le 22 septembre 1890.

On crie beaucoup contre le recrutement du haut personnel médical de nos hôpitaux. De toutes parts, ce ne sont que plaintes et récriminations contre ces concours interminables qui prennent l'étudiant français au début de sa carrière et le conduisent plus ou moins péniblement aux situations enviées de médecin des hôpitaux et de professeur à la Faculté !

A chaque instant, on nous chante les louanges des pays étrangers, on nous fait admirer ce qui se passe en Autriche, en Allemagne surtout; et l'on vient à trouver (peut-être parce que cela vient d'Allemagne) que le simple choix et la faveur sont les seules méthodes rationnelles pour le recrutement de l'état-major médical. On va peut-être un peu loin dans cette voie, et l'on semble oublier que les reproches doivent s'adresser moins au concours lui-même qu'à certains de ses défauts. On demande la suppression du concours, parce que, de temps en temps, ses règlements sont enfreints et ses lois violées. On proteste à juste titre, quand on soupçonne qu'un peu de faveur n'a pas été étrangère à la décision d'un jury. Mais, en bonne logique, qui croirait que toutes ces protestations ne tendent qu'à une chose : supprimer le concours et le remplacer par le libre choix des maîtres déjà nommés! Ce n'est guère admissible; nous reviendrons, d'ailleurs, sur cette question qui mérite qu'on l'étudie plus à fond. Le fait suivant, qui vient de se passer à Vienne, n'est pas de ceux qui nous feront modifier notre opinion.

Il y a quelque temps, un jeune homme se présentait au directeur de l'Hôpital général de Vienne, et, muni d'un diplôme de la Faculté de médecine d'Innsbrück, demandait à être inscrit au nombre des médecins attachés à l'établissement à titre d'assistants. Droit fut fait à sa demande, et, sous la direction d'un premier assistant, le jeune homme suivait la visite du docteur pour le service duquel il avait été désigné. On avait bien noté quelques imperfections et quelques lacunes dans son instruction médicale, mais une place de deuxième assistant étant devenue vacante, le docteur d'Innsbrück fut choisi et nommé. Or, quelque temps après, au grand scandale de ses collègues, le nouvel assistant fut arrêté pour un délit commis par lui dans une maison de banque, et l'on apprit, à cette occasion, que le prétendu docteur n'avait jamais fait aucune étude médicale.

Voici comment s'exprime, à ce sujet, l'*Internationale klinische Runsdchau.*

« Le cas de Peratoner nous a appris que l'on peut, sous le masque médical, pratiquer pendant de longues semaines dans un grand hôpital de Vienne, sans avoir jamais jeté un regard dans les arcanes de la médecine. Et, chose digne de remarque, ce n'est pas l'ignorance de ce jeune imposteur qui l'a fait démasquer, mais une incursion fortuite qu'il s'est permise sur un tout autre terrain. Sans cela, il donnerait aujourd'hui encore ses ordres au lit du malade, et son enseigne brillerait toujours dans Margarethnerstrasse. »

Avouons que l'aventure est édifiante, et que, pour la sécurité de nos malades, les concours présentent encore quelques petits avantages!

HOPITAL TENON. — M. Reynier.

Endartérite du membre inférieur, consécutive au rhumatisme; gangrène des orteils; amputation de la jambe; gangrène du moignon; mort.

Le malade, qui fait le sujet de cette observation, est entré le 2 mai 1890, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le docteur Reynier, salle Montyon, lit n° 2. Il est âgé de cinquante-cinq ans et exerce le métier de facteur des postes.

Il a eu, il y a dix ans, des douleurs articulaires dans les bras et les genoux, douleurs qui disparurent sans traitement. Il nie avoir eu la syphilis, dont on ne trouve, d'ailleurs, aucune trace; il avoue qu'il boit volontiers, mais sans excès.

Au mois d'octobre 1889, il a été repris de douleurs articulaires généralisées, le pied gauche excepté. On le traita par l'iodure de potassium et le salicylate de soude, et les douleurs disparurent.

Vers le 20 mars de cette année, le pied gauche enfla et devint rouge; il y eut de la fièvre et des douleurs assez intenses. Le malade affirme n'avoir eu aucune écorchure et n'avoir pas porté de chaussures ayant pu le blesser. On fit des badigeonnages à la teinture d'iode et le gonflement disparut. Une semaine après, au commencement du mois d'avril dernier, apparut, au niveau de la quatrième articulation métatarso-phalangienne gauche, une

tache violacée qui s'étendit peu à peu; au bout de quelques jours, il se forma une petite ulcération. On fit maintenir autour du pied des compresses trempées dans une solution phéniquée faible. L'ulcération faisant des progrès et les deux derniers orteils commençant à prendre une teinte violacée, le malade est adressé à M. Reynier.

A son entrée, on constate ce qui suit :

On est frappé, dès l'abord, par la pâleur générale du malade et par l'expression anxieuse de sa physionomie. Il a l'air obsédé par une préoccupation. En l'interrogeant avec soin, on ne trouve pas la cause de la gangrène. Il n'y a aucun symptôme d'alcoolisme ou d'ataxie; la sensibilité et les réflexes sont normaux, les pupilles égales; aucun signe de néphrite ni de diabète. L'urine, analysée par le pharmacien de l'hôpital Tenon, est absolument normale, elle ne contient pas trace de sucre ni d'albumine.

Les artères sont légèrement athéromateuses; le pouls est faible mais régulier. On ne trouve rien au cœur.

Le malade ressent dans tout le membre inférieur gauche, mais surtout dans le pied, des douleurs continues, lancinantes; le patient indique leur siège à la face postérieure de la cuisse, sur le trajet du nerf sciatique. La pression aux points classiques n'exaspère ni même ne provoque la douleur.

Le pied gauche est œdématié; les deux premiers orteils sont violacés, froids et peu sensibles; les trois derniers sont noirâtres et complètement insensibles; leur épiderme se détache facilement. Il existe à leur niveau, sur la face dorsale du pied, une plaque noire de sphacèle, bien limitée par un contour convexe vers la jambe, et s'étendant jusqu'au milieu du quatrième métatarsien, dans le sens antéro-postérieur, du cinquième au troisième orteil dans le sens transversal. La sensibilité n'existe plus au niveau de la plaque; sur la limite du sphacèle, il y a un sillon très net, avec suintement séro-sanguinolent. A l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs du deuxième métatarsien, existe une ulcération peu profonde, de la dimension d'une pièce de vingt centimes.

Le malade éprouve, dans les orteils sphacélés, des douleurs intenses et continuelles, qui l'empêchent de dormir.

Le membre inférieur gauche tout entier est atrophié.

Pansement au salicylate de bismuth. On fait prendre, pour la nuit, 4 grammes de chloral en deux fois.

Pendant huit jours, les douleurs persistent ainsi que l'insomnie; au bout de ce temps, l'escharre paraît s'être limitée et l'élimination commence. Les douleurs ont beaucoup diminué et le malade dort un peu mieux, mais pas plus de quatre ou cinq heures dans la nuit. Le pansement au bismuth est renouvelé tous les trois jours; la température, qui, au début, oscillait, du matin au soir, entre 37°5 et 38 degrés, se maintient, quinze jours après l'entrée du malade, à 36°8 le matin et 37°3 ou 37°4 le soir. L'appétit est médiocre.

A la fin de mai, les douleurs ont reparu, aussi intenses qu'au début, et avec elles l'insomnie. Le malade devient de plus en plus préoccupé; il parle à peine à ses voisins et même à ses parents. Les escharres du pied se sont détachées, laissant une plaie dont le fond montre les tendons extenseurs exfoliés. Les trois derniers orteils sont pour ainsi dire momifiés; à leur racine, sur la face plantaire, on voit un sillon d'élimination, avec suintement séro-sanguinolent. Le gros orteil est également sphacélé; sur le second, il y a des phlyctènes. Le contour de l'ulcération dorsale s'est agrandi, la destruction des tissus s'avance vers l'articulation tibio-tarsienne; l'ulcération du deuxième métatarsien s'est aussi agrandie. Il n'y a pas d'élévation de température. On donne, tous les soirs, 4 grammes de chloral. Même pansement.

5 juin. Les douleurs deviennent plus intenses; le chloral ne donne plus que deux ou trois heures de sommeil. Il se forme une escharre au niveau du sacrum. Chloral et piqûre de morphine.

11 juin. Au niveau du talon, il s'est formé une escharre noirâtre, empiétant sur la plante du pied et sur la face postérieure du calcanéum. Mêmes douleurs et insomnie. Pansement au bismuth; 2 grammes de chloral et 2 grammes de bromure de potassium pour la nuit. En présence des douleurs violentes et des progrès de la gangrène, l'amputation de la jambe est proposée et acceptée.

13 juin. M. Oulmont vient examiner le malade et conclut à une gangrène par artérite.

L'amputation est pratiquée le 14 juin 1890. L'anesthésie chloroformique, absolument régulière, est rapidement obtenue sans agitation. Pendant toute la durée de l'opération, sommeil calme sans vomissements.

Amputation à lambeau externe, disséqué de dehors en dedans, un peu au-dessous du lieu d'élection, après application de l'appareil d'Esmark. Ligature des artères tibiales antérieure et postérieure et de l'artère péronière. Après ablation du tube, la plaie reste exsangue et le moignon pâle et froid. Irrigation avec la liqueur de Van Swieten chaude. Au bout de quatre ou cinq minutes, il se produit un écoulement sanguin insignifiant, une cuiller à café de sang au plus. En présence de ce fait, on n'ose laver la plaie avec la solution phéniquée forte, on se contente de l'arroser avec la solution de sublimé. Sutures au crin de Florence, drainage par l'angle inférieur et pansement iodoformé, légèrement compressif. La température à ce moment est de 37°5.

Dans la journée, le malade se trouve bien; les douleurs ont disparu. Mais le soir, légère oppression. Température 40°4; dans la nuit l'oppression augmente, il y a du délire.

15 juin. Dyspnée croissante, présentant le rythme de Cheyne-Stokes; température du matin 40 degrés. Le malade répond difficilement aux interrogations; il ne souffre pas de sa jambe; pas de point de côté, pas de toux, pas de crachats; rien à l'auscultation, pas de vomissements. On ordonne, pour la journée, 2 grammes de sulfate de quinine. A trois heures, le malade n'a plus sa connaissance; il ne répond pas aux questions. A cinq heures, la température étant à 40 degrés et le malade ne pouvant avaler sulfate de quinine, on ordonne l'antipyrine en injections sous-cutanées à 50 centigrammes par seringue.

Première piqûre à cinq heures : température à six heures et demie, 39°8.

Deuxième piqûre à sept heures : température à huit heures, 39°8.

Troisième piqûre à huit heures : température à neuf heures, 39°6.

Quatrième piqûre à neuf heures.

16 juin. Même état du malade, même respiration de Cheyne-Stokes. Cependant, la température n'est plus que de 38°5 et le malade répond à quelques questions. Il ne paraît pas souffrir de sa jambe. On ne touche pas au pansement et on ordonne des injections sous-cutanées de bromhydrate de quinine, une potion de Todd. Température du soir, 39 degrés.

17 juin. Même état. Température du matin, 38°6. On défait le pansement et on trouve du sphacèle du lambeau, remontant à 2 centimètres au-dessus du lieu de l'amputation. Il y a une escharre au niveau du genou. On enlève les sutures, on ouvre le moignon qu'on recouvre de poudre de bismuth après l'avoir largement lavé au sublimé. Pansement iodoformé. Température du soir, 39°2. Incontinence d'urine et de matières fécales.

18 juin. Température du matin, 38°3. La respiration est plus régulière, le malade comprend les questions. Il paraît souffrir beaucoup au moment du pansement. Le soir, la parole est embarrassée. Température, 38°8. Incontinence d'urine et des matières fécales.

19 juin. Il s'est formé au sacrum une large escharre noirâtre, que l'on panse avec la poudre de quinquina. Température du matin, 38°4. Pansement du moignon. La parole devient inintelligible. Température du soir, 39°9.

20 juin. Même état. Température du matin, 38 degrés; du soir, 38°2.

21 juin. L'état du malade s'aggrave. Respiration stertoreuse, pouls petit et précipité; perte complète de connaissance et du mouvement, incontinence d'urine et des matières. Température

matin, 38 degrés; soir, 38°5. Ces phénomènes s'accentuent et le malade meurt le lendemain 22 juin 1890, à huit heures du matin; à sept heures du matin, la température était de 38°2.

L'autopsie n'a pu être faite.

Le membre amputé a été soumis à l'examen de M. le docteur Déjerine, qui a trouvé de l'endartérite sur toute l'étendue du segment enlevé, c'est-à-dire que la lésion remontait certainement au-dessus du lieu de l'amputation. L'existence de la gangrène du moignon, de l'escharre au niveau du genou et de celles du sacrum confirment le résultat de l'examen. Les escharres du sacrum présentaient absolument les mêmes caractères, le même aspect que les orteils sphacélés.

L'étiologie introuvable de la gangrène se trouve donc dévoilée, et l'on peut dire que, chez cet homme, les choses ont dû se passer ainsi :

Ce malade, porteur d'artères légèrement athéromateuses, ayant des antécédents de rhumatisme, a eu une attaque de rhumatisme aigu. A la suite de cette attaque, il a eu de l'endartérite du membre inférieur, endartérite limitée d'abord au pied, sans doute, puis propagée de la périphérie au centre et ayant amené l'oblitération des vaisseaux, d'où gangrène ascendante.

La gangrène des extrémités, consécutive à un état général, et affectant une marche progressive, a été surtout étudiée, comme complication de la fièvre typhoïde, depuis que Bourgeois (d'Étampes) a attiré l'attention sur ce sujet, dans un mémoire lu, en 1857, à la Société médicale des hôpitaux. Mais la lumière n'a été faite, sur cette question, que depuis les remarquables travaux de M. Hayem.

Bourgeois (d'Étampes) admettait que la gangrène était due à une embolie artérielle, et Bourguet (d'Aix), quelques années plus tard, discutant la pathogénie de la gangrène, consécutive à la fièvre typhoïde, à propos d'un cas observé par lui, repoussait l'artérite comme mécanisme et admettait aussi l'embolie.

En 1863, Patry, dans un mémoire sur la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde, examine les observations publiées jusqu'à lui et conclut à l'artérite.

Dans la plupart de ces observations, on trouve noté le fait suivant, présenté également par notre malade : la gangrène fut annoncée plusieurs jours à l'avance par de très vives douleurs, siégeant dans la partie qui devait se sphacéler.

Patry rapporte également le cas suivant : sur un homme de trente-trois ans, au quatorzième jour d'une fièvre typhoïde grave, survint de la gangrène du pied et de la jambe du côté droit. Deux ou trois jours avant l'apparition de la mortification, non seulement il y eut des douleurs spontanées intenses, mais encore les artères elles-mêmes étaient douloureuses à la pression, ce que nous n'avons pas constaté sur notre malade.

En 1875, M. le professeur Hayem discute un cas observé par lui. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-trois ans, atteinte de fièvre typhoïde et qui, au bout de dix jours, présenta un murmure à la pointe du cœur et au premier bruit; quatre jours après, le souffle s'était étendu jusqu'à la base ; huit jours encore et l'on put constater un affaiblissement notable du premier bruit, en même temps que la succession des bruits prenait le rythme fœtal. Enfin, apparut la gangrène du pied gauche, précédée de vives douleurs. On ne sentait plus les battements artériels. L'amputation de la cuisse fut pratiquée et l'on s'aperçut que l'artère fémorale était obturée par des caillots, mais encore perméable. A l'autopsie, on trouva un caillot de l'aorte abdominale s'étendant jusqu'à l'origine de la mésentérique inférieure et se prolongeant jusque dans les deux artères crurales droite et gauche; en outre, de la myocardite bien caractérisée, ainsi que des infarctus dans la rate et les reins.

Dans ce cas, la gangrène a été causée par une embolie partie du cœur.

M. Debierre, en 1877, dans sa thèse, rapporte une observation de Morax, dans laquelle il y eut gangrène par oblitération de l'artère crurale gauche, et qui s'accompagna d'aphasie au bout de quelques jours.

Enfin, en 1878, M. Lereboullet publie deux observations que nous résumons.

Dans la première, il s'agit d'un homme de vingt-huit ans qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde grave, eut de la gangrène du membre inférieur gauche, puis du droit, précédée de vives douleurs. Le pouls était mou, inégal, quoique régulier; il n'y avait rien d'appréciable au cœur. A l'autopsie on trouva des caillots dans l'aorte abdominale, s'étendant jusqu'à la deuxième vertèbre lombaire et se prolongeant jusque dans les fémorales.

La seconde se rapproche de la nôtre par certains détails importants. Elle a trait à un homme de vingt-trois ans, atteint également de fièvre typhoïde et qui présenta, huit jours après son entrée à l'hôpital, un affaiblissement du premier bruit. Puis survint, précédée de vives douleurs, de la gangrène du pied et du tiers inférieur de la jambe droite. Au bout d'un mois, on vit se former un sillon d'élimination et l'on crut que la gangrène s'était limitée. On pratiqua l'amputation de la cuisse; malgré l'absence d'hémostasie préventive, il n'y eut pas d'hémorrhagie; les artères apparaissaient béantes et vides.

La réunion était complète au bout de quinze jours; mais les battements artériels, absents au moment de l'examen du malade, ne se montrèrent pas. Les muscles du moignon étaient atrophiés. A gauche, les battements artériels étaient affaiblis et il existait des troubles trophiques. L'examen histologique des artères du membre amputé, examen pratiqué par M. Laveran, a démontré l'existence de l'endartérite.

Il y a, avec notre observation, beaucoup d'analogie. Tout d'abord, nous voyons que la gangrène a été précédée de vives douleurs ; puis, ici, comme sur notre sujet, la gangrène parut se limiter et l'élimination commença; enfin, l'amputation se fit à blanc, sans hémorrhagie, encore comme sur notre malade. L'examen histologique a, en outre, montré la même lésion dans les deux cas : l'endartérite.

A la Société anatomique, en 1874, la discussion des observations de M. Pitres se termina par les conclusions suivantes :

1° Il peut y avoir oblitération d'un gros tronc artériel par un caillot cruorique, avec endartérite chronique, sans que le membre cesse de vivre. Par les voies collatérales, il s'établit un équilibre entre l'apport du sang et les besoins de nutrition des tissus, équilibre suffisant pour entretenir la vie. Mais, si la lésion gagne les voies collatérales, il y a rapidement mortification du segment autrefois irrigué par l'artère.

2° Dans certains cas, très rares, les lésions ascendantes ont débuté par la périphérie ; dans d'autres, beaucoup plus fréquents (celui de M. Hayem, par exemple), la gangrène est due à une embolie partie du cœur.

D'après M. le professeur Charcot, il y aurait endartérite latente, puis déplacement du caillot et embolie.

Voilà donc un certain nombre de faits de gangrène, attribuée à l'endartérite, survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde, mais cette endartérite peut être causée par d'autres affections.

Dans la séance du 8 octobre 1875, MM. Avezou et Béringier présentèrent, à la Société anatomique, une observation de gangrène ascendante, consécutive à des varices enflammées. Mais, lors de la discussion, MM. Charcot et Pitres, tout en reconnaissant qu'il y avait altération des parois artérielles, ne trouvèrent pas cette lésion suffisante pour expliquer la coagulation.

On sait aussi que, sous l'influence de la diathèse goutteuse, il se déclare, dans certains organes, des lésions permanentes. C'est ainsi que l'artérite et l'athérome des artères préparent la gangrène des extrémités. La gangrène sénile n'est-elle pas liée, elle aussi, à une altération de la paroi artérielle ? Il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce que notre malade ait eu de la gangrène par endartérite. Celle-ci s'est établie à la suite d'un rhumatisme aigu et s'est probablement étendue à tout l'arbre artériel. De là, la pâleur générale du malade et les troubles divers observés à la suite de l'amputation. L'opération semble avoir précipité la marche de l'endartérite et cela pour plusieurs raisons. Il y a lieu, pensons-nous, d'incriminer la constriction par le tube d'Esmark, sur un membre à peine nourri et irrigué par des artères athéromateuses, enflammées ; les tissus, déjà très peu vivants, se sont trouvés ischémiés pendant un temps très suffisant pour amener leur mort irrémédiable ; telle est, probablement, une des causes de la gangrène du moignon et de l'escharre du genou. Néanmoins, il faut reconnaître que l'amputation n'a fait que hâter cette mortification, car l'artérite avait pris une marche ascendante rapide, témoin le sphacèle du talon, survenu sans cause appréciable.

Les accidents, présentés par le malade à la suite de l'opération, nous semblent devoir être rapportés à une lésion généralisée de l'arbre artériel ; les troubles de la respiration, l'embarras de la parole, l'incontinence d'urine et de matières fécales, ont dû avoir pour cause une artérite des centres nerveux ; de même l'escharre énorme du sacrum n'a pas été provoquée par un simple effet mécanique de décubitus prolongé, mais par l'endartérite exaspérée par la pression continue, d'où probablement rapide coagulation du sang dans les vaisseaux et gangrène.

En résumé, on peut rattacher tous les accidents, présentés par le malade, à l'endartérite généralisée, consécutive à une attaque de rhumatisme aigu, sans manifestations cardiaques et ayant débuté par la périphérie.

Alex. Wassilieff
Interne du service.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. J. Voisin.

Les persécutés (1) : Idées de persécution chez une héréditaire à la suite de la grippe.

(Leçon recueillie par M. A. Guibert, interne du service.)

III

Dans notre dernière conférence, je vous ai parlé des idées de persécution chez les débiles ; aujourd'hui, je vous montrerai ces mêmes idées prenant naissance à la suite de la grippe. La maladie infectieuse, en déprimant l'organisme, a permis l'éclosion des idées délirantes, mais elle ne les a pas créées ; il suffira d'interroger, à cet égard, les antécédents héréditaires de notre malade. Et ce que je vous dis à propos de la grippe, vous pouvez l'appliquer à toutes les maladies infectieuses, à toutes les intoxications, à toutes les affections, en un mot, auxquelles on a voulu rattacher un délire particulier. Pas plus la fièvre typhoïde que le brightisme ne créeront le délire ; il faut, pour ce dernier, un terrain spécial, car ne délire pas qui veut. L'*hérédité*, au contraire, nous donne l'explication véritable de ces troubles mentaux qui surviennent parfois, soit au cours d'une maladie aiguë, soit pendant sa convalescence. Et si, dans le cas suivant, nous pouvons invoquer la grippe comme agent provocateur, vous verrez que les idées de persécution de la convalescence se sont développées sur un terrain bien préparé.

Mlle A. R... a vingt et un ans, son père est mort cirrhotique, sa mère semble ne pas présenter d'antécédents nerveux, mais sur les six enfants de la famille, outre notre malade qui est hystérique, on trouve un garçon de dix-huit ans, idiot et épileptique, enfermé à Vaucluse. A. R..., enfant, n'a pas eu de convulsions, ni pendant la rougeole, ni pendant la scarlatine qu'elle a eue à l'âge de sept ans. Mais six ans plus tard, à l'occasion d'un rhumatisme articulaire aigu, elle ébauche des attaques d'hystérie. Pendant une fièvre typhoïde, il y a trois ans, elle *délire* et, à la suite, reste pendant trois mois en proie à une indicible tristesse. Il semble bien qu'alors on n'eut affaire qu'à de la mélancolie simple, sans aucun mélange d'idées délirantes.

C'est au mois de décembre dernier que survint la grippe. Huit jours après, la malade était en pleine convalescence, mais c'est alors que commencèrent à se manifester les troubles pour lesquels elle est venue nous trouver. Elle était, nous dit-elle, comme anéantie, le travail le plus simple devenait pour elle une difficulté insurmontable. Elle se rendait à son lavoir, somnolente, à moitié endormie, il fallait presque la pousser pour la faire marcher. Puis il lui sembla bientôt qu'on riait à côté d'elle, ses compagnes chuchotaient sur son compte, on lui en voulait. Elle s'est alors demandée si, par hasard, elle ne deviendrait pas folle comme son frère, mais alors pourquoi vivre ? Cette idée de suicide l'empoigne vivement, elle l'obsède pendant plusieurs jours ; enfin, n'y tenant plus, notre jeune fille s'arme d'un revolver et fait feu. Le coup part sans l'atteindre. Au bruit de la détonation, il lui semble sortir comme d'un rêve, puis elle fond en larmes, et jure, à sa mère effarée qui vient d'accourir, qu'elle ne recommencera plus. Mais elle vient de recouvrer la tranquillité. Elle sent immédiatement un soulagement qu'elle cherchait vainement depuis longtemps. Il en est le plus souvent ainsi, et le persécuté vrai, lorsqu'il s'est vengé, lorsqu'il a tué son persécuteur, trouve, pour quelque temps au moins, un calme qui contraste étrangement avec son crime.

J'ajouterai, pour en finir avec l'observation de cette malade, que, la veille de sa tentative de suicide, elle fit une fugue ambulatoire de plus de trois heures, fugue qu'il faut rapporter à l'hystérie, puisque, ici, nous trouvons de nombreux stigmates de cette névrose, alors que rien ne peut nous faire songer à l'épilepsie.

Mais revenons aux idées de persécution, dont vous avez vu la filiation. Pouvez-vous reconnaître là les diverses pé-

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 981.

riodes qu'a décrites Lasègue ? Non, sans doute, car ce n'est pas un mois qu'il faut au véritable délire de persécution pour évoluer, mais ce sont des années. Aussi dirons-nous que c'est la mélancolie et l'hystérie qui dominent dans notre observation, et par ce fait qu'on y trouve surajoutées quelques idées de persécution, nous n'aurons pas la prétention d'en faire un délire aigu de persécution.

Vous avez vu qu'au début, cette malade était triste sans savoir pourquoi, puis vous l'avez vue chercher, dans ses souffrances, l'explication de son ennui, et se demander enfin le pourquoi de ses souffrances. C'est alors, qu'habituellement, germe l'idée de culpabilité et le délire prend un aspect spécial, suivant les préoccupations les plus ordinaires du malade. Ce dernier est-il adonné à l'exercice des pratiques religieuses, il se reproche de ne pas avoir avoué un péché et se croit damné ; les fonctions digestives ne s'accomplissent-elles pas très régulièrement, ce sont les idées hypochondriaques qui vont surgir ; ou bien une perte d'argent légère sera le point de départ d'idées de ruine. Mais ces idées délirantes, je tiens essentiellement à attirer votre attention sur ce point, elles sont, chez les hystériques, en rapport direct avec l'intensité de leur névrose. Et vous verrez — le cas que je vous présente aujourd'hui en est un exemple — le délire diminuer en même temps que les symptômes hystériques s'atténuent, puis vous noterez, avec l'exagération de ces derniers, l'aggravation du premier, ce qui ne suffit pas pour décrire un délire hystérique spécial. Car les mêmes causes qui provoquent l'hystérie peuvent provoquer les troubles mentaux.

J'ai encore une remarque à vous faire à propos du pronostic. Toutes les fois que vous verrez ces malades regretter une action coupable qu'ils viennent d'accomplir, vous pourrez en inférer une amélioration prochaine, souvent même la guérison ; toutefois, cette dernière est loin d'être toujours définitive et, à la première cause occasionnelle qui viendra s'ajouter à l'hérédité nerveuse, dont vous avez eu une première manifestation, vous verrez renaître le délire. N'oubliez pas non plus, dans votre pratique, de prévenir la famille, de surveiller, et de près, les délirants mélancoliques, car c'est lorsqu'ils paraissent le plus calmes qu'ils mettent à exécution leurs coupables projets : tentatives de suicide, le plus fréquemment, vous venez d'en voir un exemple, mais aussi parfois tentatives homicides, lorsque les idées de persécution sont greffées sur la mélancolie.

Et maintenant si, récapitulant ce que je viens de vous exposer, vous me demandez ce qu'il adviendra de notre malade, je vous répondrai que le pronostic doit être réservé. Sans doute, vous la voyez aujourd'hui guérie, mais n'oubliez pas que déjà, il y a trois ans, elle a eu une première attaque de mélancolie, moins grave que la dernière, aussi n'est-il point impossible qu'il en survienne de nouveau. La grossesse, l'allaitement sont tout particulièrement à redouter pour cette jeune fille.

Le traitement, cela va sans dire, a été tonique, les douches, le fer, le quinquina ont fait les frais de la médication. L'hystérie, l'asthénie post-grippale l'exigeaient avant tout, nous y avons ajouté la suggestion hypnotique qui nous a très bien réussi ; la malade, ayant promptement recouvré sa gaieté, n'entend plus les chuchotements malveillants de ses compagnes, elle a pu reprendre son travail. Puisse la guérison se maintenir !

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement des néphrites chroniques en Allemagne.

[CONGRÈS DE MÉDECINE DE VIENNE (1)]

La discussion du Congrès de médecine de Vienne sur le traitement des néphrites chroniques a porté sur trois points principaux : 1° moyens prophylactiques pour empêcher le passage des néphrites aiguës à l'état chronique ; 2° traitement des néphrites parenchymateuses ; 3° traitement des néphrites interstitielles chroniques.

I

Après toutes les néphrites aiguës, quelle que soit leur origine, infection, refroidissement, intoxication, etc., le repos au lit constitue le principal agent pour arriver à la guérison complète. Ce repos doit être longtemps prolongé, trois mois et même plus. Seul, en effet, il met à l'abri des rechutes dues aux fatigues musculaires, aux variations de température. Le régime lacté est excellent pour assurer le repos du filtre rénal. Afin de faire, en quelque sorte, le lavage du rein, Mosler recommande d'y ajouter l'usage de l'eau de source de bonne qualité, additionnée d'une petite quantité de vin ; on peut aussi donner le lait mélangé d'eau de Seltz fabriquée avec l'eau de source. Comme médicament, l'emploi de l'extrait de seigle ergoté, longtemps prolongé, serait utile quand il y a des poussées aiguës avec hémorrhagies (Ziemssen). Le tannin, à la fin des néphrites aiguës et dans les recrudescences de néphrites chroniques, aurait également une certaine valeur.

II

Le repos au lit constitue encore l'un des principaux agents du traitement des néphrites parenchymateuses chroniques. En le prolongeant pendant des semaines, des mois, des années, on obtient parfois des résultats inespérés. En dehors de ce repos absolu, il est toujours indispensable d'imposer momentanément le repos au lit dans les cas de recrudescence de la maladie et, en particulier, aux femmes atteintes de néphrite à l'époque des règles. Pour assurer les fonctions de la peau et la nutrition musculaire, malgré le séjour au lit, les frictions, le massage, la gymnastique suédoise constituent d'excellents moyens.

A défaut de repos au lit, l'exercice doit être très modéré ; une grande attention doit être apportée aux variations de température. Le séjour d'hiver dans les climats chauds est une ressource précieuse ; le séjour permanent dans ces climats est également très bon.

Dans le régime, le lait tient la première place. Les doses quotidiennes seront de 2 litres environ, rarement plus et souvent moins. Il faut, en effet, donner une quantité suffisante d'albumine alimentaire, mais un excès ne ferait que fatiguer le rein. La dose quotidienne sera divisée en fort petites doses, prises à intervalles parfaitement réguliers et bues fort lentement. On assure ainsi la diurèse maximum et la tolérance parfaite. Le petit lait, le koumys, le képhir, le lait d'amandes, le lait peptonisé peuvent, en cas de fatigue, être substitués momentanément au lait ordinaire.

(1) D'après le *Centralbl. f. Klin. Med.*, 1890, n° 27.

Si le lait n'est plus toléré, on peut donner de la viande à condition d'éviter les viandes riches en matières fermentescibles (viandes noires, gibier). On prescrira donc surtout les viandes blanches et le poisson (1). Les œufs ne peuvent être permis qu'avec modération. On s'attachera, dans la limite du possible, à remplacer les albuminoïdes de l'alimentation par les hydrocarbures.

Comme boisson, le bon cidre est bien toléré; le vin et l'alcool sont nuisibles; la bière l'est plus encore à cause sans doute de la quantité élevée de substances extractives qu'elle renferme.

Toutes les médications proposées, révulsion, émissions sanguines, fuchsine, tannin, eaux minérales carbonatées, pilocarpine, nitrate de potasse, acide benzoïque, seigle ergoté, acétate de plomb, fer, ichtyol, n'ont aucune valeur curative. Seul l'iodure de potassium mérite toujours d'être essayé dans le cas d'antécédents spécifiques. A titre palliatif, il est bon, quand l'urine est trouble, riche en éléments figurés, de donner des diurétiques (eaux alcalines, tisanes, digitale, scille, caféine). Dans les cas d'hydropisie, le traitement le plus recommandable consiste dans l'emploi de bains d'air chaud. Ces bains sont plus agréables que les bains de vapeur ou les bains d'eau chaude. Leur effet diaphorétique est très puissant. On peut, au moyen d'appareils relativement simples, les donner dans le lit, ce qui réduit au minimum les dangers de refroidissement.

III

La néphrite interstitielle, sous le rapport du traitement hygiénique, présente les mêmes indications que la néphrite parenchymateuse. La recherche de la cause (intoxication saturnine, goutte, alcoolisme, syphilis) peut fournir des indications prophylactiques spéciales. Mais l'indication capitale consiste à surveiller le système vasculaire. Le cœur devra être soigneusement ménagé. L'artério-sclérose sera combattue par l'emploi prolongé de l'iodure à doses de 1gr50 à 2 grammes par jour. Si la pression artérielle faiblit, on donnera la digitale, la scille, le strophantus. Si elle est, au contraire, excessive, on aura recours aux laxatifs, à la saignée. L'application locale de sangsues sera très utile contre la congestion cérébrale.

Pour ménager le tube digestif, l'alimentation sera nourrissante sous un faible volume. Les vomissements répétés seront combattus par l'usage interne de teinture d'iode, les injections de morphine. Le jus de viande glacé est assez souvent toléré.

Dans le cas d'urémie, les principaux moyens à employer seront la digitale, les excitants divers; les injections sous-cutanées de morphine seront indiquées dans l'éclampsie, la saignée constitue aussi un moyen des plus précieux. Enfin, les purgatifs sont très bons pour évacuer les matières toxiques de l'intestin.

Les eaux minérales sont plutôt nuisibles dans la néphrite interstitielle. Les carbonates qu'elles renferment exercent, en effet, une influence fâcheuse sur la circulation.

Telles sont les principales conclusions pratiques que l'on peut tirer de cette intéressante discussion qui s'est engagée sur les rapports de Senator et de Ziemssen. Il convient, en terminant, d'insister encore sur la conclusion qui a dominé tout le débat : la grande supériorité du traitement purement hygiénique dans le traitement des néphrites chroniques.

Dr A.-F. Plicque,
Ancien interne des hôpitaux.

(1) Il ne faut pas oublier, à ce propos, que, dans un cas, M. le professeur Potain a vu la quantité d'albumine augmenter sous l'influence de l'ingestion de viande de poisson. Il est bon, du reste, chez les brightiques, de s'assurer toujours que l'usage d'un aliment nouveau n'augmente pas le taux de l'albuminurie, ou ne fait pas réapparaître dans l'urine l'albumine disparue.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique (1), publiée sous la direction de M. J. Rochard.

La publication de l'« Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique » se poursuit régulièrement : les fascicules VIII et IX terminent le second volume. On y trouvera la fin de l'article « Boissons », de M. Riche et l'article « Théorie de l'alimentation », par M. G. Pouchet. Cet article se divise en deux chapitres principaux sur la statistique de la nutrition et la technique alimentaire. Dans le premier, l'auteur passe en revue les notions relatives au bilan de l'alimentation, aux rations d'entretien, à l'alimentation normale, aux alimentations insuffisantes et excessives, aux régimes exclusifs. Dans le second (la technique alimentaire), sont exposées les données scientifiques qui concernent la préparation culinaire des aliments, leur conservation, leurs altérations et leurs falsifications.

On ne peut qu'applaudir aux judicieuses considérations par lesquelles M. G. Pouchet termine son étude sur les falsifications. « Que de maladies de l'appareil digestif, que d'anémies, de dépérissements, d'affections chroniques pendant longtemps inexplicables, n'ont pas d'autre cause que la mauvaise qualité des aliments et des boissons! Il faut, en effet, songer que la falsification est bien rarement accomplie exclusivement avec une substance inoffensive. Le falsificateur est presque entraîné fatalement à ajouter à ses produits des composés plus ou moins nocifs afin de leur donner de la saveur, de la couleur ou toute autre qualité qui leur manque. Le vin mouillé, par exemple, doit être remonté en alcool et quelquefois même en couleur. Qui sait quels alcools servent à ce trafic! Quant aux matières colorantes, il y en a au moins autant de nuisibles que d'inoffensives. Les farines ou le pain, renfermant une proportion d'eau supérieure à la normale, sont facilement envahis par des micro-organismes qui secrètent, quelques-uns d'entre eux tout au moins, de véritables poisons. L'amertume des bières falsifiées s'obtient souvent par addition de noix vomique ou de coque du Levant. Il est bien rare que l'on n'ait à compter qu'avec une substance inerte. »

Les substances inertes elles-mêmes sont-elles inoffensives? Rien ne démontre qu'il soit indifférent d'introduire d'une façon prolongée dans l'organisme des matières étrangères à sa composition normale. De ce qu'une substance ne donne pas lieu à des accidents aigus, il n'en résulte pas que son usage prolongé ne produira pas des accidents chroniques.

Il est donc aussi difficile d'être un falsificaseur inoffensif que de commettre honnêtement une véritable escroquerie. Et dire qu'on a revendiqué le droit au mouillage presque comme une liberté essentielle! Si la remuante corporation des marchands de vin a vent des conclusions de M. Pouchet, il n'a qu'à bien se tenir.

Albert Mathieu.

Dictionnaire français illustré des mots et des choses (2), par MM. Larive et Fleury.

Les quinzième et seizième séries de ce dictionnaire comprennent les livraisons 141 à 160, et nous font connaître les mots

(1) Fascicules VIII et IX. — Chaque fascicule : 3 francs; l'ouvrage complet, à forfait : 120 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

(2) In-4°. Prix de la série : 5 francs. — Paris, G. Chamerot.

intéressants depuis *rhombe* jusqu'à *tempérer*. C'est dire que ce dictionnaire encyclopédique, fidèle à son programme, marche avec la plus grande régularité et ne tardera pas à être terminé.

Le *Dictionnaire français illustré* est tout à fait hors ligne, au point de vue géographique et scientifique. MM. Larive et Fleury, auteurs justement considérés d'un cours de grammaire et de langue française, présentaient toute garantie au point de vue de la langue proprement dite; mais l'écueil commun à tant de publications de ce genre a été très heureusement évité. A la lecture, on s'aperçoit bien vite que ces articles spéciaux ont été ou écrits ou revus par des hommes spéciaux. De là une grande valeur pour ce dictionnaire, et ce n'est pas un mince éloge que nous lui adressons, assuré que nous sommes de voir le lecteur ne recevoir que des idées justes et vraiment scientifiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 16 septembre 1889, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siège des Écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 27 octobre 1889.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 18 octobre, à quatre heures.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions, qui auront subi avec la note *bien* les examens de fin de première et de deuxième année et l'examen semestriel;

2° Les pharmaciens de première classe aspirant au diplôme supérieur.

Les candidats pourvus du grade de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ce grade avec la note *bien*, peuvent obtenir, sans concours, une bourse de première année.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Corne, médecin principal des armées en retraite.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

73

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

42

LE VÉRITABLE THAPSIA

doit porter les Signatures

Veuillez les exiger pour éviter les accidents.

Le Perdriel et Cie, Paris.

45

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros **l'ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100g.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

25

AVIS IMPORTANT

GELÉE DE "VASELINE" PÉTROLE

NE RANCISSANT JAMAIS

LE MOT "VASELINE" EST DÉPOSÉ COMME NOTRE MARQUE DE FABRIQUE

16 médailles ou diplômes ont été décernés à la "VASELINE",

Médaille d'or Exposition de Paris 1889.

PRÉPARÉE SEULEMENT PAR

"THE CHESEBROUGH MANUFACTURING COMPANY (CONSOLIDATED)"

Bureaux : **Paris, 13, avenue de l'Opéra.**

Lorsque les médecins, chirurgiens et le public demandent et veulent employer **"VASELINE"**, un grand nombre de commerçants livrent généralement, sous ce nom, une contrefaçon et remplacent ainsi le produit vrai par une imitation. C'est avec regret que nous sommes obligés de constater cette substitution et le mode trop répandu de vendre et livrer, sous notre marque de fabrique, un produit frauduleux ou dangereux, ce qui est une cause d'un grand discrédit pour les produits fabriqués par nous et qui ont une grande valeur.

Nous prions MM. les médecins et chirurgiens de porter la plus grande attention à ce qu'on ne remplace jamais **"VASELINE"** par une imitation frauduleuse et qu'on ne livre que le produit vrai, parce que c'est le seul bon.

"VASELINE" n'est pas un distillé, et les acides ne sont pas employés pour sa fabrication; ce n'est pas un mélange de cire et d'huile, mais une pure gelée de pétrole hautement concentrée et purifiée par des filtrations à travers le noir animal. C'est la seule préparation de pétrole qui soit absolument inoffensive, qui n'irrite jamais la peau, employée dans n'importe quelle condition.

La **"VASELINE"**, réduite à l'état liquide, reprend toujours, en se refroidissant, ses propriétés primitives.

Pour empêcher l'altération ou la substitution de nos produits par d'autres articles, et pour être certain d'obtenir les produits vrais, nous demandons à MM. les médecins, chirurgiens et au public, d'exiger nos boîtes et flacons avec empaquetages originaux et notre nom.

La **"VASELINE"** est livrée au commerce sous trois nuances : **blanche, blonde, rouge,** en boîtes fer blanc soudées de 1/2 lbs, 1 lbs, 5 lbs (poids anglais).

Du Chambon, agent, 13, av. de l'Opéra, Paris.

39

PURGATIF GÉRAUDEL

AU CONVOLVULUS OFFICINALIS

LAXATIF — RAFRAICHISSANT
TONIQUE — DIGESTIF

Le problème à résoudre était de trouver un produit commode, agréable, bien dosé, efficace, et en même temps non susceptible d'irriter l'estomac et les intestins.

Le PURGATIF GÉRAUDEL est exclusivement composé de substances végétales.

Nous lui avons donné la forme de tablettes, ce qui nous a permis de le doser exactement, d'en faciliter l'emploi et de le rendre aussi agréable qu'efficace.

DOSE & MODE D'EMPLOI

On prend une seule tablette à la fois, le matin à jeun, un quart d'heure avant de déjeuner.

Il faut les sucer ou les croquer avant de les avaler.

Si l'on voulait obtenir un effet plus grand, il suffirait de prendre notre purgatif deux ou trois jours de suite suivant le tempérament, à la dose de une ou deux tablettes par jour.

Pour purger les enfants de six à douze ans, une ou deux tablettes, prises le matin à jeun, suffisent.

On peut manger après avoir pris nos tablettes et vaquer à ses occupations comme d'habitude.

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et Absorption

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires normales.

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé.

Mode d'emploi. — Sucer lentement en avalant la salive, une seule pastille à la fois. — On en prend 6 à 10 par jour entre les repas, et principalement le matin et le soir.

GROS : Chez l'inventeur, A. GÉRAUDEL, pharmacien à Sainte-Ménehould (Marne).

Détail : Dans toutes les Pharmacies de France et de l'Etranger.

ENVOI D'ECHANTILLONS GRATUITS

à MM. ls Médecins qui désireraient ls expérimenter.

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

30

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

Sources : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES.

Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. (Emballage franco.

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

42

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire**. (Envoi par poste.) — **Prix : 6 fr.**

Phie Limousin ❋, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie Champigny, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

54

ALBUMINATE DE FER DE LAPRADE

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

35

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 57, rue d'Hauteville.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans ttes Phies. Gros : Dufilho, à St-Cloud.

N° 110. — JEUDI 25 SEPTEMBRE 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 25 SEPTEMBRE 1890. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été presque entièrement occupée par la suite de la discussion sur la dépopulation de la France. M. Javal a donné lecture de la seconde partie de son travail sur les causes qui entravent l'accroissement de la population française et sur les différentes réformes qu'il serait utile d'introduire dans les lois pour favoriser la natalité. M. Lagneau n'a répondu qu'à la première partie du travail de M. Javal. Afin d'éviter les redites qui se produisent toujours dans de semblables discussions, nous donnerons, dans un de nos prochains numéros, un résumé de ces importantes communications, la question étant aujourd'hui à l'ordre du jour, non seulement à l'Académie de médecine, mais aussi dans la grande presse.

Avant la reprise de cette discussion, l'Académie a entendu deux rapports : l'un de M. Chauvel, sur un travail de M. Guermonprez (de Lille), relatif aux fractures du calcanéum par écrasement ; l'autre de M. Guéniot, sur une note de M. Rifat (de Salonique), dans laquelle l'auteur rapporte trois cas de paramétrite puerpérale guérie par le curetage de l'utérus.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Quinquaud.

Les teignes : La tricophytie (1).

(Leçon recueillie par M. le docteur Paul Raymond.)

II

Nous allons entreprendre, aujourd'hui, l'étude d'une affection fort commune, vulgaire, celle des états divers qui sont dus à un seul champignon : le tricophyton. La maladie que produit ce champignon, la tricophytie, envahit le cuir chevelu, les téguments, les ongles. Elle se développe en déterminant à la surface de la peau un état pityriasiforme : elle altère les poils en les infiltrant, les rendant friables et produisant à leur base une matière spéciale qui est le champignon lui-même, formé de spores et de mycélium. Elle tend à former des tonsures, des placards arrondis, à pénétrer dans le follicule pileux et à y déterminer des lésions inflammatoires, folliculites, qui sont papuleuses, tuberculeuses, tuberculo-pustuleuses, etc. Dans toutes ces formes, il n'entre en jeu qu'un seul parasite : le tricophyton. Les lésions produites sont loin d'être toujours les mêmes. Dans le favus, nous l'avons vu, les variétés sont nombreuses, mais elles ne sont pas aussi différentes les unes des autres qu'elles le sont pour la tricophytie. Aussi les anciens auteurs, méconnaissant les liens qui unissent toutes ces formes, en avaient-ils fait des maladies différentes : mentagre, sycosis, herpès circiné, herpès tonsurant, etc., sont les principales dénominations qui s'appliquent à des états, dont l'unité a été démontrée, lorsqu'on a appris à connaître le parasite qui les détermine.

En 1829, Mahon jeune décrit la teigne tondante : il en donne une bonne description clinique et, le premier, il indique la possibilité de la contagion. Alibert, Cazenave ne font que confirmer ce que Mahon avait dit de cette teigne qu'ils décrivent : le premier, sous le nom de porrigine tonsurante ; le second, sous le nom d'herpès tonsurant. La période la plus fertile au point de vue de la connaissance de la teigne tondante, commence en 1842. Gruby décrit le cryptogame de la mentagre contagieuse. En 1852, paraît un mémoire de MM. Malherbe et Letenneur (de Nantes), dans lequel les auteurs établissent l'identité de nature de l'herpès circiné et de l'herpès tonsurant. Ils ont bien vu qu'un même enfant pouvait avoir une teigne tondante du cuir chevelu et en même temps un herpès circiné du poignet, mais ils nient la nature végétale des deux affections, et, cependant, ils en montrent la contagiosité. M. Bazin n'arrive pas d'emblée à la conception unitaire de la tricophytie. Il signale, d'abord, la parenté de l'herpès circiné et de la teigne tondante. En 1854, il admet que l'herpès circiné, le sycosis, la teigne tondante sont trois périodes de la même maladie, mais ce n'est qu'en 1855, qu'il en reconnaît la nature et qu'il rattache l'herpès circiné à la teigne tondante après avoir trouvé sur l'herpès circiné un champignon très net. Ce n'est donc pas à Bœrensprung, comme le dit Devergie, que l'on doit la connaissance de la présence du tricophyton dans l'herpès circiné. En 1856, Deffis tente les premières inoculations qui sont positives ; puis, M. Bouchard montre que la durée d'incubation du parasite est de dix jours.

Envisagée d'une façon générale, la tricophytie présente des stades d'évolution qui ne sont, cependant, pas indispen-

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 990.

sables. Elle peut s'arrêter à l'un d'eux ou arriver d'emblée au troisième et dernier sans passer par les deux autres. Ces trois périodes sont donc plutôt une commodité d'étude. La tricophytie se manifeste, tout d'abord, par des démangeaisons : ce fait a une grande importance pratique, car les malades se grattant, la contagion se fait très souvent sur la face dorsale de la main. Dès cette première période de prurit, on peut donc voir des auto-inoculations aux points de contact. Bientôt survient une tache érythémateuse qui peut ne pas dépasser les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Elle se présente sous des aspects variés : tantôt annulaire, le centre en est absolument indemne; la tricophytie a été circinée d'emblée ; d'autres fois, cette tache est nummulaire; le centre est rouge et le plus souvent présente une légère desquamation. Si la desquamation est très légère, on a affaire à la tricophytie nummulaire pityriasiforme; si, au contraire, les squames sont abondantes, c'est la tricophytie nummulaire psoriasiforme. Il faut savoir que la tricophytie est essentiellement polymorphe et qu'elle peut se manifester par les lésions élémentaires les plus variées : il est parfois très difficile de faire le diagnostic de ces petites taches. Dans certains cas, ces dernières prennent une forme en cocarde : ce sont des cercles concentriques qui constituent l'herpès iris de Biett, qu'il ne faut pas confondre avec l'herpès iris de Bateman. Ce dernier, qui se présente sous le même aspect, n'est qu'une variété d'érythème polymorphe, dont l'origine n'est, par conséquent, nullement parasitaire. Dans ces cas, la bordure érythémateuse est doublée intérieurement d'une collerette de petites vésicules qui, parfois, se recouvrent de croûtelles. D'autres fois, le rebord érythémateux devient saillant : il est circulaire, circiné, mais il fait au-dessus de la peau une saillie; il est marginé. Il ne faut pas davantage confondre cet érythème tricophytique, marginé, avec l'érythème polymorphe du même nom. Dans le premier, il y a une desquamation centrale chargée de champignons qui n'existe pas dans le second : les poils follets y sont, en outre, brisés et farcis de tricophyton.

La tache n'est pas le seul élément des lésions tricophytiques : il y a aussi la vésicule. Dans l'herpès tonsurant, qui se caractérise par sa marche envahissante excentrique, guérissant au centre et desquamant, on voit la périphérie se couvrir de vésicules. Il survient une nouvelle zone érythémateuse et ainsi de suite, l'herpès tonsurant progresse, s'étalant comme une goutte d'huile, fauchant sur son passage tous les poils qu'il rencontre. L'herpès circiné, qui n'est pas tout à fait synonyme d'herpès tonsurant, se caractérise par l'existence de groupes de petites vésicules qui se manifestent au niveau d'une plaque rouge en formant des guirlandes. Toutes ces vésicules sont habituellement éphémères : il existe seulement un état pityriasiforme avec un léger bourrelet périphérique. Dans l'herpès, dit squameux pour cette raison, les squames seules existent à la place des vésicules; mais les squames sont, dans ces cas, secondaires.

Parfois se produisent des pustules ; elles peuvent alors donner naissance à des lésions d'apparence tuberculeuse : ce sont les folliculites tricophytiques. Le parasite pénètre dans les follicules pileux et y détermine une inflammation folliculaire et péri-folliculaire. Sur une même région, il y a une agglomération de pustules de configuration un peu arrondie et d'aspect variable, suivant qu'il y a, en même temps que des pustules, des lésions tuberculeuses exulcératives, etc. Au menton, à la région sous-maxillaire, ces lésions constituent le mentagre ou sycosis. Cette folliculite peut être simple, isolée ou, au contraire, agminée. Elle se montre aussi à la racine des favoris, à la lèvre inférieure et parfois à la lèvre supérieure. Dans certains cas, ces lésions prennent un aspect particulier, une forme anthracoïde. Ce sont alors des masses constituées par un grand nombre de folliculites suppurées, et qui, à la pression, laissent sourdre le pus par leurs orifices multiples, comme s'il s'agissait d'une écumoire. Tout autour de ces masses, on retrouve les petites vésicules de l'herpès circiné. Celles-ci peuvent manquer et le diagnostic est alors très difficile. On peut croire qu'il s'agit de folliculites et de péri-folliculites d'ordre microbien, de ces péri-folliculites en placards qui n'ont rien à voir avec la tricophytie. Il faudra, dans ces cas, recourir au microscope et examiner aussi si l'on ne rencontre pas, au voisinage de la lésion, des poils cassés spontanément ou qui se brisent sous la pince, lorsqu'on les épile. Dans ces masses purulentes, le poil est dépourvu de champignon : la suppuration tue les spores qui disparaissent. Ce sont les points les moins malades qui sont les plus propres à faire reconnaître la lésion ; ce sont les poils de la périphérie. Ces masses purulentes existent à la nuque : on trouve en ce point un disque rouge, surélevé, exulcéré, d'où sourdent des gouttelettes purulentes en quantité considérable. Les folliculites agminées de la nuque ont été désignées sous le nom de kérion que leur avait donné Celse. On peut aussi les rencontrer à la joue, au menton; elles prennent l'aspect d'une exubérance charnue qui sortirait de la peau du sujet. On les a aussi vues au dos de la main.

On doit encore signaler les lésions lichénoïdes que l'on rencontre, en particulier, à la face dorsale du poignet : ce sont des papules disséminées, s'accompagnant de rougeur et d'une fine desquamation sans vésicules. D'autres fois, on observe des squames soit sur le cuir chevelu, soit sur la peau, et il n'y a aucune trace de rougeur : la squame persiste seule ou accompagnée d'une toute petite vésicule. La lésion prend alors tantôt la forme de plaques discoïdes, tantôt la forme circinée, tantôt la forme de plaques à contours polycycliques. C'est le pityriasis alba tricophytique qui peut être punctata, gyrata, circinata, etc. Il est important de connaître ces faits, car chez les enfants, par exemple, on peut diagnostiquer : eczéma sec, pityriasis simplex, alors qu'il s'agit, en réalité, d'un début de tricophytie.

Les altérations des cheveux sont des plus importantes. Les cheveux se décolorent ; ils deviennent jaunâtres ou rougeâtres, s'ils sont blonds, puis gris cendré ; un certain nombre d'entre eux s'hypertrophient, ce sont les parasites qui leur donnent cette apparence tuméfiée. En même temps, les cheveux présentent quelque chose de plus spécial ; c'est l'engainement de leur base par une masse blanchâtre. Immédiatement après sa sortie, le cheveu est engainé d'un manchon d'un blanc floconneux, de 2 à 3 millimètres de long. Ce manchon constitue ce que l'on a appelé l'état amiantacé des cheveux; c'est le champignon qui engaine la base et lui donne cet aspect particulier. A ce niveau, le cheveu casse spontanément : on aperçoit alors un point noir, c'est l'extrémité du cheveu brisé à 2 ou 3 millimètres de la surface de la peau et terminé par de petites fibrilles qui lui donnent l'aspect d'un balai. Lorsque les cheveux repoussent, ils deviennent plus petits, filiformes, lanugineux : ils sont un peu frisés en broussailles et se dirigent dans toutes

les directions. On remarque encore, sur les cheveux malades, des altérations fusiformes, ovalaires, olivaires, de petites nodosités le long du cheveu. Ces renflements sont constitués par une accumulation de spores du tricophyton. Un des caractères importants de l'état des cheveux est leur fragilité; ils se brisent spontanément ou par la moindre traction au niveau de leur gaine amiantacée, c'est-à-dire au point où cette gaine cesse lorsque le poil pénètre à l'intérieur du follicule pileux. Cette partie profonde de poil est encore remplie de spores et c'est là une véritable épine qui retarde la guérison.

Parfois, la tricophytie des cheveux est diffuse ; elle s'étend à tout le cuir chevelu : on croit avoir affaire à un eczéma. La lésion n'est plus circonscrite; il n'y a que quelques rares cheveux cassés, quelques gaines amiantacées : les lésions sont celles d'un pityriasis vulgaire; c'est la tricophytie sans cercle, sans tonsure, atypique, anomale.

Un autre caractère important est l'état chagriné, lichénoïde du cuir chevelu au niveau de la tonsure. On constate, en ce point, un état grenu, papuleux, pelure d'orange de la base des poils. Les bulbes pileux sont, en ces points, bourrés de matière mycosique qui leur fait faire une saillie. Cet état coexiste tantôt avec une coloration rouge du cuir chevelu, tantôt avec une teinte gris ardoisé. Chez les blonds, c'est à peine si la peau a changé de couleur ou est un peu rosée; chez les bruns, elle est brunâtre, pigmentée. C'est là un caractère très important, car aussi longtemps que persiste cet état grisâtre, il y a des spores au niveau de la tonsure et le malade n'est pas guéri.

A une dernière période enfin, il se produit, à l'intérieur du follicule pileux, une réaction inflammatoire, c'est le sycosis.

La tricophytie se présente sous des formes variables dans les diverses régions où elle s'installe.

La tricophytie circinée, la forme iris, peut se rencontrer sur le cuir chevelu, quoiqu'on l'ait nié à tort. On peut y rencontrer, soit des plaques circulaires, soit l'herpès circiné lui-même. Sur le cou et la face, il peut survenir, à la suite de la formation des pustules, une suppuration sanieuse, abondante : les poils se recrouvrent de croûtes ; les lésions simulent des syphilides. A la région cervicale, on peut aussi observer une tricophytie en guirlande qui est constituée par des cercles festonnés, très multiples, d'herpès circiné, cercles confluents, coalescents suivant des lignes déterminées. Sur le tronc, la tricophytie peut se développer sous la forme d'un disque rouge, turgescent. Aux régions génitales, la tricophytie se présente avec des caractères importants. C'est un disque érythémateux qui peut simuler l'intertrigo, mais dans la tricophytie, il y a presque toujours, entre le disque et la région inguino-scrotale, un espace de peau saine qui manque dans l'érythème intertrigo. On peut voir, en outre, le bourrelet saillant caractérisé par les trois lésions élémentaires habituelles : zone érythémateuse, vésicules, squames. Dans certains cas, les plaques qui ont été le siège de la tricophytie se pigmentent. La tricophytie peut envahir les ongles ; ils perdent leur état brillant et ils s'érodent superficiellement, prenant un aspect vermoulu. Au-dessous d'eux, à leur partie antérieure, il se fait une accumulation d'épiderme qui s'exfolie.

La tricophytie est, nous l'avons vu, une affection contagieuse, transmissible des animaux à l'homme, de l'homme à l'homme, et de l'homme aux animaux. Le bœuf, la vache, le cheval, le chien, le chat, en sont parfois atteints. Chez les femmes occupées à traire les vaches, chez les enfants qui jouent avec les animaux, dans les régiments de cavalerie, la tricophytie est de ce fait assez commune. Comme exemple intéressant de contagion de la tricophytie de l'homme à l'homme, on peut citer ce fait que, chez les enfants du premier âge, on voit parfois la tricophytie siéger aux fesses, aux membres inférieurs, en des points qui correspondent à des plaques tricophytiques des bras de la nourrice qui porte ces enfants. La transmission par la pince de l'épileur se voit aussi parfois. La tricophytie est fréquente à Paris et se comporte, à l'égard des autres teignes, de la façon suivante : pour un cas de favus, il y a 2,5 de tondante et un cas de pelade pour 3,5 de tondante. Parfois, la contagion a pu se faire par l'intermédiaire des spores répandues dans l'air, mais, le plus souvent, c'est par contagion immédiate ou médiate (vêtements, coiffures, objets de toilette) que la tricophytie se développe. Il faudra donc isoler les teigneux, non seulement entre eux, mais aussi ne pas les laisser en contact avec les enfants atteints d'autres variétés de teigne. Après la guérison, il faut les isoler encore, car ils peuvent reprendre la maladie. Les spores de tricophyton étant tuées à une température de 50 degrés pendant dix minutes, il faut donc passer à l'étuve tous les vêtements des teigneux. On évitera ainsi une réinoculation perpétuelle d'enfants guéris, et l'on peut dire que ces précautions hygiéniques sont l'une des causes les plus puissantes d'une guérison rapide. En ville, les spores pourront être détruites par l'immersion des vêtements, pendant vingt minutes, dans l'eau bouillante.

Pour reconnaître la guérison de la tricophytie, il faut laisser l'enfant sans traitement, pendant un ou deux mois. S'il n'y a plus de coloration anomale, plus de desquamation, si les cheveux ne cassent plus, on pourra bientôt affirmer la guérison.

HOPITAL MARITIME DE CHERBOURG

Fracture du larynx.

Par M. le docteur Ubert CLARAC, médecin de la marine.

Le 3 juin, à quatre heures du soir, le nommé R..., ouvrier de l'arsenal, est envoyé à l'hôpital pour contusion du cou. Dans la matinée, vers onze heures, cet homme marchait très vite, courait presque en regardant de côté, quand la partie antérieure du cou vint heurter violemment sur le rebord d'une plaque de tôle de 12 millimètres d'épaisseur, faisant saillie hors du chariot sur lequel elle reposait. La violence du choc fut telle que R... fut renversé en arrière et l'occiput vint porter sur le pavé. Quelques minutes après, R... présenta une dyspnée intense avec douleur très vive au cou, aphonie, déglutition douloureuse et difficile.

Tous ces symptômes, d'abord très marqués au dire du blessé, s'étaient notablement amendés à son entrée à l'hôpital. On fit alors les constatations suivantes : plaie contuse à l'occiput; contusion à la région antérieure et moyenne du cou, surtout à droite. (Le blessé regardait du côté gauche quand il fut atteint.) Toute la région du cou est développée, elle est le siège d'un emphysème assez notable, envahissant la partie inférieure de la face et les régions claviculaires. La face est légèrement cyanosée. La respiration est difficile, accompagnée de râles trachéaux, évidemment déterminés par une légère hémorrhagie de la muqueuse du tube respiratoire ; expectoration sanguinolente. La parole est facile, la déglutition douloureuse; on ne constate pas de crépitation cartilagineuse.

Ces symptômes continuèrent à s'amender dans la soirée.

Compresses boriquées froides sur le larynx ; repos.

En présence de ces symptômes affirmant une fracture du larynx, la nécessité d'une trachéotomie immédiate fut débattue, mais repoussée, le blessé se disant beaucoup mieux, les accidents de suffocation et d'emphysème ayant une grande tendance à diminuer. Cependant, on se tint prêt à pratiquer l'opération à la première alerte.

4 juin. — Insomnie, mais pas de douleur ; à sept heures du matin, légère suffocation de peu de durée ; l'état local reste le même, fièvre légère. Les choses se passent assez bien dans la journée.

5 juin. — La respiration est plus libre, expectoration abondante de crachats sanglants ; l'emphysème a envahi le tronc.

6 juin. — Nuit bonne. Le blessé se réveille respirant très facilement, plus facilement que jamais. A sept heures un quart, dyspnée brusque, cyanose. Il est immédiatement couché et la trachéotomie est pratiquée, mais la trachée était à peine ouverte que le blessé cessait de respirer.

Autopsie. — L'emphysème a envahi tout le tronc et la partie supérieure des cuisses. Au niveau du point qui a subi le traumatisme, la peau et le tissu cellulaire sont le siège d'un épanchement sanguin assez marqué. La plaie opératoire de la trachée est irrégulière à sa partie supérieure ; cette irrégularité est due à une déchirure presque complète de la membrane qui réunit le cartilage cricoïde au premier anneau de la trachée. Le cartilage cricoïde est le siège d'une double fracture siégeant à 1 centimètre à droite et à gauche de la ligne médiane. La fracture qui siège à droite est verticale, complète, les fragments sont séparés et la muqueuse laryngée est déchirée. La fracture gauche a la forme d'un Y, dont la queue est verticale et inférieure. Les fragments restent en contact. Les cordes vocales et les ventricules sont ecchymosés. Les replis aryténo-épiglottiques sont le siège d'un emphysème considérable. L'emphysème est surtout très développé dans le tissu cellulaire des médiastins. Tout le tissu cellulaire fait hernie quand on enlève le plastron thoracique. Les deux poumons sont engoués. Un peu de sang dans la trachée.

Jusqu'à la thèse de Cavasse (1859), les auteurs s'étaient peu occupés des fractures du larynx, de leur gravité et des indications que comporte leur traitement. Cavasse a posé ces différentes questions ; de sa thèse et des différents travaux publiés depuis, on peut tirer un certain nombre de conclusions, dont quelques-unes ont un intérêt pratique tout particulier.

1° La fracture du larynx est une lésion toujours grave, souvent mortelle, toujours mortelle quand le cricoïde est intéressé.

2° La mort est la conséquence de l'emphysème du larynx et, particulièrement, de l'emphysème des replis aryténo-épiglottiques et des médiastins, de l'hémorrhagie, du déplacement des fragments, de l'œdème de la glotte : ces différentes causes agissant ensemble ou séparément, pour produire l'asphyxie.

3° Très souvent, le traitement comporte la trachéotomie ; la question de la trachéotomie préventive doit être posée et résolue presque toujours, pour ne pas dire toujours, par l'affirmative, en présence d'une fracture bien constatée.

1° *Gravité des fractures du larynx.* — « C'est à cela (la trachéotomie préventive ou non) que se borne le traitement de la fracture du larynx qui, par elle-même, n'est pas grave », écrit M. Tillaux dans son Traité de chirurgie clinique. Il nous paraît difficile de considérer comme sans gravité une lésion qui peut nécessiter la trachéotomie et qui, de fait, la nécessite le plus souvent. Sans compter que, dans nombre de cas guéris, la fracture a laissé après elle un rétrécissement du larynx. Du reste, toutes les statistiques et le plus grand nombre des auteurs s'accordent à démontrer la haute gravité de la lésion qui nous occupe.

Hunt a réuni 27 cas ayant entraîné 17 fois la mort. La guérison sans trachéotomie est notée 4 fois, et, dans la symptomatologie de ces 4 cas, il n'est fait mention ni de l'emphysème, ni de l'expectoration sanglante. L'absence de ces symptômes permet de mettre en doute la réalité de ces fractures ; en tout cas, elle laisse supposer que le périchondre et la muqueuse n'ont pas été déchirés. Hénocque, sur 52 cas, note 19 guérisons seulement et 33 morts. La statistique détaillée qu'il donne comporte 50 cas ayant entraîné la mort 41 fois.

Mussa compte 40 cas et 14 guérisons ; sur ces 14 cas, 8 fois on est intervenu avec succès par la trachéotomie. La mortalité est vraiment effrayante dans la statistique de Guelt (*Handbuch der Kræchenbruchen*). Elle est de 47 cas, dont 5 guérisons, toutes après trachéotomie.

Tous ces chiffres sont bien l'expression de la vérité ; il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir les travaux cités et les différentes observations rapportées dans les périodiques français et étrangers : la mort, et souvent la mort subite que le peu de gravité des symptômes ne faisait nullement prévoir, est, dans bon nombre de cas, la terminaison des fractures du larynx.

Les auteurs sont également unanimes en ce qui touche la gravité toute spéciale des fractures du cartilage cricoïde seul ou accompagnant la fracture du thyroïde. Hénocque a dressé le tableau suivant qui présente un certain intérêt.

SIÈGE DE LA FRACTURE.	NOMBRE de cas.	GUÉRIS.	MORTS.	MORTALITÉ p. 100
Thyroïde seul.	23	5	18	78,4 p. 100
Cricoïde seul	7	0	7	100 —
Thyroïde et cricoïde.	7	0	7	100 —
Thyroïde, cricoïde et trachée.	2	0	2	100 —
Hyoïde et cricoïde.	3	1	2	66,6 —
Hyoïde, thyroïde et cricoïde.	2	0	2	100 —
Hyoïde, cricoïde et trachée .	1	0	1	100 —
Larynx (?).	5	3	2	40 —

La fracture du cricoïde serait donc toujours mortelle. Ce pronostic est sans doute exagéré, car ces fractures, très difficiles à diagnostiquer, ont pu souvent être méconnues. Aucun des auteurs consultés par nous ne cherche à expliquer cette gravité spéciale des fractures du cricoïde.

2° *Causes de la mort dans les fractures du larynx.* — Immédiatement après le traumatisme qui a déterminé la fracture du larynx, on constate deux symptômes à peu près constants : la dyspnée et l'emphysème ; par la solution de continuité faite au larynx, le blessé respire dans son tissu cellulaire. La dyspnée et surtout l'emphysème sont des preuves indéniables de la fracture. L'air envahit plus ou moins rapidement le tissu cellulaire, et c'est le tissu cellulaire profond du cou qui l'est le premier. Les replis aryténo-épiglottiques et des médiastins s'infiltrent rapidement. Il est facile de concevoir que des accidents de la plus haute gravité soient les conséquences de cet envahissement. La dyspnée, dyspnée parfois mortelle, peut être encore le résultat du déplacement des fragments obstruant plus ou moins le tube respiratoire et de l'hémorrhagie s'accusant par des râles

plus ou moins bruyants. L'œdème de la glotte peut également se produire et entraîner la mort subite.

Ce rapide exposé des causes de gravité des fractures du larynx n'explique pas pourquoi celle du cricoïde est toujours, ou presque toujours, mortelle.

Les fragments du cricoïde se déplaceraient-ils plus facilement que ceux du thyroïde, ce dernier cartilage étant plus élastique, moins rigide? Dans notre observation et dans beaucoup d'autres, les fragments n'étaient nullement déplacés. Faut-il invoquer l'emphysème des médiastins, lesquels communiquent, comme on sait, largement avec les régions profondes du cou? leur tissu cellulaire, si abondant, n'étant que la continuation de la couche celluleuse située en arrière du feuillet moyen de l'aponévrose cervicale. Dans ces conditions, l'air qui s'échappe par la plaie faite au cricoïde, plaie souvent compliquée de la déchirure de la membrane qui réunit le cricoïde au premier anneau de la trachée, trouve ainsi une voie largement ouverte du côté des médiastins dont le tissu cellulaire s'infiltre tout d'abord. Le blessé continuant à respirer dans ce tissu cellulaire, il arrive un moment où la pression y est telle que des troubles mortels peuvent se produire dans le fonctionnement des importants viscères placés dans la cavité des médiastins. Les mêmes accidents peuvent sans doute se produire après la fracture du cartilage thyroïde, mais la plaie étant située plus haut, le cartilage thyroïde étant plus souple, l'air a peut-être moins de tendance à s'infiltrer vers les parties profondes du cou et du thorax.

Il semble, en parcourant les différentes observations, que les fractures du larynx compliquées de plaie, certaines fractures par armes à feu, par exemple, soient moins souvent mortelles que les fractures simples. M. le docteur Mouillé rapporte, dans les Mémoires de médecine militaire (1861), l'observation d'une fracture accompagnée de plaie; malgré des accidents de la plus haute gravité (dyspnée intense, hémorrhagie, aphonie, renversement des fragments cartilagineux du thyroïde en dedans), le blessé guérit avec une fistule; une canule à trachéotomie, introduite par la plaie, avait permis à la respiration de se faire largement.

Witte, cité par Hamilton, rapporte un cas de fracture du thyroïde par arme à feu; le blessé respirait très bien par la plaie, on n'observa aucun accident de suffocation, et il guérit assez rapidement. Les faits de ce genre ne sont pas rares et semblent démontrer que l'emphysème est un des principaux facteurs de gravité dans les fractures du larynx.

3° Nous sommes amené à examiner la valeur de la trachéotomie dans le traitement des fractures du larynx. Il ne saurait être question ici de la trachéotomie pratiquée sur un blessé qui présente des accidents graves d'asphyxie; ce point n'a nullement besoin d'être discuté, la trachéotomie s'imposant tout naturellement, mais bien de la trachéotomie préventive.

Dans la *Gazette hebdomadaire* (année 1869), M. Servier publie l'observation d'une fracture du cartilage thyroïde, suivie de mort subite cinq jours après l'accident. La fracture fut diagnostiquée, mais les symptômes ne présentaient aucun caractère de gravité : « Tuméfaction médiocre et déformation de la région; pas de crépitation, rien d'alarmant dans l'état général, face peu injectée, respiration ni bruyante ni anxieuse, aphonie, dysphagie. Ces symptômes allèrent en s'améliorant jusqu'à la mort, qui survint en quelque sorte d'une façon foudroyante. » L'autopsie permit d'attribuer la mort subite à l'œdème de la glotte et à l'infiltration des replis aryténo-épiglottiques. La marche de cette fracture peut être rapprochée de celle que nous avons observée, et nous ne pouvons mieux traduire l'état d'esprit dans lequel nous nous sommes trouvé, qu'en reproduisant les réflexions de M. Servier :

« En pareil cas, ne doit-on pas poser la question de la trachéotomie préventive? Il est pénible de proposer une semblable opération à un malade qui ne se doute pas de la gravité des accidents qui le menacent; il est pénible de combattre ainsi d'avance un ennemi qui, peut-être, ne se présentera pas; mais quel regret aussi de voir périr un blessé qu'aurait pu sauver une prévoyance autrement dirigée! »

Aussi, M. Servier conseille-t-il la trachéotomie préventive alors qu'il n'existe aucun accident de suffocation. Tous les auteurs sont loin d'être aussi affirmatifs : les uns conseillent l'expectation armée, quand les symptômes présentés ne sont pas graves. M. Cavasse s'en remet au tact du chirurgien, M. Bœckel également; mais tout cela est bien vague, et nullement en rapport avec une lésion dont les dangers réclament une indication plus précise. La trachéotomie sera faite, dit Krishaber, si l'asphyxie est imminente. MM. Follin et Duplay ne se croient pas autorisés à conseiller la trachéotomie préventive. M. Tillaux ne conseille d'opérer préventivement que si le chirurgien n'est pas en mesure d'exercer sur le blessé une surveillance attentive. Hamilton est du même avis. D'autres auteurs émettent une opinion plus tranchée et mieux faite, à notre avis, pour lever les scrupules de celui qui se trouve pour la première fois en présence d'une fracture du larynx. Mussa conseille la trachéotomie préventive, dès que la fracture est reconnue. Witte, s'appuyant sur la marche extrêmement rapide que prennent les accidents respiratoires après un calme plus ou moins long, préconise la trachéotomie préventive dans tous les cas de fracture du larynx. P. Koch émet la même opinion à laquelle se rallient MM. Poullet et Bousquet. Catarinopoulos conclut à la nécessité de la trachéotomie préventive, dans tous les cas qui ne sont pas exceptionnellement simples. (Il nous paraît difficile de déterminer les cas simples.) Il pense, avec M. Panas, que la thyrotomie faite préventivement est l'opération préférable.

On ne saurait nier que la trachéotomie préventive donne une plus grande sécurité. L'erreur des auteurs qui repoussent la trachéotomie préventive consiste à tenir trop de compte de la bénignité plus ou moins grande des symptômes immédiatement après l'accident. Il suffit de parcourir les observations de mort subite après fracture du larynx, et elles sont nombreuses, pour comprendre combien ces symptômes, prétendus bénins, exposent ceux qui en tiennent trop de compte à de douloureuses surprises. En effet, il convient de ne pas oublier, — et on ne saurait trop insister sur ce point — que l'atténuation des symptômes inquiétants du début (emphysème, gêne de la respiration, etc.), ne suffit pas, comme le dit Poinsot, à autoriser une sécurité absolue, car leur retour brusque peut, comme dans les cas de MM. Laugier, Frédet, Servier, dans celui que nous rapportons et dans bien d'autres, être assez grave pour entraîner la mort subite. Il ne s'agit donc pas de savoir si les accidents sont bénins ou non, s'ils ont ou non de la tendance à s'atténuer, mais bien si ces accidents peuvent devenir assez rapidement mortels pour ne pas laisser, au chirurgien le mieux préparé, le temps d'intervenir efficace-

ment. L'expectation armée nous paraît constituer une règle de conduite peu prudente et que ne justifient point les cas guéris sans trachéotomie préventive, ou ceux dans lesquels on a pu opérer à temps. Nous pensons que la seule constatation de la fracture du larynx justifie l'intervention immédiate. Nous aurions peut-être sauvé le blessé dont l'observation fait l'objet de ces notes, si la trachéotomie préventive avait été pratiquée, sans tenir compte de l'atténuation des symptômes. Dans ce cas, nul doute que la laryngotomie intercrico-thyroïdienne eût donné un excellent résultat. Cette opération se trouverait parfaitement indiquée dans tous les cas où le cricoïde serait intéressé, car la canule plongeant en arrière du cricoïde, et appuyée en avant sur ce cartilage par son pavillon, ne peut manquer de constituer un excellent appareil de soutien et d'immobilisation, tout en livrant largement passage à l'air.

BIBLIOGRAPHIE. — *Gazette hebdomadaire*, 1831 (observations recueillies en Pensylvanie, à Hop). — CAVASSE. *Fracture traumatique du larynx*, Thèse de Paris, 1859. — LENGLET. Société anatomique, 1866. — HÉNOCQUE. Fracture traumatique du larynx, *Gazette hebdomadaire*, 1868. — FRÉDET. *Gazette des hôpitaux*, 1868 ; Thèse de Paris, 1868. — MOUILLÉ. *Recueil de médecine militaire*, 1861, t. V, 3e série. — HUNT. *Amer. Journ.*, avril 1866 (Hamilton). — BÉCHADE. Fracture du larynx par choc direct, *Recueil de médecine militaire*, 1870. — MADEAU. Fracture du larynx, trachéotomie, *Gazette des hôpitaux*, 1866. — SERVIER. Fracture du larynx, *Gazette hebdomadaire*, 1869. — STOKES. *Gazette hebdomadaire*, 1869; Fracture double du cricoïde, *Med. Press and circul.*, 1869. — MUSSA. *Trachéotomie préventive dans les fractures du larynx*, Thèse de Paris, 1872. — PANAS. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1878. — LAUGIER. *Idem*, 1878. — CHAILLOUX. Thèse de Paris, 1874. — FESSARD. *Idem*, 1877. — CATARINOPOULOS. *Idem*, 1879. — BERRY. *The Lancet*, 1885; *Gazette hebdomadaire*, 1886. — GUILT. *Handbuch der Krœchenbr.* (Hamilton). — Trach. and. Laryn. *Arch. de Pittra et Billroth*, 1872. — FISCHER. *Idem*. — DURHAM. *System of chir. de Holmes*. — WITTE. *Arch. for Klin. chir.* (Hamilton), t. XXI, p. 186. — MASUCCI. *Arch. ital. de laryng.*, 1882. — *Dictionnaire de Jaccoud*, art. LARYNX. — *Dictionnaire encyclopédique* (Krishaber). — NÉLATON. *Pathologie externe*, t. IV. — POULLET et BOUSQUET. *Pathologie externe*, t. II. — TILLAUX. *Chirurgie clinique*, t. Ier. — FOLLIN et DUPLAY. *Pathologie externe*. — HAMILTON. *Fractures et luxations*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 septembre. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

Elle comprend des lettres de MM. Berger et Périer, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

RAPPORTS

Fractures du calcanéum par écrasement. — M. CHAUVEL fait un rapport sur un travail de M. Guermonprez (de Lille), relatif aux fractures du calcanéum par écrasement. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 449.)

Il résulte de ce travail que, pour éviter des erreurs de diagnostic, il faut explorer les membres inférieurs dans la position à genoux. C'est, en effet, dans cette position que l'on saisit le mieux tous les signes de la fracture du calcanéum.

Comme traitement, l'auteur préfère aux tentatives de réduction la simple coaptation obtenue par la combinaison des mouvements obliques et du massage, les émissions sanguines, les applications chaudes, plus tard les pointes de feu.

M. BROUARDEL fait observer qu'au point de vue médico-légal, il y a souvent intérêt à reconnaître une fracture du calcanéum, même après plusieurs mois. Dans ces cas, le meilleur moyen de diagnostic consiste à faire marcher le malade sur une feuille de papier noirci : la déformation du pied et l'élargissement du calcanéum s'impriment alors graphiquement, et l'on se met ainsi à l'abri de toute simulation.

Traitement de la paramétrite puerpérale par le râclage de l'utérus. — M. GUÉNIOT lit un rapport sur une note de M. Rifat (de Salonique) dans laquelle cet auteur relate trois observations de malades atteintes de paramétrite puerpérale, qui ont été guéries par le curetage utérin.

D'après M. Guéniot, il s'agissait, dans ces trois cas, d'une septicémie d'origine utérine contre laquelle des injections antiseptiques, portées jusque dans la matrice, eussent été aussi efficaces que le râclage.

A cette occasion, M. Guéniot fait remarquer qu'autrefois le traitement de la paramétrite devait toujours précéder le traitement d'une maladie utérine ; aujourd'hui, c'est la doctrine inverse qui tend à prévaloir : et même certaines opérations — le curetage, par exemple — sont considérées comme un très bon mode de traitement des inflammations péri-utérines.

Cette révolution s'explique par l'introduction de l'antisepsie, qui rend inoffensives les manœuvres intra-utérines, autrefois si dangereuses.

DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. JAVAL donne lecture de la seconde partie de son travail.

M. LAGNEAU répond à la première partie du travail de M. Javal. (Sera publié.)

La séance est levée.

THÉRAPEUTIQUE

Crayons antiseptiques pour pansements intra-utérins.

Le docteur Peraire, dans sa thèse sur les endométrites infectieuses, conseille, comme pansement de la cavité utérine, les crayons au sublimé ou au bichlorure de mercure.

Voici les formules qu'il préconise pour dix crayons :

Poudre d'iodoforme	10 grammes.
Gomme adragante	50 centigr.
Glycérine } Eau distillée }	q. s.

ou bien :

Iodoforme en poudre	20 grammes.
Gomme arabique } Glycérine pure } Amidon pur }	ãã 2 grammes.

Le volume est ordinairement celui d'un crayon de nitrate d'argent.

Les crayons au bichlorure se formulent ainsi :

Sublimé	50 centigrammes.
Poudre de talc	25 grammes.
Gomme adragante	1gr50
Eau } Glycérine }	ãã q. s.

pour cinquante crayons.

L'eau et la glycérine (2/3 d'eau pour 1/3 de glycérine) sont ajoutées par gouttes jusqu'à consistance voulue.

Les crayons doivent être coupés de la grosseur d'une pilule de 20 centigrammes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 23 août 1890, M. le médecin-major de deuxième classe Amat est nommé officier d'Académie.

— M. A. de Mortillet, professeur à l'École d'anthropologie, fera une excursion à Meulan, le dimanche 28 septembre prochain. Départ de Paris (Ouest, Saint-Lazare), à neuf heures quarante. — Allée couverte des Mureaux. — Collection pré-historique de M. Bonhomme. Retour à Paris à six heures quarante. — On trouve des cartes au siège de l'École, 15, rue de l'École-de-Médecine.

— *Hygiène de l'enfance*. — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, publiée sous la direction du docteur Jules Rochard. Tome III, 1er fasc., *Hygiène urbaine*. Chap. I et II : « Villes en général », par le professeur Arnould ; Chap. III : « La ville souterraine », par le docteur Jules Rochard. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le bassin coxo-tuberculeux ou bassin des coxalgiques.

Par le docteur DEMELIN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Depuis longtemps les accoucheurs ont étudié l'influence de la claudication sur l'état du bassin. On a d'abord groupé, dans une même catégorie, des faits qui ne se ressemblaient que de très loin; puis on a mieux analysé les choses, et on a reconnu la nécessité de faire des séries distinctes. Sans remonter bien haut, Mauriceau, Peu, De la Motte, Levret recherchent si les femmes contrefaites accouchent avec ou sans difficulté et rapprochent, à cet égard, les bossues et les boiteuses. Bientôt on isola, comme causes de viciations pelviennes, les lésions de la colonne vertébrale et celles des membres inférieurs. En 1782, Herbiniaux (1) enseigne que : « Quand on doit accoucher une femme qui se trouve avoir la jambe ou la cuisse amputée, il convient de s'informer si elle n'a pas subi cette opération pendant son enfance; car les os étant alors trop tendres pour résister à une pression inégale, on peut présumer qu'ils auront été forcés de plier et de se défigurer. Je pourrais dire à peu près la même chose des femmes qui ont la cuisse luxée. » En 1788, Paletta (2) publie un mémoire sur les luxations congénitales. Gardien (3) et Mme Lachapelle (4) parlent de viciations des diamètres obliques au détroit supérieur, produites par une luxation ancienne non réduite du fémur. Dupuytren, Sédillot, Pravaz s'occupent aussi des luxations congénitales de la hanche. Rokitanski (5) appelle bassins coxalgiques ceux qui sont déformés par un déplacement de la tête fémorale, à quelque cause que soit dû ce déplacement. Litzmann (1), dans son travail sur le bassin oblique ovalaire, apporte à la question d'importants matériaux. Ensuite se succèdent les travaux de Gurlt (2), d'Hubert (de Louvain), de Fabbri, de Lenoir et Tarnier, les thèses de Lefeuvre (1862), de Chanoine (1867), de Guéniot (1869). En 1865, à la Société de chirurgie, une discussion sur la coxalgie s'était soulevée à laquelle avaient pris part Depaul et Blot, au point de vue obstétrical. Léopold (3), en 1873, décrit les modifications subies par le bassin, sous l'influence des luxations coxo-fémorales, congénitales ou acquises.

On le voit, les lésions du membre inférieur sont considérées pêle-mêle comme des causes de viciation pelvienne, et le plus souvent les cas de coxo-tuberculose sont groupés avec les luxations congénitales de la hanche. Bien mieux, la coxo-tuberculose, sans déplacement de la tête fémorale, semble être reléguée au second plan, et ne présenter d'intérêt obstétrical que du jour où elle se complique de luxation spontanée. Surviennent pourtant, en dehors des observations isolées dont plusieurs seront relatées dans le cours de cette Revue, des traités d'accouchements, en langue allemande pour la plupart, où les auteurs consacrent quelques pages au sujet spécial qui nous intéresse. Ce sont les livres de Spiegelberg (4), de Zweifel (5), de Schrœder (6), et enfin de Muller (7). En France, M. le professeur Lannelongue (8), dans ses leçons sur la coxo-tuberculose, attire l'attention des accoucheurs sur la physionomie particulière que prend le bassin consécutivement à la maladie de la hanche. Enfin, M. Sabatier, après avoir fait paraître un travail sur le bassin coxalgique, renonce, dans une seconde publication, à une partie des conclusions qu'il avait admises tout d'abord.

Il paraît conforme à la réalité de différencier le bassin coxo-tuberculeux des autres bassins viciés par lésions du membre inférieur. L'anatomie pathologique et la clinique fournissent de sérieux arguments pour soutenir cette thèse.

(1) HERBINIAUX. *Traité sur divers accouchements laborieux*, t. I, p. 305 et 306. — Bruxelles, 1788.
(2) PALETTA. *De claudicatione congenita. Adversaria chirurg. prim. para 49 et 51*, 1788.
(3) GARDIEN. *Traité complet d'accouchements*, 1824, 3e édit., t. I, p. 67.
(4) Mme LACHAPELLE. *Pratique des accouchements*, 1825, t. III, p. 412.
(5) ROKITANSKI. *Handbuch d. Allg. und spec. anat.*, t. II, p. 300.

(1) LITZMANN. Das Schwag. orale Bussen.
(2) GURLT. Uter einige durch. Erthraussen.
(3) LÉOPOLD. *Arch. f. gynec.*, t. V, p. 446.
(4) SPIEGELBERG. *Handbuch f. gel.*, 1878, p. 476.
(5) ZWEIFEL. *Lehrbuch. f. gel.*, 1887, p. 408.
(6) SCHRŒDER. Édit. de 1888, p. 608.
(7) MULLER. *Handbuch*, 1889.
(8) LANNELONGUE. *Leçons sur la coxo-tuberculose*, p. 44.

I

Étiologie. — Ici, comme dans la plupart des cas de viciations pelviennes, il faut tenir compte de l'âge auquel la lésion primitive s'est produite, de l'influence trophique que cette lésion a pu exercer par elle seule sur les os du bassin, et enfin des pressions diverses que ces os, déjà malades ou incomplètement développés, auront eu à subir.

1° La coxo-tuberculose modifie d'autant plus la forme du pelvis qu'elle se développe plus tôt : « Lorsque la claudication est postérieure à la puberté, son influence sur l'état du bassin est à peu près nulle; et lors même qu'elle remonte à l'enfance, si les os pelviens restent sains, le canal peut sans doute se déformer et prendre une configuration insolite, mais l'accouchement naturel reste toujours possible et parfois même n'en est que plus facile. » Voilà ce qu'écrivait Hubert (de Louvain) en 1856. Cet auteur pensait donc que, pour qu'une boiterie, même datant de l'enfance, prît de l'importance au point de vue obstétrical, il fallait qu'elle s'accompagnât d'altérations osseuses.

2° Or, celles-ci se produisent au plus haut chef dans la coxalgie tuberculeuse, bien plus que dans la luxation congénitale classique. Ces altérations intrinsèques sont principalement : l'atrophie d'une part, avec ramollissement plus ou moins marqué; et, d'autre part, la périostite et l'ostéite proliférantes.

3° La maladie de la hanche a pour effet de répartir inégalement le poids du corps sur l'une et l'autre jambe, soit qu'il y ait douleur au début, soit que plus tard il se produise un raccourcissement réel du côté atteint par la tumeur blanche, le malade s'appuyant de préférence sur le membre sain qui supporte la plus lourde charge. La ligne innominée correspondante s'en ressentira. Telle est la règle, mais il y a des exceptions qui déterminent alors des résultats inverses.

Les pressions sur l'article altéré peuvent amener, tôt ou tard, l'usure des surfaces articulaires et le déplacement de la tête fémorale, le plus souvent dans la fosse iliaque externe.

II

C'est ainsi que chacune des périodes de la coxalgie retentit d'une façon spéciale sur les os du pelvis. Quelle est, en effet, la marche ordinaire de la maladie lorsqu'elle doit évoluer vers la guérison ? Au commencement, douleurs, impotence fonctionnelle, immobilité relative ou absolue. C'est l'époque des altérations histologiques et des troubles trophiques intervenant à l'exclusion de tout autre facteur. La guérison peut survenir par exception à cette période, les deux membres inférieurs garder une longueur égale et l'articulation conserver ses mouvements ou presque intacts ou tout au moins assez étendus. Tel le malade de M. Adenot (1), qui avait été atteint d'une coxalgie droite à l'âge de trois ans. La jointure était restée mobile sans raccourcissement de la jambe et pourtant le bassin présentait une asymétrie frappante et une atrophie considérable de l'os iliaque droit. Plus démonstratifs encore sont les cas où les malades sont morts sans avoir jamais pu marcher depuis leur coxalgie et où on a rencontré cette même atrophie du côté malade (Blasius (1), Valenta, Lambl, Gusserow).

Le plus souvent, avec ou sans abcès, la cuisse se place dans l'abduction et la rotation en dehors (deuxième période); si le processus pathologique s'arrête là, la cicatrisation s'opère et avec elle l'ankylose partielle ou totale.

Le malade reprend l'usage de sa jambe, des pressions inégales s'exercent et l'aplatissement unilatéral du bassin se produit. La cuisse immobilisée pourra devenir une cause de difficultés au moment de l'expulsion du fœtus.

Ces difficultés seront portées au plus haut degré si l'ankylose s'est faite dans l'attitude de l'adduction et de la rotation en dedans. C'est là le fait de la troisième période. Ici la carie a duré plus longtemps ; il y a usure de la tête fémorale et du rebord supérieur de l'acétabulum ; ou bien luxation en haut et en arrière ; ou bien encore, pénétration, dans le canal pelvien, de la tête fémorale restée en rapport avec la cavité cotyloïde altérée. A ces causes de raccourcissement, s'ajoute un arrêt de développement du fémur malade, ce dernier élément se rapportant en propre à l'enfance.

III

Anatomie pathologique. — Pendant les vacances de 1889, j'ai eu l'occasion d'observer, à la clinique de la rue d'Assas, deux femmes présentant des déformations pelviennes dues à la coxo-tuberculose. L'une d'elles fut tout particulièrement intéressante et la description de son bassin peut prendre place en tête de ce chapitre d'anatomie pathologique.

Observation I (personnelle). — La nommée Marie C... est entrée le 21 août 1889, à la clinique d'accouchements, dirigée alors par mon maître, M. le docteur Maygrier. Cette femme ne peut pas donner de renseignements précis sur l'âge auquel elle a commencé à marcher. A quatre ans, elle fut atteinte de coxalgie gauche, pour laquelle elle garda le repos pendant plusieurs mois. Des abcès se produisirent, et l'on trouve encore aujourd'hui les cicatrices des fistules auxquelles la suppuration avait donné naissance, autour de l'articulation coxo-fémorale.

Marie C... devint enceinte, pour la première fois, en 1885, et accoucha d'un enfant mort. Une application de forceps aurait été faite, mais je n'ai pas d'autres détails sur ce premier accouchement. En 1887, deuxième grossesse, Marie C... vient à terme à la Maternité, dans le service de M. le professeur Tarnier. L'accouchement fut très difficile. L'enfant se présentait par le sommet. La basiotripsie fut pratiquée, mais l'extraction ne put être faite que par la version opérée après le broiement. Délivrance et suites de couches normales. (Renseignements dus à l'obligeance de Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité.) En 1889, troisième grossesse. Dernières règles du 28 au 30 janvier. Suivant les conseils qui lui avaient été donnés, la femme arrive à la Clinique dans le cours du septième mois de la gestation.

De taille moyenne, plutôt petite, Marie C... marche sans difficulté, bien que boitant très visiblement du côté gauche. La cuisse gauche est ankylosée sur le bassin, dans l'attitude de l'abduction et de la rotation en dehors. L'ankylose est presque complète. Le genou gauche peut beaucoup moins s'écarter de la ligne médiane que celui du côté

(1) Adenot. *Lyon médical*, juin 1889.

(1) Blasius. *Monaschrift f. g.*, Bd. XIII, p. 328.

opposé. Le membre inférieur gauche, dans son ensemble, est raccourci. La jambe droite, restée saine, est de longueur ordinaire et ne présente aucune trace de rachitisme. Rien de spécial en ce qui concerne le squelette thoracique. La tête est un peu grosse, les bosses frontales légèrement saillantes, le regard sans asymétrie. La colonne lombaire offre une légère convexité dirigée à gauche, le bassin est d'ailleurs incliné de ce côté, l'os iliaque gauche descendant plus bas que son congénère. Grossesse de sept mois. Enfant vivant, tête dans la région hypogastrique.

Après avoir examiné le bassin, M. Maygrier me conseille de provoquer de suite l'accouchement. Au bout de quelques heures, le travail se déclare. Tout va bien d'abord, puis les membranes se rompent spontanément avant la dilatation complète du col, le cordon fait procidence et ne peut être rétropulsé ; l'enfant succombe, et à la dilatation complète je pratique, sur l'avis de mon chef, la basiotripsie. Tête au-dessus du détroit supérieur, petite en O.I.G.A. Opération facile, sauf quelques points qui seront indiqués ultérieurement. Délivrance normale, le placenta était inséré près de l'orifice. Suites de couches complètement apyrétiques. Pendant l'anesthésie nécessitée par l'intervention, j'étudiai attentivement la conformation du bassin, et je recueillis les renseignements suivants :

Détroit supérieur. — L'angle sacro-vertébral est facilement accessible, le diamètre promonto-sous-pubien mesure 82 millimètres. Le promontoire est élevé au-dessus de la symphyse pubienne, ce qui revient à dire que le bassin est en antéversion. De chaque côté de l'angle sacro-vertébral, on trouve les ailerons du sacrum, à gauche, du côté de la coxalgie, le bord antérieur de l'aileron paraît avoir sa longueur normale ; on distingue aisément son extrémité externe, car la symphyse sacro-iliaque fait en ce point une saillie légère, dirigée vers la cavité pelvienne.

Cette saillie sacro-iliaque est située dans un plan horizontal passant manifestement au-dessous du promontoire. La ligne innominée gauche est courbe, mais paraît peu étendue en longueur, depuis l'articulation sacro-iliaque jusqu'à la symphyse pubienne. Celle-ci n'est pas directement en face de l'angle sacro-vertébral ; elle est légèrement déviée vers la droite, c'est-à-dire du côté opposé à la coxalgie.

Étudions maintenant la moitié droite du détroit supérieur. Le bord antérieur de l'aileron sacré est nettement plus court de ce côté que de l'autre. L'articulation sacro-iliaque est très saillante, elle forme une moue prononcée qui se trouve dans un plan horizontal passant au-dessus du promontoire. Immédiatement en dehors de la symphyse sacro-iliaque droite, le bout de l'index se loge dans une sorte d'encoche causée par la plicature de la ligne innominée correspondante. On pourrait croire, à un examen superficiel, que la saillie faite par la symphyse sacro-iliaque n'est autre chose que l'angle sacro-vertébral, et qu'il n'existe pas, en réalité, d'aileron du sacrum. Sur les parties latérales, la ligne innominée est rapprochée du plan médian, elle est redressée et se dirige presque directement jusqu'à la symphyse pubienne. Mais, tandis que, du côté coxalgique, la ligne innominée a subi un raccourcissement notable, celle du côté droit, au contraire, semble avoir conservé toute son étoffe, et n'être modifiée que dans sa direction.

Résumons les particularités de ce détroit supérieur :

Son plan est obliquement dirigé de haut en bas, d'arrière en avant, et de droite à gauche. Son pourtour présente en arrière trois saillies : l'une médiane, c'est l'angle sacro-vertébral ; la seconde à gauche de la première, c'est la symphyse sacro-iliaque gauche ; la troisième à droite du promontoire, plus rapprochée de lui que celle de gauche, et beaucoup plus proéminente dans l'intérieur du canal pelvien, c'est la symphyse sacro-iliaque droite. La ligne innominée gauche est courbe, mais raccourcie ; celle de droite a conservé toute sa longueur, mais elle est divisée en deux parties inégales par une sorte de plicature : une partie postérieure très courte, aboutissant à l'articulation sacro-iliaque droite, une partie antérieure beaucoup plus longue, rectiligne, se terminant en avant à la symphyse pubienne.

Excavation. — La face antérieure du sacrum regarde légèrement à droite, l'épine sciatique gauche est assez éloignée de la pointe de cet os, elle fait une légère saillie en dedans ; la paroi latérale gauche de l'excavation est courbe, mais sa surface semble petite.

La moitié droite du sacrum paraît légèrement atrophiée ; l'épine sciatique de ce côté est très voisine du bord correspondant du sacrum ; la paroi latérale droite de l'excavation est large, mais aplatie.

Détroit inférieur. — La pointe du sacrum est assez élevée, elle est dirigée vers la droite, l'ischion droit est plus près de la ligne médiane que le gauche ; la branche ischio-pubienne droite est plus voisine de la verticale et du plan médian, que celle du côté opposé.

En somme, bassin petit, de forme oblique ovalaire ; la moitié correspondante à l'articulation malade est courbe mais atrophiée ; l'autre moitié n'a pas subi d'arrêt de développement, mais elle est aplatie et redressée par la pression du membre inférieur sain. Un point intéressant, c'est que, du côté coxalgique, l'atrophie a porté sur l'os iliaque ; tandis qu'à droite, elle a intéressé la moitié correspondante du sacrum. Nous verrons plus tard comment on peut interpréter ces divers détails.

Le bassin qui vient d'être décrit peut-il être considéré comme un type de bassin coxo-tuberculeux ? Il offre des lésions évidemment très prononcées et il a donné lieu à des accouchements d'une grave difficulté. En raison de son étroitesse, on doit se demander si le rachitisme ne s'est pas ajouté à la coxalgie pour causer de telles déformations. Bien que Marie C... ne présentât aucun signe avéré de rachitisme, il y aurait peut-être là matière à discussion ; car d'habitude la viciation par coxo-tuberculose est moins considérable. C'est ce dont on se convaincra ultérieurement ; c'est, du reste, ce que j'ai pu vérifier chez deux autres femmes observées, l'une à la Clinique, l'autre à l'hôpital Tenon, dans le service de mon maître, M. le docteur Bar. Quoi qu'il en soit, et en admettant même l'hypothèse de rachitisme chez Marie C..., son bassin n'en est pas moins remarquable par deux sortes de modifications qui sont dûment attribuables à la coxo-tuberculose, l'atrophie asymétrique et l'aplatissement unilatéral. Le rachitisme a pu exagérer, mais non faire dévier le sens de la déformation coxo-tuberculeuse.

Obs. II (personnelle). — Le 1er août 1889, la nommée Jeanne C..., âgée de vingt-deux ans, lingère, entre à la Clinique d'accouchements. C'est une primipare à terme. Élevée au

sein, elle a marché à un an. Elle boite depuis son enfance, mais ne donne pas de renseignements précis à ce sujet. Ankylose de la hanche droite; la cuisse est légèrement portée dans l'abduction et la rotation en dehors. Il existe un certain degré de raccourcissement. Cicatrices autour du trochanter droit; traces d'abcès froids à la jambe du même côté. O.I.G.A. Enfant vivant, tête élevée au-dessus du détroit supérieur, angle sacro-vertébral accessible au loin. La ligne innominée gauche (côté de l'articulation saine) est aplatie, redressée et rapprochée de la ligne médiane. Du côté droit (côté coxalgique), le bassin semble plus large. La symphyse pubienne est déjetée sur la droite, la branche ischio-pubienne gauche est presque verticale, l'autre est, au contraire, oblique en bas et en dehors. On verra plus loin le mécanisme de l'accouchement dans ce cas particulier. Terminaison artificielle par une application de forceps faite en haut de l'excavation. Mère et enfant en bonne santé, fille de 3 350 grammes.

Le bassin était donc aplati et rétréci du côté de l'articulation saine, large, au contraire, du côté coxalgique.

Obs. III (personnelle). — La nommée L..., âgée de vingt-trois ans, couturière, est entrée le 29 octobre 1886, à l'hôpital Tenon, service de M. Bar.

Coxalgie droite. Raccourcissement et atrophie de la jambe de ce côté.

L'articulation de la hanche droite possède encore quelques mouvements intrinsèques de flexion et d'extension. L'abduction et la rotation en dehors sont très limitées. Femme à terme, enfant vivant O.I.G.A., tête élevée, mobile au-dessus du détroit supérieur. Angle sacro-vertébral accessible, bassin de 9 centimètres, asymétrique, la moitié gauche (jambe saine) aplatie, la moitié droite plus vaste.

Le détroit supérieur est en antéversion; il est de plus incliné de haut en bas, et de gauche à droite, c'est-à-dire vers l'articulation malade. Accouchement spontané.

Ici encore l'aplatissement se trouvait du côté du membre sain.

Telle est, d'ailleurs, la règle générale. Il serait facile de multiplier les preuves à l'appui de cette proposition. Citons seulement les exemples suivants :

C'est d'abord l'observation de M. Féré (1), il s'agit ici d'un bassin d'homme. Le malade était un vieillard qui portait une ankylose de la hanche gauche, consécutive à une coxalgie remontant à l'âge de huit ans. La cuisse était immobilisée dans l'abduction et la rotation en dehors. A l'autopsie, on trouva un bassin de forme oblique ovalaire, avec aplatissement à droite, c'est-à-dire du côté opposé à la coxalgie. La cavité pelvienne était plus large à gauche, malgré une atrophie évidente de l'os iliaque gauche.

Spiegelberg (2) raconte qu'une femme atteinte de coxalgie droite, à l'âge de huit ans, guérit après plusieurs années de souffrance, en conservant une ankylose et un raccourcissement marqué de la jambe droite. Elle avait marché pendant cinq ans avec une béquille, et ne s'était servi exclusivement que de sa jambe gauche pendant tout ce temps. Depuis l'âge de seize ans, elle avait pu abandonner sa béquille. Cette femme devint trois fois enceinte; chaque fois on l'accoucha prématurément; les deux premiers enfants, extraits artificiellement, succombèrent, le dernier seul survécut, il était né sans intervention, mais la mère mourut infectée. A l'autopsie on trouva un bassin rétréci d'avant en arrière et surtout obliquement : le côté coxalgique était plus large que l'autre qui était aplati.

(1) Féré. *Progrès médical*, 1877, p. 529.
(2) Spiegelberg. *Handbuch f. geburt.*, 1878. p. 476.

Schrœder (1) rapporte un cas de Litzmann, où, la coxalgie siégeant à gauche, l'aplatissement du bassin s'était produit à droite, et il admet comme habituelle une déformation de cet ordre. Il en est de même de Schauta (2).

Nos faits personnels, joints aux précédents, rentrent donc dans la règle générale que voici :

Le bassin coxo-tuberculeux est asymétrique, de forme oblique ovalaire, et l'aplatissement se produit ordinairement du côté de la jambe saine. Nous avons jusqu'ici choisi des cas dans lesquels il y avait ankylose de la cuisse sur l'os iliaque dans l'attitude de l'abduction et de la rotation en dehors, *sans luxation*. Ce n'est donc pas le déplacement de la tête fémorale, qui est la cause principale des changements de forme éprouvés par le pelvis.

IV

A côté des cas nombreux où l'aplatissement du bassin s'est produit du côté de la jambe saine, il en existe d'autres où, au contraire, la ligne innominée, répondant à l'articulation malade, s'est redressée et rapprochée du plan médian. De pareils faits ont été révoqués en doute, aussi semble-t-il nécessaire de les confirmer.

Hubert (de Louvain) rapporte l'histoire de la femme W..., qui eut une coxalgie droite à l'âge de six ans, accompagnée de suppuration et suivie d'ankylose. Le membre inférieur droit, fixé obliquement en avant et en dedans, croisait en avant la direction du gauche. Il y avait donc adduction forcée. Le diamètre oblique droit était plus court que le gauche. Il existait un aplatissement du côté coxalgique.

Une multipare de trente-deux ans présente une ankylose coxo-fémorale gauche, reliquat d'une coxalgie suppurée, datant de l'enfance. Le membre malade est plus long que l'autre, il est dans l'adduction forcée. La partie la plus large du bassin se trouvait à droite. Il y avait donc aplatissement du côté coxalgique [Blot, Taurin (3)].

Gusserow (4) décrit deux cas du même genre. Il s'agit, dans l'un d'eux, d'une coxalgie droite avec aplatissement du bassin du même côté et élévation de l'os iliaque droit au-dessus du gauche. Dans le second cas, il y avait coxalgie gauche, élévation de l'os iliaque et de l'ischion gauche au-dessus du droit, et aplatissement du bassin à gauche.

Zweifel (5), Krassovsky (6), Spiegelberg, Küstner (7), Braun (8) et Schrœder ont relaté des faits de même nature.

Il est donc démontré que l'asymétrie du bassin provient parfois du redressement de la ligne innominée répondant au côté malade.

V

Jusqu'ici, nous avons évité soigneusement les coxalgies compliquées de luxation. Voyons maintenant quelle peut être l'influence de cette nouvelle lésion.

(1) Schrœder. *Lehrbuch f. gel.*, 1888, p. 608.
(2) Schauta. In Muller, *Handbuch*, 1889.
(3) Thèse d'agrégation de M. Guéniot, 1869, Obs. XII.
(4) Gusserow. *Arch. f. gynec.*, t. XI, p. 264.
(5) Zweifel. Loc. cit., 1887, p. 404.
(6) Krassowsky. Opérat. obst. Saint-Pétersbourg, 188 .
(7) Kustner. *Arch. f. gynec.*, VIII, p. 326.
(8) Braun. *Wiener Med. Presse*, 1871.

Blot (1) : luxation consécutive à une coxalgie survenue à l'âge de onze ans ; raccourcissement de 10 centimètres du membre malade. Redressement de la ligne innominée du côté opposé.

M. Guéniot (2) : luxation spontanée du côté droit à l'âge de quatre ans. Le membre inférieur de ce côté est plus court que l'autre dans ses divers segments et indépendamment du raccourcissement dû à la luxation. Traces d'abcès autour du trochanter. Ankylose presque complète ; la cuisse est très oblique en bas et en dedans. Dépression générale en dedans de tout le côté droit du bassin.

Ainsi la luxation peut s'accompagner de déformations absolument opposées : ici, en effet, l'aplatissement se trouve du côté malade, là il est, au contraire, du côté sain. *Le déplacement de la tête fémorale n'est donc pas la véritable cause de la viciation.*

VI

On a vu, plus haut, que le bassin coxo-tuberculeux était aplati, tantôt du côté de la jambe saine et tantôt du côté malade. Nous essaierons, plus tard, d'expliquer ces discordances. Actuellement, examinons quelles sont les autres lésions que l'on peut rencontrer soit au niveau du détroit supérieur, soit au niveau du détroit inférieur, indépendamment de celles que nous avons décrites :

1° *Au détroit supérieur.* — Il se fait parfois une ankylose sacro-iliaque. Celle-ci n'existe pas toujours. Mais elle est la règle, quand la jambe saine a exercé des pressions prolongées et répétées sur l'ilium et sur l'aileron du sacrum correspondant (Litzmann). Notre observation I (Marie C.) doit être rappelée à ce propos.

Dans un des deux cas de Gusserow, il existait une synostose sacro-iliaque du même côté que l'aplatissement du bassin et que la coxalgie elle-même.

On peut dire *que, lorsqu'une ankylose sacro-iliaque se développe secondairement à la coxo-tuberculose, cette synostose siège du côté le plus comprimé.*

2° *Au détroit inférieur.* — La situation des tubérosités ischiatiques est des plus variables. Le plus souvent, l'ischion suit les vicissitudes de la ligne innominée correspondante ; il se rapproche du plan médian, si elle est aplatie ; il s'éloigne en dehors si, au contraire, elle est large et courbe. Mais les choses peuvent se passer d'une manière tout à fait inverse ; nous reviendrons plus tard sur ce point.

VII

Il y a lieu d'indiquer maintenant certaines altérations qui, bien que relativement rares, donnent une physionomie toute spéciale au bassin coxo-tuberculeux.

M. le professeur Lannelongue insiste sur les ostéophytes, les épaississements qui apparaissent quelquefois sur l'os iliaque du côté coxalgique ; les proliférations osseuses résultent de l'inflammation du périoste qui accompagne souvent la coxo-tuberculose. Le bassin peut être ainsi remarquablement rétréci. Il existe même des cas d'obstruction très marquée de la cavité pelvienne par des tumeurs de cette nature. Tels sont les cas de Otto (1), de Hecker (2) et de Mennel (3). Dans le cas de Hecker, on dut même pratiquer l'opération césarienne. La femme mourut et, à l'autopsie, on trouva, outre une ankylose coxo-fémorale droite, une tumeur osseuse faisant saillie dans l'excavation, siégeant au niveau du fond de la cavité cotyloïde et mesurant 15 centimètres de tour et 7 centimètres de hauteur. Le diamètre transverse de l'excavation aboutissant au sommet de la tumeur avait seulement 53 millimètres d'étendue.

Mennel rapporte l'histoire d'une femme déjà observée par Schatz et atteinte d'une ankylose coxo-fémorale droite. La cuisse était immobilisée dans l'adduction et fixée contre le bassin. Après avoir eu plusieurs accouchements difficiles, cette femme devint enceinte pour la huitième fois. On fit l'accouchement prématuré et on retira par la version podalique un enfant de 2650 grammes, mort pendant le travail. La mère succomba infectée. Le bassin présentait les traces de la coxalgie ancienne, ankylose, etc. Il existait à droite une synostose sacro-iliaque ; l'ilium, du même côté, était plus élevé que son congénère ; et surtout il portait une tumeur osseuse grosse comme une pomme, et constituée par la tête fémorale luxée dans la fosse iliaque externe, tête fémorale qui repoussait sa nouvelle cavité articulaire dans l'intérieur du bassin. Le diamètre sacro-cotyloïdien droit mesurait seulement 55 millimètres ; son congénère avait 88 millimètres de longueur.

VIII

Pathogénie. — Tels sont les faits. Cherchons maintenant à les interpréter :

1° Un malade, atteint de coxalgie, est obligé de garder le lit, et meurt sans avoir recouvré l'usage de ses jambes. A l'autopsie, on trouve une atrophie souvent considérable de l'os iliaque malade. C'est là une conséquence immédiate de la coxo-tuberculose indépendante de toute pression mécanique, puisque le malade n'a plus jamais marché. Or, ce phénomène trophique a pour effet de rétrécir la moitié du bassin répondant à la coxalgie (Blasius, Valenta). Telle est la lésion pure de tout mélange.

2° Supposons maintenant que le malade se lève ; il va s'appuyer sur ses jambes, inégalement sans doute, et joindre, à l'influence trophique de sa tumeur blanche, une action mécanique des plus importantes. L'un des membres inférieurs supportera un poids plus considérable que l'autre, et la moitié du bassin, la plus comprimée, s'aplatira. Mais pourquoi le redressement de la ligne innominée se fait-il tantôt du côté sain et tantôt du côté malade ?

En examinant les observations, on voit que, presque toujours, la moitié aplatie du bassin est située plus haut que l'autre moitié. Le détroit supérieur, avons-nous dit, est incliné non seulement d'arrière en avant, mais aussi transversalement. *L'os iliaque le plus élevé est donc celui qui présente un redressement plus ou moins accentué de la ligne innominée.*

Maintenant, pourquoi la moitié la plus élevée du bassin répond-elle tantôt au membre sain, et tantôt au membre malade ? Rappelons-nous l'évolution de la coxalgie. La maladie guérit quelquefois à la première période, à une

(1) Blot. Thèse de M. Guéniot, Obs. VI.
(2) Guéniot. Thèse citée, Obs. XII.

(1) Otto. In Guret.
(2) Hecker. *Arch. f. gynec.*, t. XVIII, p. 44.
(3) Mennel. *Idem*, 1884, t. XVIII, p. 79.

époque où le membre inférieur n'a pas encore pris d'attitude vicieuse, ni subi de raccourcissement. Le bassin a conservé son inclinaison normale, mais il est atrophié du côté coxalgique ; c'est ce qui vient d'être étudié. Mais supposons le cas le plus fréquent : la coxalgie arrive à sa deuxième période caractérisée par *l'abduction et la rotation de la cuisse en dehors*, et par l'inclinaison du bassin vers l'articulation malade. Si l'ankylose s'établit à ce moment, la guérison survient, fixant les parties dans leur attitude anomale. Or, l'aplatissement du bassin a lieu du côté sain ; c'est l'os iliaque opposé à la lésion coxo-tuberculeuse, qui est le plus élevé par rapport à son congénère. (Voir les cas de M. Féré, de Spiegelberg, Litzmann, Schrœder, Schauta, mes trois observations personnelles, etc.)

Imaginons, maintenant, un processus pathologique plus grave et plus rapide. Le malade reste au lit pendant la première et la seconde période de sa maladie ; et celle-ci ne rétrocède que dans le cours de la troisième. L'ankylose se fait en fixant la cuisse dans l'adduction et la rotation en dedans. Comme conséquence, le bassin est incliné vers l'articulation saine, la crête iliaque qui répond à la coxalgie est plus haute que l'autre. L'aplatissement pelvien a lieu du côté malade (faits de Hubert, Blot, Taurin, Gusserow, Zweifel, etc.).

En général, la moitié aplatie du bassin est celle qui supporte les pressions les plus considérables et les plus fréquentes. Il y a pourtant des exceptions. Telle était la femme W... (Hubert, de Louvain), chez laquelle le membre sain servait de principal point d'appui, et qui, pourtant, présentait un redressement de la ligne innominée du côté malade. Néanmoins, cette observation rentre dans la règle posée plus haut ; il y avait, en effet, adduction forcée de la cuisse droite et aplatissement de la moitié droite du bassin. Il faut faire intervenir ici un ramollissement pathologique des os atteints par la coxo-tuberculose et, en même temps, l'influence de l'action musculaire pour produire la déformation.

C'est à l'aide de ces deux facteurs qu'on explique les exceptions aux règles qui suivent :

1° *Rotation en dehors et abduction de la cuisse malade* (*élévation de l'os iliaque du côté sain*), *aplatissement pelvien du côté sain ;*

2° *Rotation en dedans et adduction de la cuisse malade* (*élévation de l'os iliaque du même côté*), *aplatissement pelvien du côté malade.*

Mais la première loi est beaucoup plus généralement vraie que la seconde. Car, à la troisième période de la coxo-tuberculose (adduction), les os sont souvent très ramollis, les altérations prononcées, les déplacements, etc., apparaissent, et le bassin peut obéir à des influences multipliées et difficiles à démêler.

IX

Lorsqu'une synostose sacro-iliaque s'est formée secondairement à la coxo-tuberculose, elle siège, avons-nous dit, du côté le plus comprimé, que ce soit la moitié du bassin primitivement saine ou, au contraire, la moitié coxalgique. Cette arthrite sacro-iliaque s'explique aisément par les chocs et les fatigues qui résultent de l'inégale répartition du poids du corps.

Au détroit inférieur, la situation des tubérosités ischiatiques est très variable. La règle est que les ischions subissent le même déplacement que la ligne innominée et la paroi latérale du bassin ; cela s'explique du reste. Mais parfois, l'ischion est porté en dehors, alors que la ligne innominée correspondante est repoussée en dedans ou inversement. Il faut attribuer ces singularités à la flexibilité normale des os pendant le jeune âge, à leur ramollissement pathologique ; ainsi peut s'exercer efficacement l'influence des tractions musculaires et des compressions directes.

X

Diagnostic anatomique. — Le bassin coxo-tuberculeux se distingue du bassin de Nœgelé et du bassin vicié par luxation congénitale unilatérale, à l'aide des caractères suivants :

1° Atrophie du côté atteint par le processus coxalgique ;

2° Variabilité dans le siège de l'aplatissement, qui porte tantôt sur la moitié saine, et tantôt sur la moitié malade ;

3° Raccourcissement presque constant du diamètre promonto-sous-pubien, même en l'absence de rachitisme concomitant. Ce raccourcissement est une conséquence de l'atrophie subie par une des moitiés du détroit supérieur ;

4° Variabilité dans la situation occupée par les tubérosités ischiatiques ;

5° Influence presque insignifiante de la luxation coxofémorale ;

6° Proliférations ostéophytiques qui, parfois, prennent un développement considérable.

XI

Mécanisme de l'accouchement. — Quelle est la marche de l'accouchement dans un bassin coxo-tuberculeux ? Choisissons le type le plus fréquent, c'est-à-dire un bassin de forme oblique, ovalaire, sans ostéophytes. Une moitié du bassin est aplatie et ordinairement plus étroite que l'autre. De plus, le pelvis tout entier est en antéversion, et aussi en latéroversion, le détroit supérieur est donc incliné en avant et du côté opposé à l'aplatissement.

Comme dans la plupart des cas de rétrécissement, la partie fœtale reste élevée et plus ou moins mobile au-dessus du détroit supérieur, l'accommodation est imparfaite et les présentations vicieuses deviennent plus fréquentes. La rupture prématurée des membranes, la lenteur de la dilatation du col, les procidences du cordon et des membres peuvent se rencontrer. Pour étudier la descente de la tête, fixons les idées par des exemples, et supposons un bassin aplati à gauche et, par suite, en latéroversion droite, en même temps qu'une position gauche du sommet. La tête forme une masse globuleuse qui fait souvent saillie audessus de la branche horizontale du pubis. Pour peu que l'inclinaison normale de l'utérus, à droite, s'exagère par le fait de la latéroversion pelvienne dans le même sens, l'occiput sera dirigé, par les contractions, sur la ligne innominée aplatie, et, débordant le pubis, s'y arc-boutera, et la tête se défléchira. C'est ce que j'ai constaté chez Jeanne C... (Obs. II), la fontanelle antérieure devient accessible, et la tête est encore au-dessus du détroit supérieur. On conçoit qu'une présentation de la face puisse résulter de cette déflexion. Cela s'observera surtout si la partie droite (non redressée) du bassin n'est pas très large. Si, au contraire, elle est vaste, les contractions utérines ramèneront la tête

dans une meilleure direction et, tout d'un coup, cette tête, qui était restée plus ou moins longtemps au-dessus du détroit supérieur, glisse brusquement, se fléchit au maximum et rapidement jusque sur le périnée. La flexion exagérée succède à la déflexion. En même temps, et très vite, la rotation interne s'effectue, ramène l'occiput sous la symphyse, et même dépasse le but ; la tête se place légèrement en droite antérieure, elle pourra même se dégager dans cette position ; la suture sagittale, au lieu d'occuper le plan médian, sera oblique en arrière et à gauche. Ces phénomènes sont dus à l'aplatissement de la paroi gauche du bassin, ils étaient faciles à constater chez les femmes des observations II et III. Si la moitié non aplatie du bassin est vaste, et si la direction de la poussée utérine est favorable, la tête ne s'arc-boutera pas sur la ligne innominée redressée, et descendra facilement et sans secousses.

Les difficultés seront moindres encore, si l'occiput se trouve dans la partie large du bassin, au lieu de répondre à la moitié aplatie.

Parfois, les choses vont moins bien, et la tête reste soit au-dessus du détroit inférieur, soit dans l'excavation (et peut-être ici, l'épine sciatique joue-t-elle un certain rôle), soit enfin au détroit inférieur. Il faudra alors intervenir.

Le dégagement de la tête sous la symphyse est quelquefois très gêné par la présence de la cuisse malade qui ne peut être portée dans l'abduction. A plus forte raison, si cette cuisse est fixée dans l'adduction exagérée.

Nous venons de voir que le dégagement pouvait s'effectuer non pas franchement en occipito-pubienne, mais en position légèrement oblique. Le périnée se distendra quelquefois outre mesure, et risquera d'être déchiré.

XII

Phénomènes plastiques. — Dans un accouchement observé à l'hôpital Tenon, mon maître, M. Bar, me fit remarquer les déformations subies par la tête du fœtus pendant son passage à travers un bassin coxo-tuberculeux. Le pariétal droit (antérieur pendant l'accouchement) était enfoncé sous le bord droit du frontal, dans sa partie antéro-inférieure ; il surmontait, au contraire, ce bord frontal, au niveau de la fontanelle antérieure. De sorte que les deux bords osseux se croisaient à la manière d'un X très allongé. Ce croisement en X existait aussi sur la suture sagittale ; en effet, dans sa moitié antérieure, le pariétal droit était enfoncé au-dessous de la moitié correspondante du pariétal gauche ; c'était l'inverse en arrière. L'occipital était, par son bord droit, sous-jacent au pariétal de même côté, par son bord gauche, sus-jacent au pariétal gauche. Le pariétal gauche, dans sa partie antérieure, recouvrait le bord gauche du frontal. La bosse pariétale droite était située plus en arrière et plus haut que la gauche.

En résumé, le pariétal droit (pubien) enfoncé dans sa partie antéro-inférieure était, au contraire, proéminent dans sa partie postéro-supérieure ; la disposition inverse avait lieu pour le pariétal gauche. Les bords du frontal et de l'occipital étaient, alternativement, sus- et sous-jacents aux bords osseux voisins (Obs. III).

Ces chevauchements résultaient de la brusquerie et de la rapidité avec lesquelles la rotation s'était effectuée.

Pareilles déformations peuvent se rencontrer dans les cas de bassin à type oblique ovalaire, si la rotation présente les mêmes caractères.

XIII

Diagnostic clinique. — On reconnaîtra aisément les cicatrices péri-trochantériennes et le raccourcissement du membre inférieur, son atrophie partielle, son attitude vicieuse et l'ankylose plus ou moins complète. Ce seront là des éléments simples qui permettront de diagnostiquer la nature des lésions. Mais l'accoucheur ne s'en tiendra pas là. Il faut, en effet, s'informer de l'âge auquel la coxo-tuberculose est apparue, de la manière dont elle a évolué, du temps que la malade a passé au lit ou au repos, etc. On se rendra exactement compte de l'attitude du membre lésé ; car l'adduction forcée sera toujours d'un pronostic plus sérieux que l'ankylose en abduction, au point de vue de l'accouchement. D'ailleurs, l'adduction exagérée rendra quelquefois difficile l'examen par le toucher vaginal. A l'aide de l'inspection et du palper, on se rendra compte de l'inclinaison et de la latéroversion pelvienne.

L'étude de la hanche malade sera aussi soigneusement faite.

Enfin, le doigt introduit dans la cavité vaginale recherchera les différentes particularités du bassin. Exceptionnellement, on rencontrera des inégalités sur la paroi latérale, dues à la prolifération du périoste et de l'os ; plus souvent, il faudra prendre garde de commettre une erreur en touchant les symphyses sacro-iliaques et la saillie parfois assez marquée qu'elles peuvent faire dans l'excavation. Enfin on appréciera le degré d'aplatissement et on mesurera le diamètre promonto-sous-pubien. Il est inutile de revenir ici sur l'aspect du pelvis.

Le diagnostic différentiel aura surtout pour objet d'éliminer le bassin vicié par luxation congénitale, celui de Nœgelé et exceptionnellement le bassin vicié par obstruction.

XIV

Pronostic. — Il varie suivant le degré de rétrécissement et, de plus, suivant le siège de l'aplatissement. Il y a, en effet, deux causes de rétrécissement dans le bassin coxo-tuberculeux : l'atrophie d'un des os iliaques, et le redressement d'une des lignes innominées. Si les deux lésions occupent le même côté, en d'autres termes, si l'aplatissement répond à la coxalgie, l'autre moitié du bassin sera normale, large, et permettra l'accouchement facile. Au contraire, lorsque l'aplatissement se trouve du côté sain, il rétrécit, par lui seul, le détroit supérieur, pendant que l'autre moitié du bassin a perdu aussi une partie de ses dimensions, en raison de l'atrophie coxo-tuberculeuse de l'os iliaque correspondant.

Les bassins à ostéophytes comportent un pronostic tout spécial.

Dans la majorité des cas, dit-on, l'accouchement se fait bien et spontanément, à travers un bassin ilio-fémoral. Examinons ce que devient cette proposition lorsqu'on étudie à part le bassin coxo-tuberculeux.

J'ai pu relever les observations de 20 femmes qui ont, ensemble, fourni un total de 43 accouchements : 13 d'entre elles durent être opérées une ou plusieurs fois. Et parmi ces 13, 5 eurent à subir des opérations très graves, dont une section césarienne.

Parmi les 43 accouchements, 12 furent provoqués artifi-

ciellement vers le septième et le huitième mois. Voici, du reste, le détail de cette statistique :

Accouchements spontanés à terme.	15
Accouchements provoqués, terminés spontanément.	2
Extractions de siège	4
Versions	7
Forceps	7
Perforations	2
Céphalotripsies	2
Basiotripsies	2
Opération fœticide de nature inconnue	1
Opération césarienne (Hecker, bassin obstrué)	1

Ainsi, sur 43 accouchements, l'intervention fut 28 fois nécessaire, 3 femmes sur 20 moururent de septicémie (1° cas de Hecker, bassin obstrué, opération césarienne; 2° cas de Mennel multipare de 8, accouchée à terme une première fois, à l'aide de la perforation, les sept autres fois après provocation de l'accouchement prématuré ; dans ces 7 accouchements, deux fois on fit l'extraction du siège et 5 fois la version ; des huit enfants de cette femme, un seul survécut; 3° cas de Spiegelberg, multipare de 3, chez qui on provoqua chaque fois l'accouchement prématuré; un enfant vint au monde spontanément et vécut, les deux autres furent extraits, l'un par la version, l'autre par des tractions sur l'extrémité pelvienne).

Quel est maintenant le pronostic pour l'enfant ? Reprenons notre statistique : sur les 43 enfants qui figurent dans le tableau précédent, 1 était mort depuis cinq jours dans la cavité utérine.

Des 42 restants, 30 étaient à terme, 12 avant terme (accouchements prématurés artificiels). Parmi les 30 enfants à terme, 23 naquirent vivants, 7 succombèrent pendant le travail. Parmi les 12 avant terme, 5 naquirent vivants, 7 moururent pendant le travail. Ce qui fait 29 p. 100 d'accouchements avant terme, nécessités par l'état du bassin, conditions dont il faut tenir compte dans le pronostic des enfants ; et, au total, 33 p. 100 de mortalité pour les enfants, 3 mères sur 20 succombèrent, soit 15 p. 100.

A un autre point de vue, il faut considérer l'état général de la femme qui, bien souvent, est faible, et peut être tuberculeuse. Il faudrait rechercher l'influence de la grossesse sur cet état général et aussi sans doute sur l'articulation malade. On a dit, en effet, que les tumeurs blanches pouvaient se réveiller sous l'influence de la gestation.

On voit que le pronostic du bassin coxo-tuberculeux est beaucoup plus sérieux que celui du bassin vicié par luxation congénitale. Il faut donc les séparer l'un de l'autre.

XV

Au point de vue du traitement, les indications sont les mêmes que dans tous les cas de bassin oblique ovalaire.

Il y a seulement une remarque à faire au sujet de la technique des interventions. La cuisse du côté malade est souvent ankylosée, soit en abduction, soit en adduction; surtout dans cette dernière attitude, elle peut gêner considérablement l'introduction de la main ou des instruments.

XVI

Résumé. — Le bassin coxo-tuberculeux a le type oblique ovalaire.

Sauf exceptions, la moitié aplatie de l'excavation pelvienne répond à la hanche saine, lorsque le membre inférieur malade est ankylosé dans l'abduction et la rotation en dehors.

Au contraire, la moitié aplatie répond à la hanche coxalgique, lorsque le membre inférieur malade est fixé dans l'adduction et la rotation en dedans.

La luxation du fémur ne joue, par elle seule, qu'un rôle accessoire dans la pathogénie de la viciation pelvienne.

Le diamètre promonto-pubien est presque toujours plus petit que dans l'état normal.

Le pronostic de cette déformation pelvienne est, en général, plus grave que celui du bassin vicié par luxation congénitale.

Lorsque la moitié coxo-tuberculeuse atrophiée se trouve du côté opposé à l'aplatissement, l'angustie est plus prononcée que dans le cas inverse.

La maladie de la hanche s'accompagne d'ostéo-périostite proliférante qui, parfois, peut aller jusqu'à obstruer la cavité pelvienne.

Le bassin coxo-tuberculeux doit être séparé du bassin vicié par luxation congénitale de la hanche.

Son anatomie pathologique et son pronostic lui font une place à part dans la monographie des viciations pelviennes.

DES PRÉDISPOSITIONS MORBIDES

SPÉCIALES A CHACUNE DES MOITIÉS GAUCHE ET DROITE DU CORPS (1)

Par M. le docteur E. Broussolle,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Dijon.

M. Terrillon a attiré l'attention sur des cas de fausses coxalgies ou coxalgies simulées par un défaut d'accroissement du membre inférieur (2). Dans six cas, il y avait défaut d'accroissement du membre inférieur gauche. Ne pourrait-on pas dire qu'il y a eu excès de développement du fémur et du tibia du côté droit qui est prédisposé, comme l'ont montré les mensurations de E. Rollet, à un développement plus considérable qu'à gauche ? Cette inégalité de longueur des membres inférieurs, atteignant parfois plusieurs centimètres sans lésion pathologique, doit être bien connue, lorsque la cause de la claudication échappe (3).

Rappelons que Duzéa a montré que certaines lésions congénitales entraînaient aussi l'inégalité des membres inférieurs.

Signalons encore, au point de vue des lésions qui affectent de préférence le côté droit, la plus grande fréquence des pieds-bots à droite et, dans les cas de pieds-bots doubles, on a remarqué que celui du côté droit est le plus accentué. M. le professeur Guyon rapproche cette particularité de celle que présente le torticolis (4).

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 947. — Le passage ci-dessus a été omis accidentellement et doit être intercalé p. 949, 1re col., avant le dernier alinéa : « Il est à supposer... »

(2) Terrillon. *Bulletin médical*, 1887. p. 115.

(3) Broussolle. *Sur la claudication*, Thèse de Paris, 1886.

(4) Guyon. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Torticolis.

Mais bien plus riche est la pathologie du côté gauche.

Les néoplasmes de l'omoplate (1) et de la clavicule (2) se rencontrent surtout du côté gauche.

Un fait bien intéressant à notre point de vue est cette prédilection de certaines ostéites pour le côté gauche. M. Bourgeois a montré (3) que les périostites et ostéites consécutives à la fièvre typhoïde siègent de ce côté 44 fois sur 61 cas : « Cette proportion est énorme, elle semble indiquer une susceptibilité toute particulière de ce côté et confirmer cette opinion vulgaire, que le côté gauche est inférieur au côté droit. »

M. Barié (4) a étudié d'autres périostites, celles qui succèdent à la variole, et, sur 4 cas, 3 siégeaient à gauche.

Trois de nos observations d'ostéites consécutives à des fièvres typhoïdes et à une variole se rapportent à des lésions du membre inférieur gauche.

Nous n'insisterons pas sur le fait bien connu de la grande fréquence du genu valgum à gauche [178 à gauche, 125 à droite, Bouland (5)]. Pour nous, la cause de cette particularité résiderait moins dans une affection du genou que dans une altération de tout le squelette du pied, du tibia et du fémur et une moindre résistance des ligaments articulaires. C'est aussi de ce côté gauche que siègent, avec prédominance, les varices et les ulcères variqueux, affections où tous les éléments constituants du membre : artères, veines et surtout nerfs sont manifestement atteints dès le début (Terrier, Quénu, Broca).

B. Au niveau de la tête, le céphalématome a pour siège de prédilection l'angle postérieur et supérieur du pariétal droit.

Presque toujours, la déviation de la cloison nasale se fait du côté droit ; dans un cas que nous venons d'observer chez un jeune homme, la déviation était telle que la muqueuse s'était, pour ainsi dire, usée et amincie sur la saillie formée par cette cloison proéminente et le cartilage était à nu.

On connaît bien la très grande fréquence de la dacryocystite et de la tumeur lacrymale à gauche, ce qui est dû — fait déjà signalé par Serres, — à une étroitesse congénitale du canal nasal de ce côté ; cette disposition se transmettrait dans certaines races.

Depuis longtemps, on a remarqué que le bec-de-lièvre simple ou compliqué se rencontre beaucoup plus souvent à gauche ; de même, les fissures congénitales du voile du palais siègent de préférence de ce côté ; il est rare d'observer le contraire.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

Traitement de la blennorrhagie chez la femme. — M. Schmitt (de Nancy) expose, dans la *Revue médicale de l'Est*, les localisations anatomiques de la blennorrhagie chez la femme et les traitements qui ont donné les meilleurs résultats.

La vulvite sera traitée par le repos au lit, l'application de compresses glacées et la cautérisation des érosions à l'aide d'une solution de nitrate d'argent au 20e.

Les abcès de la glande vulvo-vaginale seront incisés largement.

(1) Chauvel, Demandre. Thèses de Paris, 1873.
(2) Chevalier. Thèse de Paris, 1873.
(3) Bourgeois. Thèse de Paris, 1887.
(4) Barié. Société médicale, 1888.
(5) Bouland. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

La vaginite serait plus fréquente que l'affirme M. Eraud. M. Schmitt fait pratiquer, une ou deux fois par jour, des irrigations vaginales au bi-iodure de mercure au 10 000e. A chaque lavage, on fait passer deux litres de liquide dans le vagin. Puis, la femme étant couchée de telle façon que son bassin soit plus élevé que le reste du corps, on pratique une nouvelle injection au bi-iodure (solution au 4000e). Le liquide est laissé pendant quelques minutes dans le vagin. Après avoir ôté le liquide, on tamponne la cavité vaginale avec du coton imbibé de glycérine iodoformée, au début de l'affection. Plus tard on ajoute un peu de tannin.

L'écoulement vaginal disparaît après dix à quinze jours de ce traitement, si on a soin de traiter pendant cette période les autres localisations de la blennorrhagie.

En cas d'uréthrite, le nitrate d'argent sera avantageusement employé.

De l'asthme des foins; pathogénie et traitement. — M. Dreyfus-Brisac consacre, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, un intéressant travail à l'asthme des foins.

Après avoir passé en revue les différentes causes qui ont été incriminées pour expliquer l'apparition de l'asthme des foins, l'auteur avance que la pathogénie de cette affection est sans doute complexe.

D'une part, une muqueuse présentant des lésions permanentes d'origine et de nature variables ou peu disposée par l'arthritisme aux raptus fluxionnaires ; de l'autre, des corps étrangers pénétrant à la faveur de leur ténuité jusque dans les couches profondes de la muqueuse pour y déterminer un état inflammatoire aigu avec ou sans troubles d'irradiation nerveuse. Voilà, dit M. L. Dreyfus-Brisac, comment on peut concevoir aujourd'hui la pathogénie de l'hayfever.

Quand il n'existe qu'une simple hyperémie avec irritabilité de la muqueuse, ou même du catarrhe, les badigeonnages de cocaïne peuvent rendre des services. Il est bon d'associer à ce médicament, soit l'antipyrine, soit le sulfate de quinine.

Des lavages avec des solutions antiseptiques peuvent aussi être avantageux.

Lorsque les lésions sont plus accentuées, on emploie la cautérisation galvanique, la destruction des tissus malades par le thermocautère.

Enfin, dans certains cas, on est forcé d'exciser les saillies osseuses de la cloison.

Malgré les bons résultats qui ont été publiés par les spécialistes, il faut toujours s'adresser à l'état général, en même temps que l'on traite l'état local.

Pour lutter contre le nervosisme, on peut recourir soit au valérianate de zinc et à l'assa fœtida, soit à la belladone, soit, surtout à l'hydrothérapie.

Si l'arthritisme entre un peu dans la maladie, il y a lieu d'instituer une médication anti-diathésique.

Enfin, il faut éloigner les malades des contrées où se trouvent le plus de graminées. Souvent l'air de la mer est favorable aux sujets atteints de l'hayfever.

VARIÉTÉS

Syphilis et santé publique, par T. Barthélemy, médecin de Saint-Lazare.

La syphilis, maladie infectieuse d'origine primitivement vénérienne, tend de plus en plus à se propager — en dehors même des actes génitaux — par tous les moyens, par toutes sortes de contacts, dans une foule de circonstances, absolument comme pourrait le faire la variole inoculée.

Cette notion, il faut nécessairement, dans un but de prophylaxie sociale, qu'elle soit répandue dans le public étranger à la méde-

cine. C'est le but qu'a poursuivi, dans son dernier ouvrage, M. Barthélemy. Dans une première partie, il nous montre les *méfaits de la syphilis*, son rayonnement propagateur dans le milieu où elle s'est installée — le plus souvent « incognito » — et comment, à côté des véroles d'origine vénérienne ou génitale, il y a les *syphilis imméritées*. Faut-il, en effet, rappeler les modes possibles de contamination? Le médecin, l'accoucheur, inoculé sur une écorchure du doigt, menacé au visage par la sputation du malade? En revanche, nous verrons un opérateur malheureux transmettre la syphilis par la vaccination, par le cathétérisme de la trompe d'Eustache; il y a même une variété de vérole qu'on pourrait appeler *sacrée*, c'est celle qui résulte de la « contamination liturgique », dans la circoncision pratiquée suivant le rite hébraïque. Innombrables encore sont les syphilis d'origine professionnelle : telles la syphilis des verriers, la syphilis des nourrices, la syphilis transmise chez le barbier par le « rasoir banal ». Mais les causes occasionnelles sont variées à l'infini et ne peuvent même être énumérées : c'est la pipe, le verre d'un ami, le gobelet d'étain d'une fontaine publique; le porte-plume dont on se sert au bureau de poste et qu'on met par mégarde dans sa bouche; le coupe-cigare qui vient de sectionner un londrès tenu avant d'être allumé entre des lèvres syphilitiques... Et si la morsure d'un ennemi, porteur de plaques muqueuses, peut vous donner la vérole, il est même des syphilis « charitables ». Exemples : chancre du mollet, à la suite de la succion, par un ami dévoué, d'une plaie par éclats de verre (Fournier); chancre palpébral chez deux enfants atteints de blépharite, et dont une personne compatissante détergeait les yeux avec ses doigts humectés de salive (Baudry, cité par Le Dentu).

Ainsi donc, à chaque minute, nous sommes guettés par la syphilis, et la garde qui veillait aux barrières du Louvre en a fort peu défendu nos rois : syphilis et scrofule sont, en effet, deux maladies royales, et François Ier qui, par état, tenait du ciel le droit de guérir la seconde, est, humblement, mort de la première. S'il faut même en croire M. Hamonic, de plus nobles et plus anciennes dynasties auraient déjà payé leur tribut au mal chanté par Fracastor, puisqu'à son dire, David, le roi David, « fut vraisemblablement un des plus anciens rois syphilitiques qui aient existé », et ce, du fait de son adultère avec la femme d'Urie.

Aujourd'hui, c'est le peuple qui est roi; mais il est d'autant plus menacé par le danger que la garde qui devrait veiller — ici, la Préfecture de police — voit de jour en jour diminuer l'autorité qu'elle exerçait sur la prostitution clandestine. Aussi M. Barthélemy est-il profondément dans le vrai quand il proclame l'urgence d'une *loi sanitaire*, la nécessité de surveiller la prostitution clandestine, et l'adoption de mesures prophylactiques internationales. Mais pour en arriver là, il faut intéresser le public à la question, il faut lui montrer la nature et l'étendue d'un danger qu'il soupçonne à peine; aussi le sympathique médecin de Saint-Lazare a-t-il fait œuvre méritoire en offrant au public un ouvrage de vulgarisation.

Où réside, en effet, le péril principal qu'offre la vérole? Précisément dans l'ignorance des gens du monde touchant ses manifestations, comme aussi dans les incroyables préjugés qu'ils ont à son sujet. On n'ose prononcer le nom de la syphilis; c'est une maladie *honteuse*, ou au moins une *mauvaise maladie*. Qu'en résulte-t-il? Ceci : ceux qui en sont atteints hésitent avant de consulter; partant, augmentation du danger pour eux-mêmes, et prolongation des chances de contagion qu'ils présentent pour les autres.

La syphilis est une maladie vénérienne, exclusivement vénérienne, croient les gens du monde. Conclusions : un homme marié contracte, au dehors, un chancre de la verge; pour ne pas le communiquer à sa femme, il s'unira avec elle *vase indebito utens*, comme dit l'Écriture. Tel autre se sait porteur de plaques muqueuses buccales : pour *ne rien donner* à sa fiancée, il ne l'embrassera pas sur la bouche, mais seulement sur les yeux et au front... Et tout cela est rigoureusement exact, ce sont des sommaires d'observations. La syphilis étant une maladie « vénérienne », 1° ceux qui en sont affectés sont dignes de tous maux; 2° il n'y aura pas danger de la transmettre ni de la contracter en dehors des contacts vénériens. Voilà pourtant où en arrivent, même chez des gens relativement instruits, la pruderie unie à l'ignorance!

Un des gros dangers, pour la propagation de la vérole, réside dans ce fait qu'il est difficile de faire comprendre et admettre la notion de l'*incubation*; combien de fois les médecins des hôpitaux spéciaux n'ont-ils pas rencontré des malades, autrefois soignées par eux, et leur disant : « Vous m'aviez dit que j'étais malade et contagieuse, ce n'est pas possible; j'ai *été* cette semaine avec tel ou tel, *ils n'ont rien contracté.* »

Ajoutons encore ceci : nombre de « syphilis imméritées », en raison même de leur origine, débutent par des chancres extra-génitaux. Or, ceux-ci ont des conséquences sociales énormes, puisqu'ils affichent ceux qui en sont victimes, les obligent à cesser pour un temps leurs occupations, et les désignent, pour la suite, à l'espèce de proscription morale que le monde fait peser sur les syphilitiques.

Et nous ne parlons pas ici de l'influence qu'exerce la vérole sur la destruction et l'abâtardissement de la race : lisez dans M. Barthélemy ce que deviennent les héréditaires que la maladie n'a pas détruits d'emblée; voyez ce développement physique, tardif et incomplet, ces lésions viscérales multiples!

Quel est donc le remède à tant de maux? Certes le législateur y pourra parer, mais moins efficacement que les précautions individuelles, et encore ne prendra-t-il les mesures nécessaires que quand il y sera contraint par le courant de l'opinion publique. C'est donc celle-ci qu'il faut émouvoir, et pour cela il faut commencer par l'instruire.

Lorsque tout ce que nous venons de dire sera devenu de notion vulgaire, si l'on a encore quelque honte d'avoir eu la syphilis, en tout cas on ne cherchera plus à cacher sa maladie au médecin même chargé de la soigner. L'Assistance publique ne refusera plus le droit à la convalescence du Vésinet ou de Vincennes, aux malades que leur pancarte qualifie de syphilitiques, réglementation qui, actuellement encore, force les médecins des hôpitaux à inscrire de faux diagnostics sur les feuilles de sortie; — ce qui, soit dit en passant, donne une grande autorité aux statistiques sanitaires de la Ville de Paris. On ne poussera plus, par la crainte des punitions, les soldats vérolés à se dérober à la visite médicale et à rester indéfiniment une source de danger pour leurs camarades.

On comprendra alors que le médecin qui est contaminé dans l'exercice de son ministère est glorieusement victime du devoir professionnel, au même titre que celui qui contracte la scarlatine ou le choléra dans de semblables conditions. Car il paraît que cela ne tombe pas encore sous le sens : il y a quelques années, un interne d'une maison dépendant de la Préfecture de police contracta dans un accouchement, par un chancre digital, une syphilis des plus graves. Le médecin en chef rédigea à ce sujet un procès-verbal qui fut envoyé aux bureaux de l'Administration. On annonça à l'interne X... qu'il recevrait une lettre de félicitations et une indemnité pécuniaire. Inutile de dire qu'il n'a jamais rien reçu. Et pourtant, un artilleur blessé dans une expérience de tir est porté pour la médaille militaire; le docteur X..., lui, serait mort de sa syphilis qu'on n'eût même pas songé à honorer sa mémoire d'une de ces élégantes plaques de marbre noir qui égaient et réconfortent les jeunes étudiants pénétrant, pour la première fois, dans les hôpitaux d'enfants.

L'heure de cet âge d'or n'est peut-être pas près de sonner : on n'en doit pas moins savoir gré, à M. Barthélemy, de la courageuse initiative qu'il a prise en s'attelant à un sujet toujours délicat et quelque peu scabreux, et dont il s'est, en définitive, heureusement tiré.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 septembre 1890, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Mercier, Kœnig, Cart, Tagent, Gilly et Reboul.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. Dominique, pharmacien aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Fourment, Fournier, Letellier, Thabuis, Therre, Fraysse et Bénézech.

— Par décret, en date du 22 septembre 1890, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Freulon, Ehpolianski, Montillier, Cochery, Garnier, Thiéry, Jolly et Parisot.

— Par décret, en date du 22 septembre 1890, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Vallois, Dodin, Sauvage, Monnier, Broussin, Vermeil, Menetrier et Chatellier.

— Un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés aura lieu à Paris, à Lille, à Nancy, à Bordeaux et à Montpellier, dans les derniers jours du mois d'octobre ou dans le courant du mois de novembre prochain.

Un concours sera organisé également à Lyon si, avant cette époque, il s'est produit, dans un des asiles publics d'aliénés de la région, une vacance qui permette de pourvoir un des deux candidats déclarés admissibles à la suite du concours du mois de décembre 1888.

Un avis ultérieur publié au *Journal officiel* et dans le *Recueil des actes administratifs* de la préfecture du chef-lieu de chaque région fera connaître la date exacte d'ouverture de chacun des concours, ainsi que celle à laquelle devront être parvenues au ministère de l'intérieur les demandes des candidats qui solliciteront l'autorisation de concourir.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guillou (de Royan) et Lecadre (du Havre).

Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles, par le docteur DESCROIZILLES, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, etc., 2e édit. 1 vol. petit in-8°, 2e partie (gratis pour les souscripteurs). — Prix de l'ouvrage complet, 1 fort vol. in-8° : 14 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

55

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259 (chaux et magnésie)	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre....................	1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » — sesqui-oxyde de fer; — de chaux.....; Chlorure de sodium.....; Matières organiques.....	0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

44

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

29

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

56

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

Exiger la source du **Pavillon.**

16

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS. DIGESTIONS DIFFICILES. DYSPEPSIE. | LIENTÉRIE. GASTRALGIE. GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES : **Pancréatine Defresne** : 2 à 4 cuillerettes. **Pilules digestives Defresne** : 2 à 4 pilules.

Élixir et Sirop.

Détail : Phie, 2, rue des Lombards, Paris. DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

39

AVIS A MM. LES MÉDECINS

La maison **Pâtre**, à Orléans, fondée en 1840, s'occupe spécialement de la fourniture des médicaments à MM. les Médecins faisant la pharmacie. Elle les livre en qualité irréprochable, aux prix des drogueries de Paris ; les divise au gré du client de manière à lui éviter toute manipulation, les étiquette suivant les indications données, sans autre indication d'origine que sa marque de fabrique (cachet de garantie) et les expédie franco. — Ses laboratoires d'analyse et de fabrication sont à la disposition de MM. les Médecins désirant faire faire des essais. — Prix très modérés. — *Prix courant détaillé sur demande.*

Maison **Pâtre**, à Orléans (Loiret).

90

VIN ROBIN

AU PEPTONATE DE FER

Hématogène par excellence.

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Le plus agréable, le plus actif, le plus assimilable de tous les élixirs et vins ferrugineux.

Prix : **4 fr. 50** dans toutes les pharmacies.

82

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

CATARRHES AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

11

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

56

CASCARA MIDY : Pilules rigoureusement dosées à l'**Ext. Hyd. Alcool** de Cascara Sagrada, la meilleure préparation contre la **Constipation habituelle** et l'atonie de l'intestin.

2 fr. 50 le flacon, 113, faubourg Saint-Honoré.

13

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE**. — Dépt : VERNE, phien, Grenoble (France), et ds les princip. phies de France et de l'Étranger.

41

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

25

TOILE VÉSICANTE

LE PERDRIEL

ACTION PROMPTE ET CERTAINE

Exiger la Couleur rouge.

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS.

29

PERLES DU Dr CLERTAN

Procédé approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

a. **Perles de Créosote du Dr Clertan.** — 0,05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

b. **Perles de Gaïacol de Clertan.** — 0,05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

c. **Perles d'Iodoforme de Clertan.** — 0.05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 3 fr. 50 le flacon de 30.

d. **Perles de Terpinol de Clertan.** — 0,30 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

101

SPA POUHON PIERRE-LE-GRAND

Source communale, la meilleure eau ferrugineuse connue depuis des siècles. — *Exiger le sceau de la Ville.* — En vente dans toutes les Pharmacies.

51

PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ DU Dr RENAU

Une cuillerée à bouche renferme 0,10 de créosote de hêtre parfaitement dissoute et 0g,50 de lacto-phosphate de chaux. Phie MERLIER, 24, r. P.-Bert.

69

PEPTO-SANTAL VICARIO

le meilleur spécifique

contre la **BLENNORRHAGIE**

ET LES MALADIES DES

VOIES URINAIRES

Phie VICARIO, 13, boulevard Haussmann, Paris.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans ttes Phies. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

N° 112. — MARDI 30 SEPTEMBRE 1890. 63e ANNÉE. MARDI 30 SEPTEMBRE 1890. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 29 septembre 1890.

DE LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

Il y a longtemps que tous les esprits soucieux de l'avenir de la France se préoccupent, à juste titre, de la diminution de plus en plus accentuée dans l'accroissement de la population française. Aussi ne saurait-on accorder trop d'attention aux travaux des savants, démographes, statisticiens, anthropologistes, médecins, hygiénistes ou autres, qui ont pour but d'étudier les causes de cet état de choses et de rechercher les meilleurs moyens d'y remédier. C'est là, on en conviendra, un problème dont la solution présente les plus grandes difficultés; aussi serait-il à souhaiter que, dans cette grave situation, chacun y mît du sien et comprît la nécessité de sacrifier un peu l'intérêt particulier, ou tout au moins familial, à l'intérêt national.

La question vient d'être portée de nouveau à la tribune de l'Académie par M. Lagneau, dont la compétence en pareille matière est universellement reconnue. L'importance de sa communication a décidé la savante Compagnie à s'écarter de ses habitudes, et à nommer une commission, bien qu'il s'agisse du travail d'un de ses membres, chargée d'étudier cette grave question du faible accroissement de notre population. Cette commission est composée de MM. Brouardel, Théophile Roussel, Roger, Guéniot, Rochard, Javal et Lagneau.

Nous ne saurions mieux faire, pour mettre nos lecteurs au courant, que de résumer ici le travail de M. Lagneau, ainsi que la communication de M. Javal.

I

DES MESURES PROPRES A RENDRE MOINS FAIBLE L'ACCROISSEMENT DE LA POPULATION DE LA FRANCE

Bien que ne se faisant nullement illusion sur l'efficacité des moyens dont le démographe dispose pour agir sur les mouvements des collectivités humaines, M. Lagneau pense qu'il est utile de rappeler que certaines législations, certaines mesures administratives, certaines prescriptions hygiéniques, certaines conditions d'habitat, certains genres de vie peuvent favoriser la nuptialité et la natalité, restreindre la mortalité et concourir ainsi à l'accroissement de la population. Dans ce but, il se propose d'étudier successivement chacun de ces mouvements démographiques, d'en constater la situation actuelle, d'en rechercher les causes et, s'il est possible, de déterminer les moyens les plus propres à modifier avantageusement les conditions fâcheuses de notre population.

NUPTIALITÉ. — Les mariages deviennent de moins en moins nombreux. Durant l'année 1888, il ne s'est contracté en France que 276 848 mariages, minimum auquel la nuptialité ne s'était pas abaissée depuis la guerre. Durant les cinq dernières années, depuis 1884, le nombre annuel des mariages n'a pas cessé de décroître. La proportion de 7,69 mariages sur 1000 habitants en 1884, s'est successivement abaissée à 7,51, à 7,41 et 7,24.

Non seulement les mariages sont de moins en moins nombreux, mais ils sont tardifs. L'âge moyen, lors du mariage, est de 29 ans 9 mois pour les hommes, de 25 ans pour les femmes.

En Angleterre, l'âge moyen au mariage est notablement moins élevé pour les hommes, mais un peu plus élevé pour les femmes.

L'âge moyen des célibataires lors du mariage diffère suivant le plus ou moins d'agglomération des habitants. Dans le département de la Seine, il s'élève à 29 ans 8 mois pour les garçons, à 25 ans 7 mois pour les filles; alors que dans les populations urbaines de plus de 2 000 âmes, il est de 27 ans 7 mois pour les garçons, et de 23 ans 11 mois pour les filles; alors que pour la population rurale il est de 27 ans 8 mois pour les garçons et de 23 ans 4 mois pour les filles; soit deux ans de moins pour les garçons, plus de 2 ans 3 mois de moins pour les filles que dans le département de la Seine.

Causes de la nuptialité restreinte et tardive. — Dans les conditions normales, dans celles dont se rapprochent le plus les ouvriers des campagnes, le mariage est peu tardif, et le serait encore moins si certains obstacles ne lui étaient apportés. Les jeunes gens y sont naturellement amenés, non seulement pour satisfaire aux lois physiologiques, mais aussi par les conditions sociales, qui leur font sentir la nécessité d'avoir des compagnes qui leur fassent à manger et tiennent leur ménage.

Il n'en est pas de même pour la plupart des ouvriers des villes, qui, pour satisfaire leurs désirs érotiques, trouvent les prostituées, pour se loger et se nourrir trouvent les logeurs, les traiteurs et les marchands de vin.

Dans les villes, beaucoup d'individus des deux sexes, placés, comme domestiques, comme employés, chez des maîtres ou des patrons, peuvent difficilement se marier.

Le mariage est forcément tardif pour les personnes dont l'apprentissage et l'instruction professionnelle sont longs, dont l'instruction scolaire, les études, les stages durent des années.

M. Lagneau insiste également sur les entraves de toutes sortes, les formalités, les frais imposés pour un mariage. Enfin, pour tous nos jeunes gens, le service militaire, lorsqu'il se prolonge durant de longues années, devient un obstacle au mariage, et le retarde forcément.

L'émigration inégale des célibataires adultes de l'un et de l'autre sexe paraît aussi faire quelquefois obstacle au mariage.

Conséquences de la nuptialité restreinte et tardive. — La nuptialité restreinte et tardive a pour conséquence d'accroître et de prolonger le célibat. Or, trop souvent l'alcoolisme, les habitudes vicieuses, la prostitution, la natalité illégitime sont les conséquences du célibat prolongé.

Enfin, en accroissant le nombre des célibataires, la nuptialité tardive et restreinte accroît la natalité illégitime. Ainsi, on peut constater que de 1872 à 1888, alors que la proportion des mariages, de 9,8 sur 1 000 habitants, s'est abaissée à 7,24 sur 1 000, la proportion des naissances illégitimes, de 7,2 sur 100 naissances totales, s'est élevée à 8,5 sur 100.

Les israélites se marient généralement jeunes. Aussi, le nombre des naissances illégitimes est trois fois moindre chez les juifs que dans les nations au milieu desquelles ils vivent.

Natalité. — En 1872, ainsi qu'il arrive après les grandes guerres qui, passagèrement, font obstacle aux mariages et, par suite, aux naissances légitimes, la natalité s'était élevée à la haute proportion, du moins pour la France, de 26,7 naissances sur 1 000 habitants. Mais depuis cette époque, elle n'a cessé de décroître d'une manière assez régulière. Variant selon les années de 26,2 à 26,0 de 1873 à 1876, de 25,5 à 25,2 de 1877 à 1879, de 24,9 à 24,1 de 1880 à 1885, elle en est arrivée à ne plus s'élever qu'à 23,8, voire même à 23,09 de 1886 à 1888. Cette décroissance de la natalité est surtout remarquablement régulière de 1881 à 1888 : de 24,9, elle s'abaisse successivement à 24,8, à 24,5, à 24,1, à 23,8, à 23,5 et enfin à 23,09. Ainsi que le remarque M. Vannacque, « le nombre des naissances a diminué de près de 50 000 dans l'ensemble du pays, par rapport à la moyenne décennale, ce qui constitue un recul de plus de 5 p. 100 ».

On peut juger de la faiblesse de notre natalité, lorsqu'on se rappelle que, sur 1 000 habitants, il y a 35,5 naissances de 1871 à 1880, et 32,9 de 1881 à 1887, en Angleterre ; 41,2 de 1872 à 1881, en Prusse ; et lorsqu'on voit que tout récemment, selon le docteur Leinenberg (d'Odessa), la proportion des naissances s'élève à 48,8 sur 1 000 habitants en Russie. Dans ce dernier État, la natalité serait donc plus d'une fois plus élevée qu'en France.

Lorsque l'on cherche à combien d'habitants correspond une naissance, on constate qu'en France, en 1872, année de grande natalité, une naissance correspond à 37,4 habitants, que de 1873 à 1876, pour une naissance il faut de 38,1 à 38,5 habitants; de 1877 à 1879, de 39,4 à 39,7, et depuis 1882, de 40,3 à 40,6 habitants; de 1867 à 1886, on ne compte plus que 3 naissances par ménage.

Quant aux naissances illégitimes, elles deviennent de plus en plus nombreuses. De 4,88 sur 100 naissances, de 1800 à 1803, avant la promulgation du Code civil, si peu protecteur de la jeune fille, la natalité illégitime s'élève assez rapidement jusqu'en 1825 et se maintient environ à 7,27 jusqu'à 1850 pour arriver successivement à 7,40 de 1850 à 1861, à 7,58 de 1861 à 1870, et à 8,5 sur 100 en 1888 ; proportion presque double de celle du commencement du siècle. En 1888, pour 91,5 naissances légitimes, on en compte 8,5 illégitimes.

La natalité illégitime est surtout considérable dans les grandes villes comme Paris, où elle est de 28,15 sur 100 en 1887, et dans les villes de garnison, même peu considérables.

En Angleterre, la natalité illégitime est près de moitié moindre qu'en France.

Ainsi donc notre natalité générale est exceptionnellement minime, par suite de notre faible natalité légitime. Notre natalité illégitime s'élève de plus en plus; elle est surtout considérable dans les villes.

Causes de la natalité générale et de la natalité légitime minimes, de la natalité illégitime de plus en plus élevée. — Notre faible natalité tient-elle à l'infécondité de notre population? *A priori*, on pourrait être porté à le penser, quand on se rappelle que, dès 1778, sur 5 288 familles françaises, Moheau trouva que 1 444 étaient sans enfants, soit donc 27,3 p. 100, plus d'un quart; quand on voit qu'au dernier recensement de 1886, M. Jacques Bertillon a fait voir que, sur 100 familles, en France, 20 étaient sans enfants, et que, dans le département de la Seine, cette proportion s'élevait à 32,8, près d'un tiers.

De 427 ménages sur lesquels M. Lagneau croyait avoir des renseignements suffisants, il était arrivé à déduire que la proportion des mariages stériles était environ de 13 sur 100, qu'il y avait 1 ménage stérile sur 7,49 ménages. Or, M. Tourdes rappelle que, suivant Simpson et Spencer Wels, il y aurait 1 femme stérile sur 8; proportion peu différente. De documents statistiques recueillis principalement à l'étranger par Simpson, Duncan, Grunewaldt, et présentés par M. Charpentier à l'Académie de médecine, il semblerait résulter que la proportion des unions stériles serait intermédiaire à ces diverses évaluations, et serait environ de 10 à 12 sur 100.

En France, M. Napias croit devoir attribuer, au séjour trop court des accouchées dans les Maternités, le grand nombre de femmes contractant des affections utérines les rendant ultérieurement stériles. « Ce qui amène la stérilité, dit M. Pinard, c'est le non-allaitement maternel. »

Outre les malformations congénitales et les affections utérines anté ou post-puerpérales, certaines maladies comme la syphilis, certains excès comme ceux auxquels se livrent les prostituées, portent gravement atteinte à la natalité.

M. Lagneau entre ici dans une série de considérations d'où il résulte que la prostitution et la syphilis sont deux des causes les plus importantes de la dépopulation en France.

Si la stérilité de beaucoup de ménages est attribuable à la femme, une notable proportion est également attribuable à l'homme. « Sur 100 ménages sans enfant, selon M. le professeur Pajot, il y en a 15 à 20 dans lesquels les maris sont la cause de la stérilité. » Cette proportion ne serait pas moindre en Amérique qu'en France.

Malgré ces nombreux cas d'infécondité, réelle, congénitale ou acquise de l'un et l'autre sexes, ils ne constituent pas les principaux motifs de la faible natalité de notre population.

Ainsi qu'il a été remarqué précédemment, les mariages sont tardifs en France, ce retard apporté au mariage peut amener une restriction du notre natalité légitime.

Toutefois, ainsi que l'objecte M. Chervin, la nuptialité tardive ne semble pas avoir toujours cette influence restrictive, en particulier en Bretagne.

A la suite des diverses sortes d'infécondité, précédemment indiquées, doit trouver place l'infécondité volontaire, la plus restrictive de notre natalité.

Pour les ecclésiastiques, les moines, les religieuses, cette infécondité prescrite par certains dogmes doit être absolue ; elle est professionnelle. Mais pour nombre d'époux, cette infécondité volontaire, non plus absolue, mais de plus en plus générale, est l'effet de divers calculs, de différentes considérations sociales.

Sur les 6 666 944 célibataires adultes des deux sexes, 127 143, soit 1,9, près de 2 p. 100, ne peuvent se marier et sont astreints par leur vocation religieuse à une continence absolue. En effet, au recensement de 1886, le clergé séculier comptait 44 072 hommes, le clergé régulier en comptait 83 071, dont 19 086 hommes et 63 985 femmes. La religion catholique soustrait donc 127 143 Français à la reproduction légitime. Ce célibat religieux entre-t-il pour une forte proportion dans la restriction apportée à notre si faible accroissement de population?

D'après les calculs de M. Lagneau, il résulte que, si tous les individus voués au célibat par la religion contractaient mariage, sur 1 000 habitants on compterait 23,11 naissances au lieu de 23,09 dans l'année ; l'accroissement physiologique serait de 1,21 au lieu de 1,19 sur 1 000.

Si la restriction apportée à la natalité par le célibat religieux est relativement peu considérable, il n'en est pas de même de la restriction volontaire matrimoniale.

Sans nullement connaître les préceptes du célèbre Malthus, de

plus en plus nos populations sont amenées, moins pour éviter la misère que par le désir d'accroître leur bien-être, à appliquer, sinon le *moral restraint*, du moins le *prudential restraint*. Si trop souvent nos compatriotes tardent beaucoup à se marier, sans toutefois s'astreindre à la continence, comme le demandait cet économiste, de plus en plus, lorsqu'ils se marient, ils limitent le nombre de leurs enfants, afin de pouvoir subvenir largement, non seulement à leurs besoins réels, mais aussi à leurs besoins factices ou artificiels. Aussi, contrairement aux recommandations du professeur anglais, ce ne sont pas les populations pauvres, celles qui ont le plus à redouter la misère, qui se montrent les adeptes inconscients du malthusianisme encore chaleureusement défendu par M. Drysdale et quelques autres économistes ou démographes; ce sont nos populations riches et physiologiquement fécondes, comme celles de la Normandie et du bassin de la Garonne, qui, de plus en plus, limitent leur natalité.

Le partage forcé (de l'héritage), est une cause active de la stérilité des mariages. On peut lui imputer au moins en partie la stagnation de la population française qui constitue pour notre pays un véritable péril social.

A cette assertion M. Levasseur objecte : « Plusieurs pays vivent sous ce même régime, et les uns ont beaucoup d'enfants, tandis que les autres en ont très peu. »

Alors que le droit d'aînesse existait en France, bien des enfants, privés d'héritage, embrassaient les ordres religieux. Or, ce grand développement des communautés, des congrégations vouées à la chasteté, devait être peu favorable à la natalité. Cependant la substitution au droit d'aînesse du partage égal des biens patrimoniaux, en amenant le morcellement de la propriété, a paru avoir une influence restrictive sur la natalité, chaque propriétaire d'une parcelle de terre, redoutant d'avoir à la partager entre plusieurs héritiers. C'est ce que l'on observe surtout dans certains vignobles, comme ceux de la Marne. Le petit lopin de terre qui suffit aux besoins d'un propriétaire laborieux, ne pourrait subvenir à ceux de plusieurs héritiers.

L'importance des valeurs successorales, étudiées sous un autre rapport, par M. Vacher; la fréquence plus ou moins grande du régime dotal, recherché par M. Ledé, ont paru également avoir une action restrictive sur la natalité.

On a cru trouver dans l'incrédulité, dans le scepticisme religieux, dans le manque de religion, le motif d'une faible natalité. Les croyances religieuses semblent cependant aussi grandes dans nos départements du Midi, dans ceux du Gers, de Lot-et-Garonne, dont la natalité est de 14,0, 14,8 que dans ceux du Nord et du Pas-de-Calais, où la natalité est de 29,6 et 29,8 naissances sur 1000 habitants. Si les Bretons, à haute natalité, sont très religieux, les Normands, à infime natalité, le sont-ils moins?

La fortune et la situation sociale qui souvent la procure et souvent en résulte, plus que la religion, semblent influer sur le nombre des enfants procréés. Depuis longtemps, on a remarqué que les familles riches ont moins d'enfants que les familles pauvres.

La vie luxueuse, dispendieuse des parents, paraît limiter la natalité. Pour eux, pour leurs enfants, les besoins les plus futiles, les plus artificiels sont devenus impérieux. Les familles sont beaucoup plus nombreuses chez les agriculteurs que chez les industriels, que chez les commerçants et surtout que chez les individus exerçant des professions libérales.

Sans contester l'influence restrictive de la richesse, l'influence prolifique de certaines croyances religieuses, la natalité me semble proportionnelle aux carrières, aux débouchés qui peuvent offrir aux enfants des moyens d'existence, des conditions de bien-être. Aussi, la plupart des causes restrictives volontaires de la natalité m'ont paru pouvoir se résumer ainsi : les parents, de plus en plus, tendent à limiter le nombre de leurs enfants pour leur assurer une position au moins aussi heureuse que celle dont ils jouissent eux-mêmes. Le vigneron n'ayant qu'un petit champ, l'éleveur ayant de grands herbages, ont peu d'enfants, car peu de bras suffisent à la culture de ce champ, aux soins à donner aux bestiaux. « Le pâturage à outrance amène la dépopulation », dit, à propos de nos départements normands, M. Leroy-Beaulieu. Pareillement pour le petit rentier, n'ayant qu'un revenu limité, car ce moyen d'existence, s'il suffit aux besoins de quelques enfants, ne pourrait assurer à de plus nombreux une situation sociale semblable à celle des parents. L'heureux possesseur de revenus considérables ordinairement a peu d'enfants, car ces revenus étant le plus souvent peu susceptibles d'accroissement, le partage de ses biens entre de nombreux héritiers les placerait dans une position moins belle que la sienne.

L'ouvrier, au contraire, pour assurer à de nombreux enfants une position aussi heureuse que la sienne, n'a besoin que de les nourrir, puis de leur apprendre à travailler, le travail de chaque jour devant subvenir aux besoins quotidiens de ces enfants, comme il a suffi aux siens propres. Pareillement, si le riche est riche, non de revenus fixes, mais de produits que lui procure incessamment son exploitation agricole, industrielle ou commerciale, il ne craint pas d'avoir de nombreux enfants; il les emploie dans son exploitation, et leur assure facilement de nombreuses carrières, qui, en travaillant comme leur père, leur procureront de larges moyens d'existence.

Telles sont les causes de notre natalité générale et de notre natalité légitime si minimes. Quant à notre natalité illégitime de plus en plus élevée, elle tient, ainsi qu'il a été dit précédemment à propos de la nuptialité, à la longueur du célibat.

Ainsi qu'on l'a vu précédemment, la multiplicité des formalités à remplir pour pouvoir se marier, les dépenses motivées par la noce, retiennent dans le célibat beaucoup d'individus et, par suite, accroissent notablement la natalité illégitime.

En 1882, M. J. Bertillon a fait remarquer qu'à Paris, les légitimations et les reconnaissances étaient beaucoup plus nombreuses dans les quartiers ouvriers que dans les quartiers riches. En général, en effet, elles sont moins nombreuses dans les arrondissements du centre que dans ceux de la périphérie. Dans les quartiers ouvriers, les unions illégitimes ayant lieu entre individus de positions analogues, ils ne craignent pas de reconnaître, de légitimer leurs enfants. Dans les quartiers riches, les unions illégitimes ayant lieu entre individus de positions très différentes, entre hommes riches et filles pauvres, entre patrons et demoiselles de magasins, entre maîtres et domestiques, les reconnaissances et les légitimations sont rendues plus difficiles.

Conséquences de la natalité générale et légitime minimes, de la natalité illégitime croissante. — Ainsi que le pensent les parents prévoyants qui restreignent volontairement le nombre de leurs enfants, au point de vue individuel, la natalité restreinte peut être avantageuse pour l'enfant procréé. Les moyens d'existence, les soins sont plus grands pour l'enfant unique, ou ayant peu de frères et sœurs, que pour les enfants de familles nombreuses.

Si, au point de vue individuel, la natalité restreinte peut quelquefois offrir un certain avantage, il n'en est plus de même au point de vue collectif, au point de vue de la nation. Avec une angoissante tristesse, Noël Guéneau de Mussy disait : « L'abaissement de la natalité est un danger menaçant pour notre pays, et nous faisons acte de patriotisme en le proclamant avec insistance. » En effet, de la natalité plus ou moins élevée dépend, en grande partie, l'accroissement plus ou moins rapide de la population.

Mortinatalité. — Elle est très difficile à connaître exactement. En 1888, il y a eu, en France, 4,54 mort-nés sur 100 conceptions déclarées. A Besançon, en particulier, elle était de 8,6 p. 100. A Paris, elle est toujours assez élevée à 6,9 p. 100, en 1887.

Les causes de la mortinatalité sont nombreuses. Les unes peuvent être pathologiques; mais la cause principale est la situation misérable sur laquelle tombent certaines femmes enceintes, en particulier les filles-mères délaissées et privées de tous moyens d'existence.

Mortalité. — La mortalité générale n'est pas excessive en France. Elle a peu varié dans ces dix dernières années. Elle est

plus forte dans les villes que dans les campagnes. Sur 1000 vivants, tandis qu'il n'y a que 20 décès dans les campagnes, il y en a 24,5 dans le département de la Seine et 23,4 dans les villes de plus de 2000 âmes. D'ailleurs, si l'on compare la mortalité, soit en France et dans les autres nations, soit dans les campagnes ou dans les villes, il faut toujours tenir compte des proportions très différentes des enfants; car la mortalité est beaucoup plus grande pour les enfants que pour les adultes. « Tant par l'excès de sa mortalité que par l'excès de sa stérilité, disait Bertillon père, on peut dire que le milieu parisien supprime chaque année certainement plus de 30000 existences, et, vraisemblablement (en estimant à 9000 les décès des nourrissons qui échappent à ses registres), plus de 39000! formidable déficit que vient incessamment combler, et bien au delà, l'immigration du reste de la France et de l'étranger. »

M. Lagneau, dans un travail antérieur, avait déjà constaté combien durent peu de générations les familles parisiennes lorsqu'elles ne s'unissent pas à des immigrants provinciaux ou étrangers.

Pour bien apprécier la mortalité réelle de notre population, il faut la rechercher aux différents âges.

De 1883 à 1885, la mortalité de 0 à 1 an a été de 16,82 décès sur 100 naissances. La France perd donc encore un sixième de ses enfants dans la première année d'existence. Mais alors que les enfants légitimes perdent 15,10 décédés, les enfants naturels en perdent 28,65, près du double.

L'influence nocive de l'illégitimité se prolonge bien au delà du premier âge. Chenu et Ely ont montré que, des garçons nés de 1832 à 1848 et appelés de 1853 à 1868 pour le recrutement de l'armée, les légitimes de 0 à 21 ans avaient perdu de 332 à 346 décédés sur 1000, les illégitimes en avaient perdu de 740 à 743 sur 1000 : plus du double. Telles sont, pour les enfants naturels, les conséquences de la misère et de l'abandon dans lesquels ils se trouvent trop souvent.

La profession militaire accroît la mortalité dans d'énormes proportions lors de guerres, lors d'expéditions lointaines; en moindres proportions, surtout actuellement en France, à l'intérieur.

Causes de la grande mortalité infantile, de la grande mortalité urbaine, de la mortalité militaire à l'intérieur. — La mortalité élevée du premier âge, principalement due à l'athrepsie, tient surtout à la substitution du biberon ou de l'alimentation artificielle à l'allaitement au sein, de l'allaitement mercenaire à l'allaitement maternel, enfin au défaut de soins, à l'état misérable des mères et des enfants.

A Paris, en 1886 et 1887, sur 60651 naissances annuelles, les déclarations faites à la mairie d'enfants devant être mis en nourrice se sont élevées, en moyenne, à 17441. De ces enfants, 6590 devaient être nourris au sein, et 10851 d'une autre manière. Donc, plus d'un quart des mères, par suite de leurs occupations professionnelles, de leur situation sociale, et aussi parfois par insuffisance des sentiments maternels, abandonnent leurs enfants à des mains mercenaires; et, de ces malheureux enfants, plus des trois cinquièmes ne doivent pas être nourris au sein.

Bien qu'on ne sache pas combien parmi les enfants conservés par leurs mères se trouvent ceux nourris au sein et ceux nourris autrement, il semble que l'athrepsie frappe plus de deux fois davantage ceux nourris au biberon.

Dans les grandes villes, la vie trop sédentaire, trop confinée qu'on mène dans les lycées, les bureaux, les ateliers, l'insuffisance du renouvellement de l'air et le défaut d'exercices physiques, malgré l'alimentation souvent plus animalisée que dans les campagnes, rendent imparfaite l'hématose et retardent le développement corporel. L'anémie survient, trop souvent la scrofule et surtout la tuberculose se manifestent.

Dans les grandes villes et, en particulier à Paris, la haute mortalité tient en grande partie à la tuberculose et aux maladies épidémiques. En 1887, sur les 54847 décès, on compte 11818 décès tuberculeux, plus d'un cinquième (21,5 sur 100).

On comprend que dans les relations fréquentes, dans le contact incessant des habitants des villes comme Paris, la transmission des maladies épidémiques soit fort difficile à éviter.

Quant à la tuberculose, qui détruit si rapidement nos populations urbaines, si sa transmission bacillaire se trouve favorisée par les relations incessantes et presque inévitables des personnes bien portantes avec les malades, le défaut d'aération dans des logements encombrés, et l'insuffisance de la pénétration d'un air pur et renouvelé dans les poumons d'individus astreints à des occupations sédentaires, semblent également favoriser, dans une large proportion, le développement de cette cruelle affection.

En dehors des maladies des pays chauds, qui, dans les colonies, déterminent une énorme mortalité de nos soldats européens, en France, en temps de paix, deux maladies, la fièvre typhoïde et la tuberculose, sont les principales causes de la mortalité militaire. De 1876 à 1887, durant douze années, la fièvre typhoïde a déterminé, annuellement, 3,43 décès sur 1000 hommes. Durant les dernières années de cette période, la mortalité typhoïde, cependant, a notablement diminué.

Si la fièvre typhoïde, promptement curable ou mortelle, entre pour un tiers dans la mortalité militaire, la tuberculose à évolution moins rapide, mais plus fatale, arrive, immédiatement après la fièvre typhoïde, comme étant la plus fréquente cause de mort.

En temps de paix, elle détermine environ un septième des décès militaires : 466 durant chacune de ces quatre années. Mais, indépendamment des décédés, la tuberculose motive le renvoi de beaucoup de réformés, qui, déchargeant l'obituaire de l'armée, vont mourir dans leurs foyers. Les malheureux jeunes gens, qui, reconnus sains lors de l'appel à l'armée, contractent la phthisie dans la chambrée de caserne et sont ainsi réformés, sont trois fois plus nombreux que ceux qui succombent à la tuberculose étant encore sous les drapeaux.

Quoique la syphilis devienne rarement une cause de mort pour nos soldats, trop souvent, ainsi qu'on l'a vu précédemment, elle peut devenir cause de mortinatalité pour leur descendance.

Conséquences de l'élévation de notre mortalité urbaine, de notre mortalité infantile, de notre mortalité militaire, etc. — Par suite de la mortalité épidémique et tuberculeuse plus grande dans les villes que dans les campagnes, que de plus en plus nos compatriotes abandonnent pour devenir citadins; par suite de notre mortalité infantile, qui continue d'être fort élevée dans certains départements, et pour certaines catégories d'enfants, particulièrement pour les enfants illégitimes; par suite de la mortalité typhoïque de nos soldats plus élevée que dans la plupart des autres armées; par suite aussi de la mortalité phthisique qui les frappe si cruellement dans nos trop grandes casernes, notre mortalité générale égale presque notre natalité si remarquablement faible. Aussi, bien qu'une immigration étrangère très nombreuse vienne suppléer en partie à l'insuffisance de notre natalité, l'accroissement de notre population reste très faible, au grand détriment de l'avenir politique de notre nation.

Accroissement de population. — En France, l'excédent des naissances sur les décès, durant ces dernières années, s'est montré de plus en plus minime. De 108229, en 1881, cet excédent est descendu, d'une manière assez régulière, à 44772, en 1888. Ainsi l'accroissement physiologique résultant de l'excédent des naissances sur les décès a diminué de plus de moitié, voire même de plus des quatre septièmes, en l'espace de neuf années. En 1888, sur 1000 habitants, pour 23,09 naissances, il y a 21,9 décès. L'excédent des naissances sur les décès est donc actuellement de 1,19 sur 1000 par année.

En 1888, pour 827867 décès, on compte 807720 naissances légitimes et 74919 naissances illégitimes. Ainsi que l'observe M. Vannacque, « sans l'appoint des naissances naturelles, la population française diminuerait ».

A l'accroissement physiologique si minime par excédent des naissances sur les décès, vient en France s'ajouter un accroisse-

ment plus considérable par excédent de l'immigration sur l'émigration. L'adjonction de l'excédent migratoire à l'excédent physiologique suffit pour expliquer le faible accroissement total de notre population. D'après le rapprochement des deux derniers dénombrements de 1881 et 1886, cet accroissement ne serait, annuellement, que de 3,22 par 1000 habitants.

On voit combien est minime cet accroissement, lorsque, avec M. Leroy-Beaulieu, on le compare avec celui de 6,7 en Italie, de 7,5 en Autriche-Hongrie, de 8,4 en Belgique, de 10,1 en Danemark, de 10,2 dans les Pays-Bas, enfin de 12,9 en Russie. En 1878, dans l'empire d'Allemagne, sur 1000 habitants après déduction de 1,8 pour l'émigration, l'accroissement de la population est de 10,0. En Prusse, bien que l'excédent annuel de naissances sur les décès soit de 13,3 sur 1 000 de 1872 à 1881, par suite de l'énorme émigration de 197 118 individus entre les recensements de 1875 et 1880, l'accroissement de la population est, chaque année, de 11,93 sur 1 000.

En Angleterre, l'excédent des naissances sur les décès après avoir été de 14,1 sur 1000 de 1871 à 1880, est de 13,7 sur 1 000 de 1881 à 1887.

Le rapprochement des taux d'accroissement des populations des différents États de l'Europe suffit pour montrer combien notre situation politique peut devenir grave dans l'avenir. Actuellement, que, dans la plupart des pays, on tend de plus en plus à généraliser le service militaire à tous les hommes valides, les armées s'accroissent proportionnellement aux populations. La France, si son accroissement de population continue à être la moitié, le quart de celui des autres États, dans cinquante, dans cent ans, ne pourra plus armer que la moitié, que le quart des soldats que pourront armer ces États. Au lieu du rôle prépondérant qu'elle a occupé longtemps et que, malgré les désastres de 1870, elle occupe encore actuellement, vu son initiative civilisatrice, elle tombera au rang de puissance de second ou de troisième ordre, et se trouvera à la merci de nations plus populeuses, dont l'ambition sera proportionnée au nombre des soldats. N'oublions pas qu'il y a quinze cents ans, l'Empire romain, en partie dépeuplé, quoique très civilisé, fut impuissant à résister aux invasions de nombreux immigrants, qui le démembrèrent et l'anéantirent.

Après avoir exposé la situation démographique de la France, M. Lagneau recherche les moyens de l'améliorer. C'est à l'indication de ces moyens qu'est consacrée la seconde partie de son travail. Il y étudie successivement les mesures propres à accroître la natalité en favorisant le mariage, puis celles propres à atténuer la mortalité, enfin, celles qui motivent les mouvements migratoires, l'immigration urbaine, l'immigration étrangère.

Mesures propres a accroitre la natalité légitime. — Pour accroître la nuptialité et conséquemment la natalité légitime, il faut modifier la législation qui, en France, sanctionne les relations sexuelles. Il faut que nos lois protègent davantage la jeune fille contre la séduction; il faut qu'elles protègent davantage aussi son enfant, lorsqu'elle et lui sont délaissés. Il importe aussi de simplifier la formation du mariage; il faut que le service militaire ne lui fasse pas obstacle; il faut, enfin, limiter les causes morbides et sociales de l'infécondité matrimoniale.

Protection de la jeune fille. — La majorité de la jeune fille est fixée à vingt et un ans; mais bien avant cet âge, dès seize ans, elle est seule responsable des graves conséquences auxquelles l'exposent les sollicitations du garçon qui veut la séduire. La loi la protège donc contre le futur époux jusqu'à vingt et un ans; mais elle ne la protège contre la séduction que jusqu'à seize ans. Il semblerait donc rationnel de reporter jusqu'à l'âge de la majorité, jusqu'à vingt et un ans, la protection de la jeune fille contre la séduction. Par cette simple modification, la plupart des filles de vingt et un ans échapperaient à la séduction et au délaissement, qui, trop souvent, les plongent dans la misère, parfois les entraînent au suicide, plus fréquemment les conduisent au crime, à l'avortement, à l'infanticide, le plus souvent en font des prostituées.

Protection de l'enfant illégitime. — Mais pour secourir la fille délaissée, surtout pour pourvoir à l'entretien de son malheureux enfant que la mort frappe si cruellement, notre législation ne peut-elle imiter la plupart des législations étrangères?

« Parmi les imperfections du Code, disait Chauffard, je n'en sais pas de plus affligeantes, au point de vue social et moral, que celles qui interdisent toute recherche de la paternité, et livrent la jeune fille, sans protection et sans secours possibles, à toutes les entreprises de la passion et de l'immoralité. »

Ne pourrait-on, ainsi qu'on le fait en Angleterre, dans la plupart des États allemands, dans plusieurs cantons de la Suisse, du Portugal et des États-Unis d'Amérique, obliger le père d'un enfant naturel à lui fournir pendant un certain nombre d'années une pension variable?

Dans notre pays, sans obliger les pères à légitimer leurs enfants naturels, sans même les astreindre à les reconnaître, ce qui donnerait certains droits de succession, ne serait-il donc pas possible de leur imposer au moins une pension d'entretien durant la jeunesse de ces malheureux enfants qui, actuellement, présentent une si effrayante mortalité?

Législations favorisant le mariage en imposant davantage les célibataires que les mariés. — Diverses considérations semblent autoriser, à l'égard des célibataires, l'augmentation de certaines obligations fiscales et militaires.

Au point de vue fiscal, il semblerait juste qu'un impôt spécial mis sur les célibataires subvînt : 1° aux frais de surveillance et de traitement des prostituées; 2° aux frais de secours de tous genres à donner aux filles-mères et aux enfants naturels, abandonnés ou assistés.

Au point de vue de l'armée, on a également songé à diminuer les obligations des hommes mariés en augmentant celles des célibataires.

Lorsqu'on a vu, durant la guerre de 1870, la mort frapper d'anciens soldats rappelés au service, laissant sans secours femmes et enfants, on se demande s'il ne serait pas utile de dispenser du service actif les pères de famille.

Législation du mariage. — Regardant comme favorisant la natalité illégitime, toutes les entraves apportées au mariage, divers moralistes et démographes ont insisté sur les trop nombreuses formalités qui semblent parfois le retarder ou l'empêcher.

M. Lagneau insiste ici sur les frais de toute sorte nécessités par un mariage, sur les difficultés pour les étrangers séjournant à Paris, ou même pour les Français, de se procurer les pièces nécessaires. Espérons, dit-il, que la Chambre, sur la proposition de M. Thellier de Poncheville, simplifiera et rendra moins coûteux divers actes actuellement exigés pour le mariage. Elle rendra ainsi le mariage accessible aux indigents, et épargnera ainsi à leurs enfants l'illégitimité toujours fâcheuse, souvent funeste.

Service militaire. — Pour hâter et faciliter le mariage et la natalité légitime, il importe également de réduire la durée du service à l'armée en temps de paix, au temps strictement nécessaire à l'instruction militaire complète.

La nouvelle loi du 15 juillet 1889, en adoptant pour notre armée le service actif de trois ans, au lieu de cinq ans, antérieurement exigés par la loi du 27 juillet 1872, aura l'avantage de permettre à nos jeunes gens de se marier plus tôt.

Cette réduction du service actif vraisemblablement pourra être portée plus loin.

Du moment que la généralisation du service militaire est regardée, non seulement comme juste et égalitaire, mais aussi comme indispensable à la défense du pays, il faut que le temps de présence à l'armée soit d'autant plus court que le nombre d'hommes à incorporer est plus considérable. Or, pour pouvoir réduire ce temps de présence à l'armée, le meilleur, sinon l'unique moyen, est de faire en sorte que nos jeunes gens arri-

vent à l'armée, déjà en partie instruits militairement durant la période scolaire.

M. Lagneau rappelle ici, avec beaucoup d'hommes compétents, généraux, universitaires ou autres, combien il serait utile d'insister davantage sur les exercices corporels dans l'éducation des jeunes gens.

Malheureusement, au lieu d'exercer les jeunes enfants aux jeux, à la marche, à la course, à la gymnastique, et d'instruire les jeunes gens, à partir de seize ans, au maniement des armes, aux manœuvres militaires, les exhibitions maladroites de jeunes enfants réunis en bataillons scolaires ont fait englober dans un commun ostracisme toute instruction militaire pouvant être donnée aux écoliers et lycéens.

Il faut toutefois reconnaître que de nombreux hygiénistes et de nombreux universitaires ne partagent pas une si générale réprobation pour les exercices physiques qui préparent au service, à l'armée, voire même pour les exercices militaires qui permettent d'abréger ce service.

Si à partir de quinze à seize ans, nos jeunes lycéens, chaque semaine, pendant leurs dernières années de scolarité, étaient tenus d'aller passer les deux après-midi du mardi et du jeudi, à apprendre l'équitation, le maniement des armes, les exercices, les manœuvres militaires, sous la direction des officiers de la garnison, lorsqu'arriverait pour eux l'époque de l'appel à l'armée, ils seraient, en grande partie, instruits militairement, et n'auraient besoin que de peu de temps de présence sous les drapeaux pour se parfaire dans le métier des armes. Alors, des inspections, passées tous les trois ou six mois, permettraient de constater leur degré d'instruction militaire, et de renvoyer ceux reconnus complètement instruits, après un ou deux ans de service. On préviendrait la sédentarité scolaire, si funeste à la santé et au développement physique des écoliers, lycéens, étudiants; on allégerait le budget de la guerre, proportionnellement à la diminution de la durée du service à l'armée, ce qui permettrait de réellement généraliser le service à tous les hommes valides, sans multiplier exemptions et ajournements; et, en renvoyant nos jeunes gens dans leurs foyers, on les mettrait à même de se faire promptement une position sociale, leur permettant de se marier et de procréer légitimement.

Mesures propres à restreindre les causes morbides et sociales de l'infécondité matrimoniale. — Les mesures propres à limiter l'infécondité morbide doivent surtout avoir pour but de prévenir les maladies utérines, qui, après une grossesse, rendent les femmes impropres à la maternité, et les maladies vénériennes, qui, si fréquemment, déterminent l'avortement, la mortinatalité et la mortalité infantile.

Pour prévenir les maladies utérines, ainsi que l'a demandé M. Napias, il faudrait que, dans les Maternités, on pût garder au repos les nouvelles accouchées plus de temps que cela n'a lieu actuellement.

Quant aux mesures propres à prévenir l'infécondité résultant des maladies vénériennes, elles consistent principalement dans la réglementation de la prostitution et dans la généralisation du traitement des vénériens (Voir le rapport de M. Fournier sur la prophylaxie de la syphilis et la discussion qui suivit, *Gazette des hôpitaux*, 1888).

La prostitution, étant le principal mode de propagation des maladies vénériennes, doit occuper spécialement le législateur; mais ne pourrait-il s'occuper également d'une loi générale destinée à protéger les humains contre la transmission des affections contagieuses?

« Tout le monde, et surtout les médecins, dit M. Le Pileur, sont unanimes à penser que la communication volontaire ou même simplement consciente de la syphilis devrait être punie à l'égal d'un crime, que la communication inconsciente devrait être assimilée aux blessures par imprudence. » Aussi voudrait-il, « qu'à l'exemple de la législation anglaise, la loi reconnût qu'il y a crime ou délit dans la transmission consciente ou inconsciente de la syphilis ». Avec Bouley, constatons avec peine combien on est plus précautionneux pour éviter la contagion aux animaux qu'à l'homme.

Si les causes morbides d'infécondité sont difficiles à prévenir ou à restreindre, les causes morales d'infécondité semblent impossibles à combattre. On ne peut avoir la prétention d'empêcher les parents de limiter volontairement le nombre de leurs enfants, d'autant plus que la principale, sinon l'unique cause, de cette limitation est le désir des parents d'assurer à leurs enfants des situations sociales, au moins aussi heureuses que celles dont ils jouissent eux-mêmes. Toutefois, sachant que l'obtention plus ou moins facile des situations sociales désirées dépend du nombre des carrières, des débouchés ouverts aux enfants à procréer, on est en droit d'espérer une moindre limitation de la natalité, lorsqu'on trouve moyen d'ouvrir de nombreux débouchés, de multiplier de lucratives carrières. Or, parfois il dépend des gouvernants de multiplier ces carrières, en favorisant l'importation de grandes industries ou de nouvelles cultures, en développant les relations internationales, surtout en créant des colonies nombreuses et étendues, qui accroissent la richesse et le bien-être de la mère-patrie, en y important de nouveaux moyens d'existence, de nouveaux éléments d'échange. Malheureusement, la prise de possession de certaines colonies nous est souvent onéreuse sous le rapport démographique; malheureusement aussi, nos peu nombreux émigrants ne se portent qu'insuffisamment vers nos colonies.

Imitons davantage l'Angleterre, actuellement la plus grande puissance coloniale. Dans ses vastes possessions, en dehors de quelques militaires représentants de son autorité, elle laisse, autant que possible, aux habitants, toutes leurs institutions. Ils continuent à y jouir de grandes libertés. Contrairement, la France a dans ses colonies de nombreux militaires, de nombreux administrateurs et employés, qui, trop souvent, imposent aux habitants des lois, des règlements, peu en rapport avec leurs habitudes antérieures, avec les nécessités locales. Pour accroître notre natalité, il est désirable que de plus en plus un courant régulier d'émigrants et de relations commerciales s'établisse entre la France d'une part, nos colonies et les pays étrangers d'autre part. La natalité s'accroît pour subvenir à l'émigration. De nombreux compatriotes voient dans l'expansion coloniale, dans l'émigration, qui en est la conséquence, une cause de diminution pour notre population, dont l'accroissement est si faible par suite de sa minime natalité.

Espérons donc que l'émigration sera favorisée par l'article 50 de la nouvelle loi militaire, qui, conformément au désir exprimé par les principales chambres de commerce de France, permet aux jeunes gens, partis à l'étranger, hors d'Europe, avant l'âge de dix-neuf ans, de ne pas revenir pour faire leur service actif à l'armée et les en dispense quand ils n'y reviennent qu'après l'âge de trente ans.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Droit médical ou Code des médecins (1),
par MM. A. Lechopié et Ch. Floquet.

M. le docteur Ch. Floquet est médecin du Palais de Justice; il est licencié en droit. Il a pensé utile de mettre au courant de la doctrine et de la jurisprudence un code médical, et pour ne laisser prise à aucune incertitude, il s'est adjoint un avocat à la cour de Paris, M. Alfred Lechopié. Enfin, pour présenter son livre, il a demandé une préface à l'un de nos maîtres les plus aimés, et c'est ainsi que son livre est placé sous la protection de M. le doyen Brouardel.

Le *Droit médical* est divisé en deux parties :

L'une traite de l'enseignement et organisation de la médecine; de l'exercice de la médecine; du droit qu'ont exceptionnellement

(1) In-12. Prix : 6 francs. — Paris, O Doin.

les médecins de vendre ou débiter des médicaments; de la patente; de la déclaration et vérification des naissances, de l'avortement; de la déclaration et vérification des décès, inhumations; autopsies, moulages, embaumements et autres opérations après décès; embryons, fœtus, mort-nés; des certificats, rapports médico-légaux, expertises; de la corruption de médecins et autres fraudes, en matière militaire; de la loi sur les aliénés; des réquisitions des hommes de l'art; du secret médical; des responsabilités des hommes de l'art; des honoraires et enfin de l'incapacité de recevoir par donation entre vifs ou par testament.

La deuxième expose l'organisation, l'enseignement et exercice de la médecine, de la pharmacie et de la vétérinaire. Elle reproduit la législation militaire, celle du chirurgien des navires armés pour la pêche de la morue; le régime sanitaire, la police des eaux minérales, la protection de l'enfance et les aliénés. Enfin, elle se termine par l'étude des bureaux de bienfaisance, du service médical des théâtres, de l'Académie et de la Société de médecine légale en France.

L'énumération des matières traitées dans ce volume montre suffisamment combien il doit nous être précieux et utile à consulter dans les nombreuses occasions où le praticien est contraint de faire appel à la connaissance de ses droits et de ses devoirs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 25 septembre 1890, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin principal de première classe Beltz, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Toulouse.

M. le médecin principal de deuxiène classe Mathias, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

MM. les médecins-majors de première classe Lœwel, pour le 137e régiment d'infanterie; Blaise, pour la légion de la garde républicaine; Reverchon, pour le 26e régiment d'artillerie; Billet, pour le 115e régiment d'infanterie; Brisset, pour le 3e régiment de tirailleurs algériens; Charier, pour l'hôpital militaire de Marseille; Heuyer, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Doubre, pour le 11e régiment d'artillerie; Clément, pour le 21e régiment d'artillerie; Guilhem, pour le 53e régiment d'infanterie, et Sauveroche, pour le 34e régiment d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Hurstel, pour le 2e régiment d'infanterie; Guéraud, pour l'École d'application de cavalerie à Saumur; Blanchetière, pour le 4e régiment de cuirassiers; Monnot, pour le 15e bataillon de chasseurs à pied; Berthier, pour le 14e escadron du train des équipages militaires; Hornus, pour le 20e régiment de chasseurs à cheval; Escard, pour le 96e régiment d'infanterie; Chandèze, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine, et Barbes, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

MM. les médecins aides-majors de première classe Spilmann, pour le 5e régiment de dragons; Lassègue, pour le 9e régiment de chasseurs à cheval; Arragon, pour le 96e d'infanterie; Galland, pour le 18e régiment de chasseurs à cheval; Robelin, pour le 4e régiment de chasseurs d'Afrique; Pettier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Galzin, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Martin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Farganel, pour le 161e régiment d'infanterie, et Simonin, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 113. — JEUDI 2 OCTOBRE 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 2 OCTOBRE 1890. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Terrier a communiqué à l'Académie l'observation d'une malade atteinte, depuis vingt-cinq ans, de coliques hépatiques et d'ictère permanent qui a été guérie en quelques jours de tous ses maux par une opération qui a consisté à la débarrasser de sa vésicule calculeuse, mais non fistuleuse, par la cholécystectomie.

M. Terrier fait suivre cette observation de quelques réflexions générales qu'il termine par cette conclusion, que dans bien des cas analogues à celui de sa malade, il semble indiqué de proposer une intervention chirurgicale. Jusque-là rien que de très logique : un chirurgien vantant une opération comme traitement d'une affection à peu près incurable par les moyens médicaux. Mais ce qui nous a agréablement surpris, c'est de voir des médecins, et des meilleurs, partager l'opinion du chirurgien et vanter à leur tour l'intervention chirurgicale comme le plus sûr et souvent le seul moyen à proposer contre des calculs biliaires. Nous sommes heureux de constater cette bonne entente pour le progrès entre les membres des sections de médecine et ceux de la section de chirurgie. L'Académie ne nous avait guère habitués à cet esprit de conciliation et ceux qui, comme nous, ont le triste avantage de suivre ses séances depuis plus d'un quart de siècle, se rappelleront le peu de faveur que trouvaient auprès d'elle les laparotomistes datant de cette époque, et la façon dont y étaient jugées certaines opérations qui sont aujourd'hui monnaie courante de la chirurgie.

A ce point de vue, le succès remporté aujourd'hui par M. Terrier auprès de ses collègues médecins est bon à enregistrer.

Avant la communication de M. Terrier, la parole avait été donnée à M. Lagneau pour la continuation de la discussion sur la dépopulation de la France. Nous continuerons à tenir nos lecteurs au courant de cette discussion.

L'Académie a entendu plusieurs autres communications intéressantes : une observation, présentée par M. Horteloup, d'une résection de l'urèthre pour rétrécissement d'origine traumatique ; une note de M. Maurel (de Toulouse), dans laquelle il fait connaître ses expériences sur les leucocytes et la température, d'où il résulte que le leucocyte doit, d'une manière directe ou indirecte, jouer un rôle dans la détermination et la fixité de cette température ; enfin, un rapport de M. Hervieux sur un travail de M. Amat, médecin-major, relatif à la vaccine obligatoire au point de vue de la défense nationale. Ce travail est un nouvel et puissant argument en faveur de la loi déjà tant demandée sur la vaccine obligatoire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. QUINQUAUD.

Les teignes : Le traitement de la tricophytie (1).

(Leçon recueillie par M. le docteur Paul RAYMOND.)

III

Nous allons étudier dans cette leçon la prophylaxie et le traitement de la teigne tondante. En ce qui concerne la prophylaxie, nous avons plusieurs questions importantes à développer. Un premier point est relatif aux établissements d'instruction. Aucune admission ne devra être autorisée sans que le médecin ait certifié chez l'enfant l'absence de toute affection contagieuse du cuir chevelu.

Les cheveux de tous les enfants devront être coupés courts ; dans toutes les écoles, les inspections doivent être aussi fréquentes que possible. En raison même de la rapidité du développement du tricophyton, l'inspection bimensuelle n'est pas toujours suffisante. Les coiffures devront être faciles à laver et à désinfecter ; elles pourront être en toile, par exemple. L'enfant qui a eu la teigne doit être tous les quinze jours soumis à une inspection médicale, et cela au moins pendant trois mois. Il est nécessaire que chaque enfant possède son peigne et sa brosse : au moins une fois par semaine, chaque enfant devra se laver la tête à l'eau chaude.

Lorsqu'un enfant est atteint de teigne tondante, il faut l'exclure absolument. Si le malade est dans un internat, il faut l'isoler dans un local spécial : il ne doit pas jouer avec ses camarades, car la teigne étant contagieuse au premier chef, alors même que les malades auraient constamment la tête couverte, il ne tarderait pas à se développer une épidémie. Ce n'est pas seulement dans ses jeux que le petit

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1017.

malade devra être isolé, mais aussi pendant les classes et encore au dortoir.

Il faut bien savoir que les coiffures dites imperméables, les onctions, les collodions sont des pratiques qui ne peuvent remplacer l'isolement : ce sont des précautions qui peuvent être utiles, mais qui ne suffisent pas à préserver de la contagion : ce serait une erreur de croire qu'en les suivant on peut laisser les enfants en contact les uns avec les autres. Tous ces soins peuvent paraître minutieux, mais ils ont une réelle importance dans les établissements que fréquentent un grand nombre d'enfants pauvres, et dans lesquels la teigne se répand avec une facilité extrême.

Depuis quelques années, l'administration s'est préoccupée, à juste titre, du sort de ces teigneux, et des progrès considérables ont été réalisés. A l'hôpital Saint-Louis a été créée une école de teigneux où nos jeunes malades sont à la fois traités et instruits. On guérit, chaque année, un certain nombre d'enfants, en même temps qu'on en soustrait un plus grand nombre encore à la contagion. Mais cette école est insuffisante, en raison du nombre considérable de malades qui se présentent à nos consultations : aussi la création d'un hôpital de teigneux a-t-elle été décidée à Saint-Louis même.

Un deuxième point est relatif à l'individu lui-même. Les différents objets qui ont appartenu à un teigneux peuvent le réinfecter à chaque instant. Les objets de toilette, par exemple, les coiffures, la literie sont de ce nombre ; aussi est-il indispensable de les désinfecter à l'étuve. La spore du tricophyton est tuée par une température de 55 ou même de 50 degrés, maintenue pendant vingt minutes.

L'avantage de l'étuve est de rendre inoffensifs les objets contaminés, et de les ménager en même temps. En ville l'eau bouillante pourra remplacer l'étuve, mais il faudra y laisser les objets à désinfecter au moins pendant vingt minutes. La désinfection par les antiseptiques n'est pas suffisante ; alors même que l'on se sert des antiseptiques les plus énergiques, les spores ne sont pas tuées. Les expériences montrent, en effet, que, dans ces cas, la germination des spores est seulement retardée. Ces notions nous montrent qu'il n'est pas nécessaire de détruire les objets qui ont appartenu à des teigneux, et qu'on peut les conserver, à condition de les faire passer à l'étuve.

Voilà ce qu'il importe de connaître au point de vue de la prophylaxie publique et individuelle.

Quant au traitement proprement dit de la tricophytie, il est compliqué et difficile ; mais, en somme, il est satisfaisant, car on est certain d'être utile aux malades et d'abréger la durée de la maladie. Vous trouverez écrit que la tricophytie guérit quand elle le veut bien, qu'elle guérit parfois spontanément, que les antiseptiques sont peu utiles, etc. Ce sont là des affirmations aussi décourageantes qu'inexactes. Certes, la tricophytie peut guérir seule : les agents irritants classiques, unis aux soins de la propreté peuvent amener la guérison mais une guérison lente et difficile. C'est surtout la tricophytie circinée qui guérit ainsi, celle qui est légère, qui s'est récemment développée et qui n'a pas encore pénétré dans les follicules pileux ni engainé les poils. Dans ces cas, les lotions savonneuses et alcalines, les attouchements à la teinture d'iode peuvent suffire. Dans les régions peu velues, la pommade à l'acide chrysophanique à 2 p. 100 peut suffire à guérir la tricophytie circinée. Mais s'il s'agit de la teigne tondante vraie, avec les placards grisâtres, grenus, les poils brisés que vous connaissez, le traitement devra être tout autre, car sans cela la maladie est d'une durée indéfinie. Lorsque j'ai pris, à Saint-Louis, le service des teigneux, j'ai pu me rendre compte que le traitement par les irritants classiques était insuffisant, puisque dans une année, sur 160 petits malades, 14 seulement étaient sortis guéris : vous pouvez voir quel temps considérable il eût fallu pour évacuer l'École, en employant les médications habituelles. C'est ainsi que j'ai été amené peu à peu à la médication suivante que je vous propose car elle donne les meilleurs résultats.

On coupe les cheveux aussi courts que possible avec les ciseaux ; puis, sur tous les placards arrondis grisâtres, qui sont couverts d'une quantité innombrable de spores, on rugine. Le tricophyton existant surtout à la surface de la peau, on enlève ainsi de grandes quantités de spores et de mycélium : cette rugination détermine en outre une légère irritation superficielle qui fait que la vitalité des spores est amoindrie et qu'elles ne végètent pas aussi facilement. On laisse alors reposer l'enfant pendant quatre ou cinq jours, puis on rugine à nouveau et ainsi de suite à quatre ou cinq reprises. Dans l'intervalle des ruginations on fait deux fois par jour des lotions avec la solution mixte dont voici la formule :

Bi-iodure de mercure. . .	20	centigrammes.
Bichlorure de mercure .	1	gramme.
Alcool.	40	—
Eau.	250	—

A la suite du grattage, il faut avoir soin de pratiquer une lotion savonneuse, de façon à enlever tous les produits du râclage.

Après quelque temps, les spores qui existent à la surface du derme, ainsi que celles qui infiltrent le poil disparaissent. Ce procédé est même préférable à l'épilation qui n'enlève qu'une partie du poil, les spores restant sur l'épiderme.

Lorsqu'après un certain temps les spores superficielles ont été enlevées par la rugination, on abandonne ce procédé et l'on fait alors intervenir les pommades et particulièrement celle aux trois acides. Voici la formule que je vous propose :

Acide chrysophanique. .	} *ââ*	2 grammes.
Acide salicylique		
Acide borique.		
Vaseline.		100 —

On enduit de pommade le cuir chevelu tout entier, car une teigne tondante, n'eût-elle duré qu'un mois, a des foyers multiples. En certains points la tricophytie est en voie de germination et masquée par les cheveux, la plaque, à son début, peut passer inaperçue. Si l'on fait couper les cheveux, on pourra constater à la loupe la présence de petits foyers et l'on se rendra ainsi compte que les inoculations sont multiples. Lorsque la tête a été enduite de pommade, on la recouvre d'un bonnet en caoutchouc ou plus simplement d'un bonnet de toile qui est entouré à sa base d'une bande pour empêcher la pommade de venir irriter les yeux. Au bout de vingt-quatre heures, on renouvelle la pommade sans rien enlever des couches du jour précédent : cette couche a pour effet de soustraire le tricophyton à l'influence de l'oxygène et d'en amoindrir, par suite, la vitalité puisque ce parasite est essentiellement aérobie. Après quarante-huit heures de ce contact avec la pommade, on fait

une lotion savonneuse, puis on pratique la lotion mixte pendant trois jours, puis on recommence la pommade aux trois acides et ainsi de suite en alternant pendant vingt ou vingt-cinq jours. Il faut avoir bien soin, dans l'intervalle de l'application de la pommade, de faire très régulièrement les lotions, car si on laisse le cuir chevelu sans le traiter pendant huit jours, il y a repullulation du parasite et réinfection : la teigne est alors d'une durée indéfinie. La teigne tondante demande donc à être traitée sans interruption.

Quant à l'épilation, il ne faut pas la laisser de côté : dans les parties profondes du poil, il peut y avoir, en effet, des spores. A quel moment faudra-t-il la pratiquer? Nous avons vu qu'au début le poil casse, et par suite on n'enlève pas les spores qui l'infiltrent dans sa profondeur, mais vers la fin du premier mois de traitement, les cheveux ont repoussé et la pince ne les brise plus. On pourra alors épiler et l'on enlèvera le plus souvent le cheveu tout entier. L'épilation sera complète, absolue, et grâce à la vigueur qu'aura regagnée le cheveu à cette époque, on obtiendra un résultat favorable. Lorsque la teinte grisâtre du cuir chevelu aura disparu, lorsqu'on ne verra plus cet état granuleux et lorsque les cheveux repousseront avec leur éclat et leur parallélisme normaux, on cessera l'épilation. En général, deux épilations, suivant deux ou trois ruginations à intervalles espacés, sont suffisantes.

Le traitement que je viens de vous indiquer est employé à Saint-Louis depuis deux ans. L'année dernière, 125 enfants sont sortis guéris ; ce chiffre sera dépassé cette année.

Lorsque la tricophytie se développe sous forme de sycosis, de kérion, de folliculites conglomérées, il faut se garder de prescrire les cataplasmes dans le but de remédier à l'inflammation ; ces cataplasmes, en effet, favorisent la germination du parasite et la maladie s'étend. Dans ces cas, il faut recourir à l'épilation, puis appliquer des compresses de gaze phéniquée trempées dans la lotion mixte. Cette solution parasiticide s'oppose ainsi au développement des microbes de suppuration qui, dans ces lésions, coexistent avec les parasites de la tricophytie. On obtiendra, de cette façon, la guérison complète en huit ou dix jours.

DE LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE (1)

II

DES MESURES PROPRES A RENDRE MOINS FAIBLE L'ACCROISSEMENT DE LA POPULATION DE LA FRANCE

Mesures propres a restreindre la mortinatalité et la mortalité. — D'une manière générale, on peut dire :

Pour prévenir la mortinatalité, il faut mettre les mères à même de mener à bien leur gestation. Pour restreindre la mortalité des enfants, il faut les secourir et les protéger. Pour diminuer la mortalité des adultes civils ou militaires, il faut, en leur donnant des habitats salubres, restreindre les maladies épidémiques, la fièvre typhoïde et la tuberculose.

Maternités-ouvroirs. — Beaucoup de filles-mères, lorsqu'elles ne peuvent plus dissimuler leur grossesse, sont chassées de leurs places et délaissées par ceux qui les ont rendues mères. Beaucoup de femmes mariées sont abandonnées par leurs maris adonnés à la débauche, à l'ivrognerie. Trop souvent ces malheureuses femmes tombent dans la misère ; fréquemment elles avortent et accouchent de mort-nés. Aussi, pour prévenir l'avortement spontané ou criminel, pour prévenir l'infanticide, pour réduire la mortinatalité et la mortalité du nouveau-né, il faudrait pouvoir fonder des Maternités-ouvroirs, où les femmes indigentes, soit mariées, soit filles-mères, entreraient durant les derniers mois de la gestation, accoucheraient et allaiteraient leurs enfants durant un ou deux mois. Pour réduire, autant que possible, les frais de ces Maternités-ouvroirs, et permettre de les multiplier, les femmes, suivant l'avis des médecins, pourraient être astreintes à un travail proportionnel à leur validité.

Maternités secrètes. — Pour secourir les femmes désirant laisser ignorer leur gestation, et surtout pour prévenir l'infanticide, on a eu recours à des Maternités où les femmes accouchent sans se faire connaître.

Déjà, depuis longtemps en Autriche, à Vienne, ainsi que l'ont rappelé M. Thulié et M. Kunwald, existe un asile ou Maternité, où les femmes, admises voilées, peuvent accoucher en secret, sans être connues. Ces asiles muets, ces maternités secrètes, permettent ainsi d'arracher au crime quelques enfants, en offrant un refuge à quelques femmes mariées adultères, à quelques rares filles-mères désirant le secret. Lunier a rappelé qu'en 1883, le Congrès international de la Protection de l'Enfance a exprimé le vœu qu'on établît de semblables Maternités où le secret serait garanti.

Bureau secret. — Pour prévenir l'infanticide, que certaines femmes commettraient pour cacher leur maternité, beaucoup de philanthropes demandent le rétablissement des tours.

Le bureau secret, ouvert jour et nuit, l'unique préposé à la réception étant « astreint au secret par serment », ainsi que le tour, assure le secret aux femmes le désirant, mais permet à d'autres beaucoup plus nombreuses de pouvoir un jour retrouver les enfants qu'elles sont dans l'impossibilité de conserver, et qu'elles pourront reprendre. Ce bureau secret permet surtout d'offrir immédiatement à de nombreuses mères des secours suffisants pour les mettre à même de conserver et d'allaiter leurs enfants, qu'elles ne se décidaient à abandonner que parce qu'elles se trouvaient dans l'impossibilité de gagner leur vie en les gardant.

Secours aux mères indigentes. — Quoique l'abandon de l'enfant soit loin de pouvoir toujours être prévenu, le meilleur moyen de le prévenir est d'offrir à la mère des secours suffisants, soit lorsqu'elle se présente au bureau pour l'abandonner, soit lorsqu'elle sort de la Maternité. Tant que la loi n'obligera pas le séducteur, le père naturel, à fournir à la fille-mère les moyens d'entretien pour elle et son enfant, il faut que la charité y pourvoie. Il faut que la mère indigente devienne la nourrice payée de son propre enfant.

Application plus générale de la loi de protection des enfants du premier âge, et des autres lois protectrices des enfants et des mineurs. — Depuis la promulgation de la loi de M. Théophile Roussel, il y a notable diminution de la mortalité des enfants mis en nourrice, enfants qu'on supposait être alors au nombre d'environ 100000, mais qui sont vraisemblablement beaucoup plus nombreux.

Cette loi si utile trouve à son application générale un grand obstacle dans l'insuffisance des crédits ouverts par les conseils généraux de nombreux départements. Cependant l'État, qui doit prendre à sa charge la moitié des frais de surveillance, a notablement augmenté sa part contributive. Dès 1882, M. Roussel demandait qu'on doublât le crédit de 500000 francs porté pour cette surveillance. D'ailleurs, la conservation de ces enfants intéresse autant la nation entière que les populations locales des divers départements.

Pareillement, la loi du 19 mai 1874, sur le travail des enfants et des filles mineures employées dans l'industrie, et les projets de la loi actuellement en discussion au Sénat, à la Chambre, à la Société de Médecine publique, à la conférence ouvrière internationale de Berlin, pour interdire le travail de nuit des femmes employées dans l'industrie, en mettant les enfants, les jeunes filles et les femmes enceintes dans de meilleures conditions biologiques, pourront favoriser la natalité, restreindre la morbidité, et la mortalité.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1037.

Assainissement, aération de l'habitat urbain. — Puisque l'agglomération urbaine, par la multiplicité des relations, favorise la transmission des maladies épidémiques; puisque la vie urbaine, par l'insuffisance de l'existence en plein air, par la sédentarité, par le confinement de l'habitat, favorise le développement de la tuberculose, l'affection la plus meurtrière pour notre population; il importe de prévenir, non seulement la vie sédentaire, mais aussi de faire pénétrer l'air et la lumière dans les quartiers populeux, soit en perçant de larges voies, soit en exigeant des dimensions plus grandes qu'actuellement pour les cours intérieures, soit en donnant aux pièces d'habitation un cube d'air suffisant.

Il y a beaucoup à faire dans ce sens.

Habitat du soldat. — La substitution des camps ruraux aux casernes urbaines semble plus que toutes autres mesures, devoir diminuer la morbidité et la mortalité, principalement typhoïque et tuberculeuse de nos soldats.

En temps de paix, la véritable cause de la grande mortalité de l'armée, « c'est le casernement, c'est-à-dire l'agglomération ». M. Lagneau multiplie les citations et les exemples qui le prouvent de tous côtés.

En voyant la plupart des médecins militaires être du même avis relativement à la fréquence de la mortalité par tuberculose et fièvre typhoïde dans les villes de garnison, et relativement à sa rareté dans les camps, il semble naturel de chercher à substituer de plus en plus les camps aux grandes casernes des villes.

Malheureusement, cette substitution du camp rural à la caserne urbaine, substitution généralement effectuée quand la fièvre typhoïde commence à sévir sur une garnison, trouve souvent un obstacle dans la résistance de beaucoup d'officiers.

Pour rendre moins pénible pour les officiers le séjour du camp rural, peut-être pourrait-on mettre à leur disposition voitures et moyens de transport leur permettant, en dehors du service, de se rendre facilement aux villes voisines.

Création pour les colonies de corps de troupes indigènes. — Un séjour moins prolongé, un rapatriement plus rapide atténueront la morbidité et la mortalité si considérables de nos soldats dans les colonies, où plus de la moitié de l'effectif européen a succombé en quelques mois; on est de plus en plus amené à demander la création de troupes indigènes.

MESURES RELATIVES AUX MOUVEMENTS MIGRATOIRES. — *Mesures visant l'immigration des ruraux dans les grandes villes.* — Le démographe doit désirer restreindre l'émigration des ruraux vers les grandes villes. Malheureusement les salaires élevés, et les plaisirs variés et faciles, en général, portent les campagnards à cette immigration.

Pour restreindre cette immigration urbaine et cette désertion des campagnes, peut-être devrait-on chercher à dégrever la propriété rurale; peut-être devrait-on chercher à développer dans les campagnes de nouvelles industries, de nouvelles cultures, afin que les campagnards puissent trouver dans leurs villages un travail rémunérateur.

Mesures visant l'immigration des étrangers. — Le nombre des étrangers venant en France s'accroît de plus en plus. On le constate à chaque recensement quinquennal.

Quoique, depuis des siècles, cette immigration forte ou faible ait presque constamment eu lieu vers notre pays, dans ces derniers temps, l'accroissement énorme des étrangers venus en France a effrayé beaucoup de nos compatriotes.

Mus par un noble sentiment de patriotisme, les uns, avec M. J. Rochard, s'écrient : « C'est l'étranger qui comble nos vides, et cette introduction parmi nous d'éléments, le plus souvent hostiles, c'est une invasion déguisée, c'est une menace pour l'avenir. Un peuple qui se recrute à l'étranger perd vite, dans ce commerce, son caractère, ses mœurs, ses forces propres; il y perd, avec le temps, ce qu'il a de plus précieux, sa nationalité. »

D'autres s'élèvent contre la concurrence que ces immigrés étrangers font à nos travailleurs, et se plaignent de l'abaissement considérable des salaires que ces étrangers déterminent.

Si à notre époque, plus qu'à toute autre, l'immigration pacifique et la concurrence étrangère se montrent redoutables pour nos nationaux, c'est qu'actuellement, plus qu'à toute autre époque, les moyens de communications entre les divers pays sont devenus faciles et nombreux, alors que l'inégalité des salaires dans ces mêmes pays est restée encore considérable.

Quant au préjudice politique que cette immigration étrangère porterait à notre nation, il semble peu considérable.

Il importe surtout « de nous assimiler promptement et sûrement cet afflux étranger de population, qui est aujourd'hui pour nous un péril et pourrait devenir un accroissement de richesse et de force ». « Il faudrait, dit-on avec raison, que toutes les difficultés qui existent aujourd'hui pour entrer dans la nationalité française fussent imposées, au contraire, à ceux qui veulent s'y dérober. » « Le Sénat, dit M. Leroy-Beaulieu, s'évertue à rendre chez nous la naturalisation difficile, tandis que l'intérêt national nous presse de la faire aussi aisée que possible, ou plutôt de l'imposer aux indifférents, qui ne la solliciteraient pas. Dans l'économie humaine, un corps étranger est toujours nuisible; dans la constitution d'un peuple, la présence de 3 p. 100 d'étrangers, qui, dans les départements frontières, représentent même une proportion de 12, 15 ou 20 p. 100 de la population locale, peut avoir des inconvénients considérables. »

RÉSUMÉ

MESURES PROPRES A RESTREINDRE NOS FACHEUSES CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES. — *Pour restreindre le célibat et la natalité illégitime, pour favoriser et hâter le mariage et la natalité légitime, il faut :*

— Simplifier les formalités nombreuses et parfois onéreuses exigées pour le mariage; formalités surtout grandes pour les conjoints de nationalités différentes.

— Protéger davantage la jeune fille contre la séduction, en reculant de 16 à 21 ans, époque de sa majorité, la peine portée par l'article 355 du Code pénal contre quiconque l'enlève ou la détourne.

— Astreindre le séducteur, le père naturel, à fournir une pension d'entretien à son enfant illégitime souvent si misérable, ainsi que la loi l'y oblige dans la plupart des États d'Europe et d'Amérique.

— Secourir et entretenir les enfants illégitimes de pères inconnus, au moyen d'impôts spéciaux ou surélevés sur les célibataires de plus de 25 ou 30 ans, anciennement frappés d'amendes et privés de certains droits par les lois romaines, jadis surimposés par nos lois et décrets de la fin du XVIII[e] siècle.

— Restreindre la durée du service à l'armée au temps strictement nécessaire à l'obtention d'une instruction militaire complète. Dans ce but, d'une part, durant la période scolaire, sous la direction d'instructeurs capables, brevetés, sortant de l'armée, exercer les jeunes gens à la gymnastique, à la marche, à la course, à la nage, à l'escrime, aux exercices militaires, ainsi que l'ont prescrit plusieurs de nos ministres; — à partir de 16 à 17 ans, deux après-midi par semaine, envoyer les lycéens s'instruire militairement au stand, au champ de manœuvres, à la caserne, au quartier de cavalerie, sous la direction immédiate d'officiers; — tenir grand compte de ces exercices physiques lors des distributions de prix, et leur attribuer un coefficient élevé dans le pointage des examens qui sanctionnent les études, brevets de capacité, baccalauréats, examens d'admissions aux écoles spéciales, ainsi que l'ont demandé plusieurs recteurs d'académie, plusieurs médecins. — D'autre part, limiter le temps de présence des hommes sous les drapeaux, non d'après leurs numéros de tirage au sort, moyen aveugle, qui laisse beaucoup de jeunes gens valides sans instruction militaire suffisante; mais bien d'après cette instruction militaire constatée tous les six mois, tous les ans, par des inspections d'officiers supérieurs; inspections qui exciteraient parmi les jeunes hommes une vive émulation, en permettant de les renvoyer aussi promptement que possible dans leurs foyers, où promptement ils pourraient se marier et procréer légitimement. Dans plusieurs armées, en Prusse, en Espagne, on accorde des congés anticipés aux hommes reconnus instruits militairement.

— Prévenir la transmission des maladies contagieuses, en particulier de la syphilis, si fréquemment cause d'infécondité et de mortinatalité, soit par la surveillance sanitaire des prostituées; soit par la multiplication des soins médicaux et pharmaceutiques mis gratuitement à la portée des malades; soit par l'application d'une pénalité analogue à celle stipulée par les articles 460, 461 du Code pénal relatifs à la transmission des maladies contagieuses entre animaux domestiques.

— Maintenir plus longtemps les jeunes accouchées dans les Maternités, afin de prévenir les affections utérines, causes fréquentes de stérilité ultérieure.

Pour restreindre la morbidité, la mortinatalité et la mortalité, il faut :

— Créer des Maternités-ouvroirs, où les femmes indigentes, épouses ou filles-mères, privées de leurs emplois par suite de leur grossesse, plusieurs mois avant leur accouchement, en ne travaillant que proportionnellement à leur peu de validité, trouveraient asile et soins; où, après leur accouchement, elles pourraient rester durant plusieurs mois en allaitant leurs enfants.

— Avoir des Maternités, où, comme à Vienne, les femmes pourraient être admises sans se faire connaître.

— Ne pas rétablir les tours, qui rompent tous liens de famille; mais ouvrir des bureaux tenus par des personnes assermentées, astreintes au secret, chargées de recevoir les enfants que les mères sont amenées à abandonner. Dans ces bureaux, d'une part les enfants des mères, peu nombreuses, environ 3 p. 100, désirant rester inconnues, ne sont tenues de fournir aucune information; d'autre part, les mères indigentes, en beaucoup plus grand nombre, ne craignant nullement de se faire connaître, peuvent fournir les indications qui, plus tard, leur permettent de retrouver leurs enfants, si des secours, immédiatement offerts, ne leur permettent pas de les conserver.

— Obtenir que la mère indigente qui, par la nécessité de gagner sa vie, se voit obligée d'abandonner son enfant, soit mise à même de le conserver et devienne, par des secours suffisants, la nourrice payée de son propre enfant.

— Obtenir que la loi de la protection des enfants du premier âge soit appliquée d'une manière générale, par un personnel suffisant, avec des crédits plus assurés.

— Obliger, par une réglementation de la salubrité, d'assainir et surtout d'aérer les agglomérations urbaines en général, les locaux ouvriers, ateliers ou logements en particulier, où sévissent cruellement la fièvre typhoïde et la tuberculose, qui, à elle seule, à Paris, sur environ 54000 décès annuels, en détermine plus de 11000.

— Substituer de plus en plus pour les soldats, si souvent atteints de ces affections dans les villes, les camps ruraux d'instruction aux casernes urbaines plus monumentales que salubres.

— Substituer de plus en plus, dans les colonies, les soldats indigènes aux soldats venus de France, si cruellement frappés par le choléra, la fièvre jaune.

— Prévenir ou restreindre l'immigration des campagnards dans les villes, où la mortalité est élevée, la natalité légitime faible, la natalité illégitime considérable, en dégrevant la propriété rurale; mais surtout en limitant les emprunts municipaux, qui, par l'élévation des salaires, attirent vers les grandes villes les provinciaux et les étrangers moins payés. En trente et un ans, la ville de Paris, qui a fait plus de 2 milliards d'emprunts, a vu sa population s'accroître de 1456525 à 2344550 habitants.

Pour favoriser l'accroissement de notre population, il faut :

— Multiplier les moyens d'existence en important des industries nouvelles, en fondant ou développant des colonies, en établissant des relations commerciales internationales, enfin, en créant des débouchés; car la natalité s'accroît proportionnellement aux subsistances et aux conditions de bien-être que les parents désirent pour leurs enfants; et l'immigration, toujours en France de beaucoup supérieure à l'émigration, s'accroît proportionnellement au travail disponible, que motivent les transactions agricoles, commerciales et industrielles.

— Naturaliser aussi complètement, aussi promptement que possible, assimiler à notre population les immigrés, qui de plus en plus viennent en France des pays étrangers, en leur faisant partager les droits et les charges de nos nationaux.

Dans notre état social, pour accroître notre population, comme médecin, comme démographe, j'ai voulu montrer que diverses modifications de lois, différentes mesures d'hygiène semblaient pouvoir mettre les habitants de notre beau pays dans des conditions de plus haute natalité et de moindre mortalité.

A l'Académie, il appartient de discuter cette grave question du faible accroissement de notre population.

A nos gouvernants, il appartiendra d'agir pour le mieux des intérêts de la France.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 septembre. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Des lettres de MM. Dieulafoy, Horteloup et Nicaise qui se portent candidats, le premier dans la section de pathologie médicale, les deux autres dans la section de pathologie chirurgicale;

2° Une note de M. Crié (de Rennes), sur les altérations des bois dans leurs rapports avec la sécurité publique.

LECTURES

Traitement des rétrécissements traumatiques de l'urèthre. — M. HORTELOUP, en janvier 1884, eut à soigner un jeune homme de dix-neuf ans, atteint d'un rétrécissement infranchissable de l'urèthre consécutif à un traumatisme. L'examen du périnée fit reconnaître un noyau induré de plus de 3 centimètres d'étendue; il pratique la résection de toute la portion rétrécie du canal de l'urèthre par le procédé suivant : il introduit un cathéter droit qui vient buter contre le rétrécissement. Après avoir fait relever le scrotum, il fait, sur le périnée, une incision verticale de 4 centimètres et demi de longueur, allant jusqu'à un demi-centimètre de l'anus. Il arrive facilement sur la masse indurée qu'il isole et, après avoir fait écarter les lèvres de l'incision, il fait bien saillir l'extrémité du cathéter, puis ouvre le canal de l'urèthre. Il coupe alors transversalement le canal au point où il l'a incisé, puis l'isole complètement des parties environnantes. Lorsque toute cette masse est disséquée, il la détache des parties profondes et ouvre ainsi l'extrémité postérieure du canal.

La portion enlevée a 3 centimètres de longueur et une épaisseur presque égale, elle est traversée par un canal tortueux filiforme.

Les suites de l'opération furent très simples : onze jours après il introduit une bougie Béniqué, n° 27, puis un mois après le n° 50.

Le malade quittait l'hôpital six semaines après l'opération.

Depuis cette époque, c'est-à-dire plus de six ans, la guérison s'est complètement maintenue.

L'opération qu'a pratiquée M. Horteloup sur ce garçon ne jouit pas d'une grande faveur; les auteurs lui reprochent de n'être pas sans dangers, de pouvoir créer une nouvelle infirmité, parce que la réunion ne s'obtenant pas, il peut persister une gouttière uréthrale inguérissable et, enfin, de ne pas s'opposer mieux que les autres procédés à la récidive. L'auteur croit que la résection ne doit être employée que contre les rétrécissements traumatiques, mais alors elle devient presque une méthode de choix, surtout des rétrécissements de la région périnéale antérieure ou périnéobulbaire, survenus longtemps après une chute à califourchon.

Ces rétrécissements traumatiques ont une anatomie pathologique bien différente de celle des rétrécissements inflammatoires, ils ont une longueur de 3 ou 4 centimètres, sont très épais. La lumière du canal peut être complètement oblitérée ou réduite à un trajet filiforme, dans lequel on ne peut pénétrer par suite des déviations que le canal a subies.

Les lésions périphériques sont beaucoup plus considérables à la région inférieure du canal, mais elles existent aussi dans la région supérieure. Aussi l'uréthrotomie interne ou l'uréthrotomie externe sont-elles rapidement suivies de récidives.

La résection n'est pas une opération difficile ni grave, elle ne peut, en effet, augmenter les dangers de l'uréthrotomie externe qui la précède, quant à la formation d'une gouttière uréthrale, elle ne serait à redouter que si le chirurgien était forcé de remonter jusqu'à la portion spongieuse du canal, ce qui serait exceptionnel, car cette portion de l'urèthre est toujours respectée dans ce genre de traumatisme.

Daniel Mollière (de Lyon) conseillait, après la résection, de faire le rapprochement des deux extrémités du canal et la suture de la plaie du périnée. Lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement de quelques millimètres, cela est facile, mais lorsque la résection porte sur une longueur de 3 ou 4 centimètres, le rapprochement des deux extrémités est très laborieux et la suture ne tient pas.

Doit-on repousser la résection parce qu'elle ne s'oppose pas plus que les autres procédés à la récidive? les observations font défaut pour établir cette comparaison.

Recherches expérimentales sur les leucocytes. — M. E. MAUREL (de Toulouse) communique le résultat de ses recherches sur les leucocytes du sang de l'homme.

Il résulte de ces recherches que les températures par lesquelles nos leucocytes peuvent vivre, au moins pendant quelques instants, sont comprises entre 16 et 46 degrés centigrades; mais celles qui lui sont le plus favorables ne s'étendent que de 38 à 44 degrés.

M. Maurel a fait d'autres expériences sur le même élément dans la série animale, sur le chien, le lapin, le poulet, la grenouille et le lézard.

Il a constaté des écarts dans les températures extrêmes dépassant 10 degrés : les leucocytes de la grenouille meurent à 40 degrés et ceux du poulet résistent à 50 degrés; ces expériences ont fait découvrir cette loi qu'il existe un rapport constant entre la température d'un animal et la plus haute température supportée par ses leucocytes. Il est donc probable que les leucocytes ne doivent pas rester étrangers dans la fixation de la température normale.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. LAGNEAU. (Sera publié.)

COMMUNICATION

Cholécystectomie. — M. TERRIER communique l'observation d'une femme de cinquante-six ans, atteinte depuis vingt-cinq ans de coliques hépatiques, ayant acquis une intensité telle, que la vie de la malade était compromise. Il y avait un ictère intense; les matières intestinales étaient décolorées, ce qui faisait croire à une oblitération du canal cholédoque. M. Terrier opéra cette malade le 7 juillet dernier; le ventre étant ouvert, il trouva une vésicule biliaire volumineuse, qui fut ouverte et donna lieu à l'écoulement d'une assez grande quantité de mucus mêlé de bile. La vésicule fut disséquée, peu à peu incisée jusqu'au canal cystique, dans lequel on trouva des calculs qui furent extraits. Ce canal était tortueux, très dilaté, de telle sorte que l'on peut admettre que l'oblitération du cholédoque était due soit à la compression mécanique provoquée par le canal cystique, soit à l'inflammation du cholédoque due à la propagation de la cholécystite. Il n'y avait, en effet, aucun calcul dans le cholédoque.

M. Terrier fit une ligature sur le canal cystique; mais craignant que cette ligature ne suffise pas à assurer l'oblitération définitive du conduit, et prévoyant une fistule, il plaça un tube dans le ventre; en outre, il sutura l'épiploon à la face inférieure de la plaie pour établir une sorte de gouttière destinée à conduire la bile à l'extérieur. Le contact de la bile avec le péritoine est bien loin de présenter les dangers qu'on lui suppose, mais encore faut-il s'opposer à sa trop grande affluence.

Dès le lendemain, il s'écoula une assez grande quantité de bile par la plaie; mais, par la suite, cet écoulement diminua; au dixième jour, il était presque insignifiant, et au bout d'un mois, il avait cessé complètement. Par contre, l'écoulement de la bile dans l'intestin s'effectuait normalement, ainsi que le prouvait la coloration des matières : l'ictère avait complètement disparu, ainsi que tous les autres accidents.

M. LANCEREAUX croit aussi que de plus en plus la chirurgie doit intervenir dans les cas d'ictère par enclavement d'un calcul, mais ici le cholédoque était libre. Il demande à M. Terrier comment il explique l'ictère : Est-ce par compression du calcul siégeant dans le canal cystique?

M. TERRIER admet, en effet, cette explication et pense aussi qu'il y avait une tuméfaction du cholédoque par inflammation de voisinage.

M. LANCEREAUX demande encore à M. Terrier ce qu'il aurait fait s'il avait enlevé un calcul du cholédoque.

M. TERRIER répond qu'il n'aurait certainement pas pu suturer l'incision du cholédoque. Il aurait simplement drainé et aurait compté sur la cicatrisation naturelle.

M. LE ROY DE MÉRICOURT, tout en admettant l'indication de l'intervention chirurgicale en pareil cas, dit qu'il faut aussi compter parfois sur les ressources de la nature; il a vu se désenclaver, contre toute espérance, à la suite d'un simple voyage en chemin de fer, un calcul olivaire qui avait causé des accidents prolongés.

M. OLLIVIER partage l'opinion de M. Terrier. Bien souvent, il a trouvé, à l'autopsie, des calculs, latents ou non, d'un volume tel qu'il s'est toujours dit que la chirurgie seule pouvait en débarrasser le sujet. Depuis l'antisepsie, il est donc absolument partisan de ces interventions.

M. HAYEM, comme M. Terrier, pense que le contact de la bile et du péritoine n'est pas aussi dangereux qu'on le croit. Il rappelle avoir publié, l'an dernier, à la Société médicale des hôpitaux, le fait d'un enfant mort au bout d'un mois d'ictère et à l'autopsie duquel il a trouvé une rupture probablement traumatique du col de la vésicule. L'ictère résultait de la résorption de la bile dans le péritoine. Or, il n'y avait pas de fausses membranes, ni de pus dans cette séreuse.

M. LABORDE rappelle qu'expérimentalement ces faits sont bien connus : d'une part, le rétablissement du cholédoque après ligature et, d'autre part, l'innocuité de la bile dans le péritoine.

M. TERRIER a, en effet, observé ces faits quand il était élève à l'École d'Alfort.

RAPPORT

La vaccine obligatoire au point de vue de la défense nationale. — M. HERVIEUX fait un rapport sur un travail de M. Amat, médecin-major, dans lequel l'auteur conclut à la nécessité d'une loi sur la vaccination obligatoire, dans l'intérêt de la défense nationale.

L'auteur rappelle que, grâce à la vaccination et à la revaccination obligatoire, la variole a disparu de l'armée allemande et presque disparu dans la population civile en Allemagne.

Dans l'armée française, la variole a à peu près disparu, grâce surtout à des mesures récentes. Mais le danger vient de la population civile.

Il faut remarquer que les revaccinations, pratiquées comme on le fait aujourd'hui, pendant la présence sous les drapeaux, sont une source de perte pour l'armée et pour le budget; en effet :

1° Tout militaire inoculé avec succès deviendra une non-valeur pendant l'évolution des pustules vaccinales;

2° Les cinq ou six jours pendant lesquels il devra être exempté, sont des jours perdus pour l'instruction;

3° Chaque homme coûtant 1 fr. 01 centime par jour, il y a là une perte pour le budget de la guerre.

En résumé, une perte de temps qui sera de 3 835 800 journées et de 3 873 158 francs de 1889 à 1896.

Si donc l'armée française jouit d'une certaine sécurité, c'est

une sécurité chèrement acquise et une diminution de l'instruction des soldats. Comment remédier à cet état de chose? En établissant des revaccinations obligatoires dans la population civile.

Il n'y a donc plus qu'une chose à attendre, c'est une loi sur la vaccine obligatoire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 septembre 1890, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Breton, pour l'emploi de médecin chef de la place et des salles militaires de l'hospice de Verdun, et Sommeillier, pour l'emploi de médecin chef de la place et de l'hospice mixte de Toul.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Berger, pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Aix; Sorel, pour l'emploi de médecin chef de l'hospice mixte de Nîmes, et Annequin, pour l'emploi de médecin chef de l'hospice mixte de Chambéry.

— M. Quinchard (de Saint-Brieuc) vient, par son testament, de léguer à l'Académie une rente annuelle de 2000 francs pour la fondation d'un prix bisannuel de 4000 francs qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur le croup et les angines croupales et qui aura trouvé le meilleur remède à ces maladies.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

55

AVIS IMPORTANT

GELÉE DE "VASELINE" PÉTROLE
NE RANCISSANT JAMAIS
LE MOT "VASELINE" EST DÉPOSÉ COMME
NOTRE MARQUE DE FABRIQUE
16 médailles ou diplômes ont été décernés à la "VASELINE",
Médaille d'or Exposition de Paris 1889.
PRÉPARÉE SEULEMENT PAR
" THE CHESEBROUGH MANUFACTURING COMPANY (CONSOLIDATED) ".
BUREAUX : **Paris, 13, avenue de l'Opéra.**

Lorsque les médecins, chirurgiens et le public demandent et veulent employer **"VASELINE"**, un grand nombre de commerçants livrent généralement, sous ce nom, une contrefaçon et remplacent ainsi le produit vrai par une imitation. C'est avec regret que nous sommes obligés de constater cette substitution et le mode trop répandu de vendre et livrer, sous notre marque de fabrique, un produit frauduleux ou dangereux, ce qui est une cause d'un grand discrédit pour les produits fabriqués par nous et qui ont une grande valeur.

Nous prions MM. les médecins et chirurgiens de porter la plus grande attention à ce qu'on ne remplace jamais **"VASELINE"** par une imitation frauduleuse et qu'on ne livre que le produit vrai, parce que c'est le seul bon.

"VASELINE" n'est pas un distillé, et les acides ne sont pas employés pour sa fabrication; ce n'est pas un mélange de cire et d'huile, mais une pure gelée de pétrole hautement concentrée et purifiée par des filtrations à travers le noir animal. C'est la seule préparation de pétrole qui soit absolument inoffensive, qui n'irrite jamais la peau, employée dans n'importe quelle condition.

La **"VASELINE"**, réduite à l'état liquide, reprend toujours, en se refroidissant, ses propriétés primitives.

Pour empêcher l'altération ou la substitution de nos produits par d'autres articles, et pour être certain d'obtenir les produits vrais, nous demandons à MM. les médecins, chirurgiens et au public, d'exiger nos boîtes et flacons avec empaquetages originaux et notre nom.

La **"VASELINE"** est livrée au commerce sous trois nuances : **blanche, blonde, rouge,** en boîtes fer blanc soudées de 1/2 lbs, 1 lbs, 5 lbs (poids anglais).

DU CHAMBON, agent, 13, av. de l'Opéra, Paris.

42

LE VÉRITABLE THAPSIA

doit porter les Signatures

Ch. Le Perdriel — Reboulleau

Veuillez les exiger pour éviter les accidents.

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

(Amers et ferments digestifs.)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^ies^.

79

PILULES SUISSES

(Pilules de coloquinte composées)
PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

33

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

73

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

241

POUDRE PURGATIVE DE ROGÉ

Approbation de l'Académie de médecine de Paris

« *Ce médicament, par son goût agréable, est un puissant moyen de vaincre la répugnance d'un grand nombre de malades pour les purgatifs; il n'occasionne ni soif, ni coliques, et, par conséquent, on peut dire de lui qu'il agit sûrement et agréablement.* »

(Extrait du rapport du Prof^r^ SOUBEIRAN à l'Académie de médecine.)

« **La Poudre de Rogé** *peut, dans presque tous les cas, remplacer les autres purgatifs salins.* » (Prof^r^ BOUCHARDAT.)

Avec un flacon de **Poudre de Rogé,** facile à emporter avec soi, on peut préparer partout, au moment du besoin, une limonade agréable contenant 50 grammes de citrate (pur) de magnésie. — La **Poudre de Rogé** se conserve indéfiniment, sans altération. — Pour l'emploi, verser le contenu du flacon dans une demi-bouteille d'eau; laisser en contact pendant quelques heures, ou mieux, du soir au matin; boucher la bouteille si l'on désire une limonade gazeuse.

Fabrication et gros : 19, rue Jacob, Paris, Maison L. FRERE. — *Détail* : 9, rue du Quatre-Septembre, et dans la plupart des Pharmacies.

NOTA. — La véritable **Poudre de Rogé** ne se vend qu'en flacons scellés à chaque extrémité d'un cachet imprimé en quatre couleurs.

PRIX DU FLACON : **2** FRANCS.

25

PEPTONATE DE FER ROBIN

OU

FER ROBIN ASSIMILABLE

Admis dans les hôpitaux de Paris
Présenté à l'Académie, en 1885, par Berthelot.

Le seul obtenu à l'état de véritable sel ferrugineux, en gouttes concentrées.

DOSE : 10 à 20 gouttes par repas.
DÉTAIL : Dans toutes les Pharmacies.

82

BLENNORRHAGIE — CYSTITE
CATARRHES AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac,* ni *renvois,* ni *diarrhée,* ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

75

PILULES, SOLUTION, SIROP,

VIN DE ROBIQUET
Au Pyrophosphate de Fer
APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prescrit contre l'*Anémie, Chlorose, Rachitisme, Scrofule,* etc.; il restitue à la *constitution des Os, des Nerfs et du Sang* le FER et le PHOSPHORE trop rapidement éliminés par les sécrétions.

Exiger s^r^ l'étiquette la SIGNATURE **E. ROBIQUET.**
A Paris, DETHAN, ph^ien^, et t^tes^ les pharmacies.

96

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON
Exiger la source du **Pavillon.**

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

43

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

Rigollot

19

PHTHISIE, TUBERCULOSES

BRONCHITES, CATARRHES

LES CAPSULES COGNET

à l'Eucalyptol *ABSOLU* **iodoformo-créosoté**
constituent dans l'état actuel de la science
L'ANTIBACILLAIRE PAR EXCELLENCE
Paris, 4, rue de Charonne, et toutes ph^ies^.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.
Contre **CONSTIPATION**
hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.
NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

72

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.
4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50^gr^. . . . *5 fr.*
1/2 étui de 10 cachets . . . . *2 fr. 50*
Ph^ien^ ⁂, 2 *bis,* r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

22

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD
Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge. (Ech. f^o^).

37

DRAGÉES GRIMAUD

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE
14 récompenses.
INCONTINENCE D'URINE
Chlorose, Troubles utérins.
5 fr. dans t^tes^ Ph^ies^. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE
au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE
Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.
5 fr. dans t^tes^ Ph^ies^. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

N° 114. — SAMEDI 4 OCTOBRE 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 4 OCTOBRE 1890. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » . — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les phénomènes chimiques de la dyspepsie gastrique, d'après les recherches de M. le professeur G. Hayem.

Par le docteur Albert Mathieu,

Ancien chef de clinique médicale à la Faculté.

I

L'étude de la dyspepsie a subi, depuis quelques années, une véritable révolution. On ne s'est plus contenté d'enregistrer les sensations éprouvées par le malade, on a exploré l'estomac, intus et extra ; au cours de la digestion, on a examiné son contenu et on a cherché à apprécier dans quelle mesure les aliments avaient subi une élaboration normale, dans quelle mesure le suc gastrique sécrété était capable de remplir son rôle physiologique. On a substitué, en somme, l'étude directe, méthodique, des phénomènes, aux dissertations théoriques et hypothétiques, basées exclusivement sur des phénomènes subjectifs ou superficiels. L'emploi de la sonde gastrique et des réactifs colorants a marqué un progrès véritable. Grâce à ces réactifs, on a pu se rendre compte que les variations de l'acidité du contenu stomacal pouvaient être dues non seulement à la présence des acides de fermentation, mais aussi à l'augmentation ou la diminution de l'acide chlorhydrique. Comme on s'est aperçu que la pepsine existait à peu près toujours en quantité suffisante pour les besoins de la peptonisation des substances albuminoïdes, on en est arrivé même à attribuer à l'acide chlorhydrique une importance primordiale et Ewald a pu dire que la quantité d'acide chlorhydrique contenu dans l'estomac au cours de la digestion pouvait servir de mesure au pouvoir digestif du suc gastrique. Les recherches de M. Hayem démontrent, comme nous le verrons plus tard, que l'acidité chlorhydrique de l'estomac est attribuable, en réalité, non seulement à l'acide chlorhydrique libre, qui ne s'y trouve qu'en quantité relativement minime, mais aussi à l'acide chlorhydrique combiné aux substances albuminoïdes.

Malgré cela, les réactifs colorants ont rendu de véritables services et on peut les utiliser encore, à condition toutefois d'interpréter convenablement leurs résultats, et de ne leur demander que les renseignements qu'ils peuvent fournir.

Dans une précédente Revue (1), publiée ici-même, nous avons montré où l'on en était à cette époque, et quels étaient ceux de ces réactifs qui méritaient le plus la confiance des médecins. Dans une thèse récente, M. Gaston Lyon a exposé, avec grand soin, tout ce qui concerne la technique et les applications cliniques de l'analyse du suc gastrique. On trouvera dans son travail (2), très complet et très consciencieux, tous les renseignements voulus à cet égard : nous n'y reviendrons pas nous-même, nous proposant exclusivement d'exposer ici le procédé d'examen du suc gastrique usité par M. le professeur Hayem, et les résultats auxquels l'a amené la mise en œuvre de cette méthode nouvelle d'analyse.

Les réactifs colorants, si utiles qu'ils aient été, et qu'ils puissent l'être encore, ne fournissent, en effet, que des données approximatives, soit au point de vue qualitatif, soit au point de vue quantitatif. Lorsque, avec eux, on obtient un résultat positif, cela indique la présence seulement de l'acide chlorhydrique libre, mais non de l'acide chlorhydrique combiné. D'autre part, le titrage par les procédés chimiques ordinaires ne fournit qu'un total attribuable à la somme de facteurs divers : acide chlorhydrique libre, acide chlorhydrique combiné, phosphates acides et acides de fermentation.

Il est difficile de juger, par les réactifs colorants, dans quelle mesure les acides de fermentation interviennent dans cette acidité totale. Tout au plus, peut-on dire qu'il semble y avoir prédominance de l'acide chlorhydrique ou des acides de fermentation. Quand l'acide chlorhydrique est en quantité élevée, il semble masquer les acides de fermentation, et réciproquement. Les phosphates acides sont en quantité négligeable (Hayem).

Dans ces conditions, il eût été extrêmement précieux de posséder une méthode susceptible de donner des renseignements précis, chimiquement exacts, sur les acides de l'estomac et, en particulier, sur l'acide chlorhydrique et ses dérivés organiques qui y jouent un rôle d'une si grande importance.

(1) A. Mathieu. Les phénomènes chimiques de la dyspepsie gastrique, *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 205.

(2) G. Lyon. *L'analyse du suc gastrique, sa technique, ses applications cliniques et thérapeutiques*, 1890. — Paris, G. Steinheil.

Leo et Sjœqvist se servent de procédés d'analyse qui ont une réelle valeur. Sjœqvist dose l'acide chlorhydrique par le chlorure de baryum; Leo se sert du carbonate de calcium, et son procédé, assez rapide, permet d'évaluer l'acidité due aux acides gras, à l'acide chlorhydrique et aux phosphates acides. M. Bourget s'est servi du procédé de Sjœqvist modifié. Toutefois, on n'obtient encore ainsi que l'acide chlorhydrique libre.

La méthode, récemment proposée par MM. Hayem et Winter, a sur les précédentes un avantage considérable; elle permet d'évaluer d'un seul coup, par une seule opération, la quantité de chlore total contenu dans le suc gastrique, le chlore de l'acide chlorhydrique libre, le chlore combiné aux substances albuminoïdes et le chlore des chlorures fixes. Si l'on a eu soin de rechercher d'abord l'acidité totale, on peut en conclure, par simple différence, les phosphates acides étant négligeables, ce qui revient aux acides de fermentation. On a ainsi, d'un seul coup, les données principales du processus chimique de la digestion chlorhydro-peptique, du *chimisme* stomacal (1).

Ce procédé nouveau a été exposé par M. Hayem dans une série d'articles publiés par le *Bulletin médical*, dans son cours de l'École de médecine, fait cette année sur la médication anti-dyspeptique, et dans une récente communication à la Société médicale des hôpitaux (2).

Par la présente Revue, nous nous proposons de faire connaître à nos lecteurs cette importante méthode, les résultats très intéressants qu'elle a donnés déjà, et ce qu'on peut en attendre pour l'avenir. Si elle ne fait pas table rase des données antérieures, on peut dire cependant qu'elle réalise un progrès considérable dans nos connaissances sur les phénomènes chimiques de la dyspepsie gastrique.

II

La méthode nouvelle comporte un repas d'épreuve, l'extraction du contenu stomacal, le dosage de l'acidité totale et le dosage du chlore dans ses divers états de combinaison.

Le *repas d'épreuve* est, on le sait, absolument indispensable. La muqueuse gastrique normalement ne fonctionne pas à jeun, elle ne sécrète de suc actif que sous l'influence de l'excitation produite par la présence des aliments. Il est donc nécessaire, lorsqu'on veut étudier le suc gastrique, de le faire pendant la période de digestion, et, si l'on veut que les résultats obtenus soient comparables, de faire prendre, aux personnes que l'on se propose d'examiner, la même quantité des mêmes aliments, et de procéder à l'extraction du contenu stomacal, un temps égal après l'ingestion. On comprend que l'on puisse modifier ces conditions et obtenir ainsi des renseignements d'autant plus intéressants, qu'ils sont variés. M. Hayem, voulant surtout avoir des données comparables chez les divers malades, a toujours procédé de la même façon. Il se sert du repas d'épreuve conseillé par Ewald. Ce repas se compose d'un quart de litre de thé noir, sans sucre ni crème, et de 60 grammes de pain rassis. « On fait prendre ce repas le matin, à jeun, après s'être assuré que, dans ces conditions, l'estomac est vide, puis on l'extrait au bout d'une heure, sans addition de liquide [par expression (1)], en comptant le temps à partir du moment où le repas a commencé. Si l'estomac n'est pas vide, le matin, on pratique le lavage et on fait prendre le repas d'épreuve après un repos d'une heure et demie à deux heures. »

Le liquide obtenu est filtré. On dose son acidité à l'aide d'une solution déci-normale de soude. Il est bon aussi d'en faire l'essai par les réactifs colorants de l'acide chlorhydrique. On procède alors au dosage du chlore par la méthode imaginée par M. Winter.

« On prélève sur le liquide filtré (2) *trois fois* 5 centimètres cubes que l'on distribue dans trois capsules : *a*, *b*, *c*. Dans *a*, on verse un excès de carbonate de soude pur. On porte, à l'étuve à 100 degrés ou au bain-marie, les trois capsules ainsi préparées.

Après dessiccation, on porte *a*, progressivement et avec précaution, au rouge sombre naissant, en évitant les projections et en ne dépassant pas cette température. Pour hâter la destruction des matières organiques et diminuer l'action de la chaleur, on agite fréquemment avec une baguette de verre. On cesse de chauffer dès que la masse, ne présentant plus de points en ignition, devient pâteuse par un commencement de fusion du carbonate de soude. L'opération ne doit durer que quelques minutes, et la calcification être juste suffisante pour fournir une solution blanche. Après refroidissement, on ajoute de l'eau distillée et un léger excès d'acide nitrique pur; on fait bouillir pour chasser l'excès d'acide carbonique, on ramène alors la solution à la neutralité, ou même à une très légère alcalinité par addition de carbonate de soude. On est d'ailleurs averti que cette dernière limite est atteinte par une abondante précipitation, à chaud, de sels calcaires entraînant tout le charbon.

Après filtration sur papier Berzélius et lavage du résidu à l'eau bouillante, on réunit toutes les liqueurs et on dose le chlore à l'aide de la solution déci-normale de nitrate d'argent, en présence du chromate neutre de potasse.

L'addition, comme il est dit plus haut, d'un très léger excès d'acide nitrique, favorise la pénétration et la dislocation du résidu charbonneux empâté de carbonate de soude. L'addition finale de carbonate de soude, en très léger excès, exalte, sans la gêner, la sensibilité de la réaction indicatrice. En opérant comme il vient d'être dit, et en s'entourant de toutes les précautions nécessaires en pareil cas, on obtient des résultats absolument constants avec un même liquide; la sensibilité de la méthode au chromate d'argent est d'ailleurs extrême.

Le nombre fourni par *a*, et exprimé en acide chlorhydrique, représente la totalité du chlore contenu dans le liquide stomacal.

---

(1) La pepsine, nous l'avons dit, existe en quantité suffisante dans la grande majorité des cas; on peut donc, en pratique, ne pas s'en occuper. Du reste, il est toujours facile de s'assurer de sa présence par des digestions artificielles. (Voir, sur ce point particulier, notre précédente Revue.)

(2) G. Hayem et Winter. Recherches sur le chimisme stomacal à l'état normal et à l'état pathologique, *Bulletin médical*, 1889, nº 95; 1890, nºs 8 et 54. — G. Hayem. Du chimisme stomacal considéré comme élément de diagnostic et comme source d'indications thérapeutiques. (Société médicale des hôpitaux, 18 juillet 1890; — *Cours de thérapeutique médicale*, 1890, inédit.)

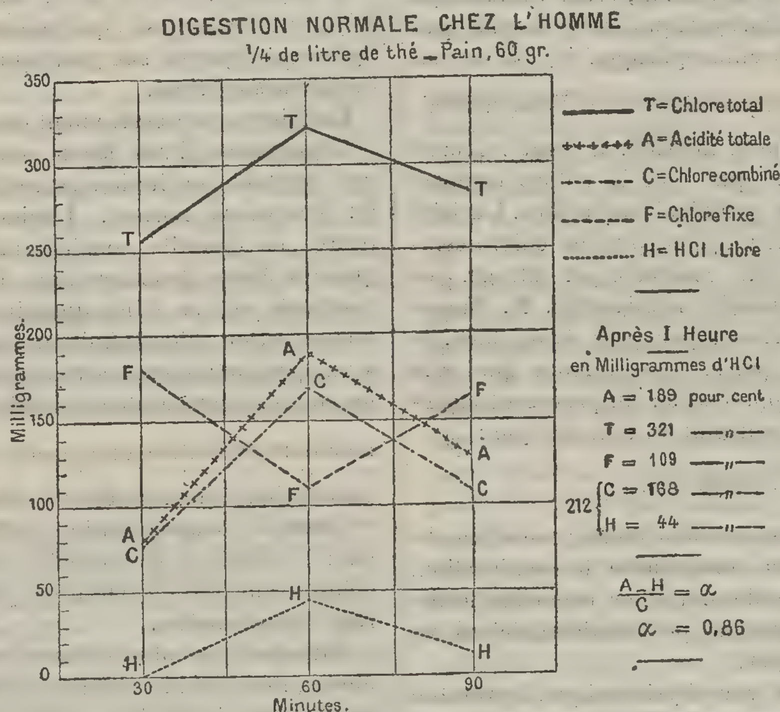
(1) Pour extraire le contenu de l'estomac par le procédé dit de l'expression, on introduit, par l'œsophage, une sonde de Debove, puis lorsque l'on est certain que son extrémité inférieure a dépassé le cardia, on commande au malade de tousser, et, le plus souvent alors, des jets de liquide gastrique sont projetés par la sonde. Quelquefois, si la quantité de liquide contenu dans l'estomac est assez considérable, le siphon se trouve amorcé et la poche stomacale se vide ainsi de son contenu.

(2) Hayem et Winter. *Bulletin médical*, 1889, p. 1467.

b. Après une évaporation à 100 degrés, prolongée d'une durée d'une heure, après disparition de tout le liquide, on y verse un excès de carbonate de soude ; on évapore à nouveau et on achève comme ci-dessus.

Le nombre fourni par *b* représente tout le chlore, moins celui qui a été chassé par l'évaporation prolongée à 100 degrés, c'est-à-dire moins l'acide chlorhydrique libre : *a* — *b* = acide chlorhydrique libre. Par l'évaporation au bain-marie à 100 degrés, on obtient d'ailleurs les mêmes résultats qu'à l'étuve à 110 degrés. Mais si l'on dépasse quelque peu cette dernière température, la masse dégage des fumées blanches et les résultats changent. Aussi pour avoir des résultats absolument constants, faut-il préférer l'évaporation prolongée à 100 degrés.

Dès que la portion *c* est desséchée, on la calcine avec ménagement sans aucune addition. En écrasant le charbon, on hâte la fin de l'opération qui, pour être suffisante, n'exige que fort peu de temps. Ici surtout, toute surélévation de température doit être évitée. On s'arrête dès que le charbon est devenu bien sec et friable. Je me sers d'une capsule assez profonde, dont le fond seul est léché par la flamme du bec, et dont la partie supérieure est garantie par une toile métallique. Après refroidissement, on achève comme ci-dessus. Le chlore trouvé représente le chlore des chlorures fixes; *b* — *c* indique par conséquent le chlore perdu pendant la calcination ménagée du résidu, c'est-à-dire le chlore *combiné* aux matières organiques et à l'ammoniaque. De nombreux dosages comparatifs m'ont appris qu'en opérant de la sorte on n'éprouve pas, par le fait de la dissociation, de pertes appréciables de chlorures fixes. »



Nous avons tenu à donner *in extenso* cette méthode de dosage du chlore. Les progrès réalisés dans la connaissance de la dyspepsie chimique sont liés à cette technique même; la valeur des données exposées dépend directement de sa valeur scientifique. On voit, et c'est là le point capital de ce procédé nouveau, que par ces manœuvres successives, assez simples en somme, on détermine le taux : 1° du chlore total; 2° du chlore existant sous forme d'acide chlorhydrique libre; 3° du chlore combiné aux substances azotées; 4° du chlore à l'état de chlorures fixes (chlorures alcalins, alcalino-terreux). Le titrage déci-normal a permis déjà d'apprécier l'acidité totale.

Par la comparaison de ces facteurs exprimés en acide chlorhydrique, on obtient des données importantes sur le processus chimique de la digestion chlorhydro-peptique, soit à l'état normal, physiologique, soit à l'état pathologique.

III

Voyons tout d'abord ce qui se passe à l'état normal. Les chiffres obtenus doivent servir d'étalon ; c'est en y comparant ceux que fournit l'étude des cas pathologiques que l'on pourra juger des déviations subies par le chimisme stomacal.

Si l'on examine et analyse le suc gastrique à plusieurs reprises, à intervalles égaux (trente minutes) après l'ingestion du repas d'épreuve, on peut construire des courbes qui donnent d'un coup d'œil le processus normal de la digestion chlorhydro-peptique.

Cette digestion fait des progrès très grands entre trente et soixante minutes ; elle atteint alors son maximum, c'est-à-dire que les chiffres redeviennent à peu près ce qu'ils étaient au bout de la première demi-heure ; la digestion est à peu près complètement terminée. C'est donc au bout d'une heure que la comparaison devra être faite.

Comment procèdent, comment évoluent les divers facteurs fournis par l'analyse ? Trois d'entre eux s'élèvent rapidement, presque parallèlement : le chlore total, l'acidité totale, le chlore combiné aux substances organiques. L'acide chlorhydrique libre s'élève peu. On peut donc en conclure que l'acidité totale du suc gastrique ne lui est pas due ; cette acidité, pour la plus grande part, est attribuable au chlore combiné aux substances azotées, sous une forme très analogue probablement à ce qu'on appelle les acides amidés. Chose importante, les chlorures fixes vont au contraire en diminuant. Ils descendent à peu près dans la même mesure que s'élèvent l'acide chlorhydrique libre et le chlore combiné aux substances d'origine albuminoïde. La conclusion s'impose, c'est que ce sont ces chlorures qui fournissent les acides chlorés, que ces acides existent sous forme d'acide chlorhydrique ou d'acides amidés, de combinaisons acides ou chlorhydro-azotées. La sécrétion gastrique est donc une sécrétion chlorurée. L'acide chlorhydrique qui en dérive se combine ensuite, *à l'état naissant,* aux substances azotées, une petite partie seulement reste à l'état d'acide chlorhydrique libre. Si l'on veut mesurer l'intensité, la valeur de la digestion, ce qui importe le plus, ce n'est donc pas l'acide chlorhydrique libre, mais le chlore uni aux substances azotées sous forme de combinaisons acides.

Ces combinaisons, qui fournissent la plus grande partie de l'acidité totale, sont certainement extrêmement variables; elles forment sans doute une échelle progressive dont on ne peut que soupçonner les degrés successifs.

Quoi qu'il en soit, voici les chiffres moyens obtenus au bout d'une heure, et qui servent à M. Hayem de point de

repère et de terme de comparaison. Ils sont exprimés en milligrammes d'acide chlorhydrique, chez l'homme, et pour 100 centimètres cubes.

Acidité totale.	A = 189 p. 100.	
Chlore total	T = 321	—
Chlore fixe	F = 109	—
Chlore combiné (1).	C = 168	—
Acide chlorhydrique libre. . . .	H = 44	—
	H + C = 212	—

Il est extrêmement important de comparer l'acidité attribuable au chlore combiné, à l'acidité totale diminuée de l'acidité due à l'acide chlorhydrique libre ; de rechercher, en somme, quelle est la valeur de $\frac{A-H}{C}$. Si tout le chlore combiné existait sous forme de produits acides, conservant dans leur intégrité, dans leur totalité, leur fonction acide, en l'absence d'acides de fermentation, toute l'acidité qui n'est pas due à l'acide chlorhydrique libre devrait être égale à C exprimé en acide chlorhydrique, et l'on devrait avoir $\frac{A-H}{C}=1$. Il n'en est pas ainsi, et, à l'état normal, le quotient obtenu est toujours inférieur à l'unité. Cela ne peut s'expliquer que parce que tout le chlore combiné n'existe pas sous forme de combinaisons acides. L'acidité est partiellement saturée. Il y a donc plus de chlore combiné que n'en révèle l'acidité constatée par titrage. Les phosphates acides sont quantité négligeable. M. Hayem admet qu'il est à l'état normal à peu près égal à 0,86. Ce quotient, il le représente par α. Nous verrons quel rôle important il joue dans l'appréciation du processus chlorhydro-peptique. Il faut se souvenir en tout cas que :

$$\frac{A-H}{C}=0{,}86=\alpha.$$

Ces notations algébriques sont donc d'une grande simplicité, il est très facile d'en comprendre la signification. Elles ont le grand avantage de simplifier beaucoup le discours. Les médecins, en général peu mathématiciens, ne doivent donc pas s'en effrayer.

En tout cas, au point de vue physiologique, le résultat le plus important des recherches de MM. Hayem et Winter, c'est que l'acidité gastrique est due pour la plus grande part aux combinaisons acides du chlore, et non à l'acide chlorhydrique libre ; et que les produits acides azotés et l'acide chlorhydrique sont fournis, sans doute, par une sécrétion chlorurée de la muqueuse gastrique.

A l'état pathologique, la sécrétion chlorurée peut s'altérer, et les combinaisons acides du chlore se faire d'une façon vicieuse. En mesurant cette sécrétion chlorurée et les produits acides qui en dérivent, on mesure la déviation pathologique de la digestion des albuminoïdes, la dyspepsie que l'on pourrait appeler chlorhydro-peptique.

IV

Les auteurs qui se sont servis des réactifs colorants pour étudier les phénomènes chimiques de la dyspepsie stomacale, ont attribué une importance primordiale aux variations de l'acide chlorhydrique libre. Le pouvoir digestif de l'estomac paraissait mesuré par la quantité d'acide chlorhydrique disponible. De là les dénominations ingénieuses d'hyperchlorhydrie et d'anachlorhydrie employées par M. le professeur G. Sée. Pour M. Hayem, il s'agit bien encore d'une acidité d'origine chlorhydrique, mais non de l'acide chlorhydrique libre. L'acide chlorhydrique libre ne contribue que pour une part minime, dans le plus grand nombre des cas, à l'acidité totale. De plus, dans les cas mêmes où les réactifs colorants n'indiquent plus la présence de l'acide chlorhydrique, il existe encore des composés chlorés, des combinaisons azotées du chlore, sans doute très voisines des combinaisons acides comparables aux acides amidés. Si la dénomination d'hyperchlorhydrie peut être encore justifiée dans quelques cas, il n'en est pas de même de l'anachlorhydrie, puisque l'on ne constate que très exceptionnellement l'absence du chlore combiné.

M. Hayem préfère se servir des expressions hyperpepsie, hypopepsie et apepsie, qui indiquent que le pouvoir chlorhydro-peptique du suc gastrique se trouve exalté, diminué ou même supprimé.

Examinons successivement ces possibilités diverses.

L'*hyperpepsie*, d'une façon générale, est constituée par une véritable excitation sécrétoire, mais avec déviation du processus normal. L'acide chlorhydrique libre se trouve en quantité considérable. Il y a également une quantité élevée de chlore total. D'autre part, les chlorures combinés sont en faible quantité. Il y a donc, en résumé, une sécrétion chlorurée d'une richesse exagérée ; mais il y a une production excessive d'acide chlorhydrique libre, et les combinaisons azotées du chlore sont en quantité faible. Le chlore est utilisé d'une façon vicieuse. Le rapport $\frac{A-H}{C}$ est inférieur à la normale, la digestion est mauvaise.

Quand il y a amélioration, le facteur C (chlore combiné) tend à revenir à la normale. Souvent alors les malades n'éprouvent plus de sensation pathologique et se considèrent comme guéris.

Dans des types plus atténués encore, l'acidité totale reste élevée, mais l'acide chlorhydrique tombe à la normale. Il peut même descendre au-dessous. Le chlore combiné (C) revient également à la normale. On peut, dans ces conditions, voir paraître des acides de fermentation qui augmentent sensiblement le taux de l'acidité totale. Dans ces cas, l'acide chlorhydrique libre est, en général, en quantité faible. Il n'est pas impossible, cependant, de voir des acides de fermentation exister en quantité élevée avec une véritable hyperchlorhydrie. La chose est cependant rare. On sait, du reste, que l'on attribue à l'acide chlorhydrique libre un pouvoir antifermentescible d'une certaine intensité.

Toutefois, on peut encore faire rentrer dans la série hyperpeptique les cas dans lesquels, en retranchant de l'acidité totale l'acidité due à des acides de fermentation, on a encore une acidité chlorée supérieure à la normale.

L'établissement de l'*hypopepsie* repose sur les valeurs de A, de H et de α, c'est-à-dire sur le taux de l'acidité totale, sur la quantité de l'acide chlorhydrique libre, et sur la valeur du rapport $\frac{A-H}{C}$. On sait que M. Hayem écrit $\frac{A-H}{C}=\alpha$ (1).

(1) Chlore combiné aux substances azotées, sous forme de combinaisons acides, capables de jouer, vis-à-vis des bases, le rôle de véritables acides, de combinaisons analogues aux acides amidés. Par abréviation, M. Hayem dit toujours *chlore combiné*; nous emploierons la même expression. Il importe de ne pas perdre de vue ce qu'elle représente.

(1) Nous avons indiqué précédemment, à propos de l'état physiologique, les notations employées par M. Hayem. Nous avons donné en

L'acidité totale est diminuée. L'acide chlorhydrique libre peut être en quantité normale, et même légèrement augmenté, mais en général il est diminué, il peut même tomber à zéro. Dans certains cas, le fait principal est la diminution de l'acide chlorhydrique libre. Dans des cas plus graves, le rapport $\frac{A-H}{C}$ tombe de beaucoup au-dessous de la normale et, nous l'avons dit, cela doit s'expliquer par la qualité vicieuse de C, du chlore en combinaison azotée. Les combinaisons du chlore et des substances d'origine albuminoïde ne se font plus sous la forme ordinaire. La digestion chlorhydro-peptique donne naissance à des produits anomaux, viciés; il y a mauvaise élaboration, utilisation défectueuse des albuminates. Il faut dire, du reste, que le plus souvent le chlore total est inférieur à la normale; la sécrétion gastrique est quantitativement et qualitativement abaissée.

Dans quelques cas particuliers, le quotient α est de beaucoup supérieur à la normale. Il y a des fermentations anomales qui donnent lieu à des produits acides (acides lactique, butyrique, formique, acétique, etc.); mais dans ces conditions, l'acidité due à l'acide chlorhydrique est inférieure à la normale, contrairement à ce qu'on rencontre dans quelques cas d'hyperpepsie avec hyperchlorhydrie.

Il y a, cela va de soi, des degrés dans l'hypopepsie. C'est ainsi que l'on peut distinguer des cas dans lesquels l'acidité totale, en dehors des fermentations acides, est supérieure, et d'autres dans lesquels elle est inférieure à 0,10 p. 100.

Enfin, il peut y avoir *apepsie*, la sécrétion chlorée est diminuée, (T —); l'acidité totale est nulle, l'acide chlorhydrique nul, le chlore combiné nul, $\alpha = 0$; la digestion est nulle. On ne trouve dans l'estomac qu'une petite quantité d'un liquide peu riche en chlore, et ce chlore n'est nullement utilisé pour la digestion.

même temps les chiffres que M. Hayem considère comme normaux. Lorsqu'il obtient, dans l'examen des cas pathologiques, des chiffres supérieurs, normaux, ou inférieurs, il l'indique dans ses formules abréviatives par les signes +, = et —, et il écrit par exemple A +, A =, A —, suivant que l'acidité totale est supérieure, égale ou inférieure à 189 milligrammes p. 100 (en acide chlorhydrique). Il lui est donc facile de représenter les divers cas par des formules d'une lecture très simple. Nous avons cependant évité de reproduire ces formules, parce que nous savons combien les médecins, en général, reculent facilement devant ce qui présente l'aspect d'une notation algébrique. Notre but est avant tout de faire connaître les beaux travaux du laboratoire de M. Hayem. Nous avons dû nous borner aux généralités, aux résultats principaux et éviter d'entrer trop intimement dans les détails. Nous ne saurions trop engager ceux qu'intéressent la question et la façon de voir si nouvelle de M. Hayem, à se reporter aux travaux dans lesquels il a lui-même exposé sa méthode et les résultats déjà acquis.

Nous ne pouvons cependant nous dispenser d'insister ici sur l'importance attribuée au rapport $\frac{A-H}{C}$, c'est-à-dire à α. A — H, c'est l'acidité totale diminuée de l'acide chlorhydrique libre. C représente le chlore en combinaison azotée, combinaison surtout acide. α à l'état normal $= 0{,}86$. A l'état pathologique, α peut monter notablement au-dessus ou descendre notablement au-dessous de 0,86. On peut avoir par exemple $\alpha = 1{,}50$, même 2. Qu'est-ce que cela indique? Forcément que, lorsqu'on a retranché l'acidité due à l'acide chlorhydrique libre, il persiste un élément acide qui est encore notablement supérieur à C, au chlore en combinaison acide, azotée. Les phosphates acides étant quantité négligeable, il ne peut s'agir que d'acides de fermentation. Il est facile de déterminer dès lors quelle est l'importance de ces acides anormaux.

Si, au contraire, α est inférieur à 0,86 (α —), c'est que l'acidité due aux combinaisons azotées acides du chlore entre pour une faible part dans l'acidité totale. Le chlore combiné C peut exister en quantité considérable, mais les produits acides n'ont, contrairement à l'état physiologique, qu'une faible part dans ces combinaisons azotées. Il y a tendance à la saturation, à l'alcalinité de ces produits, dont la composition, la structure chimique se rapproche sans doute de celle des ammoniaques composés : c'est là une utilisation vicieuse de la sécrétion chlorée de la muqueuse stomacale. On voit par là quelle importance considérable prend le quotient α.

V

Dans tout cet exposé, nous ne nous sommes occupé que des faits chimiques; la classification qui précède est donc exclusivement chimique: mais il est impossible de faire abstraction des autres éléments. L'estomac n'est pas seulement le siège de phénomènes chimiques; il est aussi un organe moteur qui doit triturer, brasser les aliments, et, finalement, les chasser dans l'intestin à travers le pylore. L'estomac peut devenir le siège de sensations douloureuses. Enfin, les phénomènes gastriques peuvent retentir à distance, soit par voie réflexe, soit parce que des produits anomaux sont versés dans la circulation, soit parce que les substances nutritives, en particulier les substances albuminoïdes, ont subi une élaboration incomplète ou vicieuse. De là des troubles généraux de la nutrition.

Il n'y a donc pas dans la dyspepsie gastrique que des phénomènes chimiques, il y a aussi des phénomènes moteurs et sensitifs et des manifestations à distance. Dans tout cas de dyspepsie, chacun de ces éléments doit être étudié et mis en ligne de compte. Chacun de ces facteurs doit être envisagé lorsque le fonctionnement de l'estomac est troublé. Il importe donc de rechercher dans quels rapports les phénomènes chimiques sont avec les autres phénomènes dyspeptiques.

Ce n'est pas tout. Le fonctionnement de l'estomac est altéré dans un grand nombre de conditions différentes. Tantôt il s'agit d'une maladie générale, tantôt d'une lésion locale, d'un cancer, d'une gastrite, par exemple. Dans d'autres cas encore le trouble de la digestion gastrique ou gastro-intestinale est le fait le plus frappant, sinon le fait primordial. Bien qu'il n'y ait aucune utilité à conserver les termes de dyspepsie essentielle et de dyspepsie secondaire ou symptomatique, il importe de savoir dans quelle mesure les viciations de la digestion peuvent être mises en rapport avec tel ou tel état morbide général.

Nous allons donc examiner brièvement quels sont les phénomènes moteurs, sensitifs ou à distance qui accompagnent l'hyperpepsie, l'hypopepsie et l'apepsie. Nous verrons ensuite dans quelle mesure ces diverses formes de la dyspepsie stomacale chimique, de ce chimisme défectueux, sont liés aux affections gastriques ou aux maladies générales, dans quelle mesure, par conséquent, leur connaissance peut contribuer à l'établissement d'un diagnostic organique et étiologique. A ce double point de vue, du reste, de nombreuses recherches sont nécessaires, et, bien que les analyses de M. Hayem aient porté sur plus de 150 cas, on ne peut attendre d'une méthode, si nouvelle encore, des conclusions définitives. Pour l'établissement de types nosologiques de dyspepsie, il faut pouvoir comparer de nombreuses observations minutieusement étudiées.

Il peut y avoir augmentation de la quantité de suc gastrique sécrété, soit avec l'hyperpepsie, soit avec l'hypopepsie. Toutefois, en général, dans l'hypopepsie, on trouve une faible quantité de suc gastrique, et, assez souvent, de suc gastrique riche en mucus qui filtre très lentement. Ce suc gastrique est donc insuffisant à la fois quantitativement

et qualitativement. Les aliments sont insuffisamment humectés par un liquide d'un faible pouvoir digestif. La dilatation de l'estomac est fréquente chez les hypopeptiques. Elle est la règle dans l'hyperpepsie, et, si tous les dilatés ne sont pas hyperchlorhydriques, on peut dire en revanche que presque tous les hyperchlorhydriques sont dilatés.

Les phénomènes douloureux sont très variables ; ils sont assez prononcés chez bon nombre d'hyperpeptiques. On sait que dans l'hyperchlorhydrie, on leur avait attribué un rôle important ; chez ces malades, la douleur survient deux ou trois heures après le repas. Souvent elle se montre la nuit, de minuit à deux heures du matin. Elle consiste dans une sensation de brûlure, dans une sensation de plaie interne, et quelquefois elle n'est pas sans analogie avec la douleur si vive de l'ulcère rond. Cette douleur épigastrique est soulagée par l'ingestion d'aliments ou d'une certaine quantité de liquide. Les alcalins la calment, le plus souvent, très bien. Un certain nombre de malades provoquent le vomissement pour se débarrasser du contenu irritant de l'estomac. Les sensations de pyrosis sont fréquentes ; le liquide gastrique est tellement acide qu'il agace les dents, et produit dans la bouche la sensation d'un liquide fortement vinaigré.

Les hyperpeptiques de M. Hayem comprennent évidemment les hyperchlorhydriques d'hier.

Les hyperpeptiques des types atténués n'ont quelquefois pas de sensations douloureuses ; quelquefois ce sont des dyspeptiques qui, ne souffrant plus, se croient guéris. Ceux d'entre eux qui présentaient en même temps des fermentations secondaires marquées, étaient tous des névropathes.

Les hypopeptiques sont également souvent des névropathes. Souvent chez eux l'appétit est diminué, et il semble que ce phénomène soit lié à l'insuffisance digestive de leur suc gastrique. Chez les hyperchlorhydriques, on le sait, la faim est souvent vive. La viande est l'aliment préféré. Il y a souvent même des sensations pénibles de fausse faim ou de faim douloureuse, parfois accompagnée de malaise général et de céphalalgie.

Les sensations éprouvées par les malades, le retentissement à distance, les phénomènes généraux, la cachexie, par exemple, ne sont nullement proportionnés à la dépréciation de la sécrétion gastrique, à l'affaiblissement du pouvoir chlorhydropeptique de l'estomac. C'est ainsi que les apeptiques de M. Hayem, qui étaient tous des femmes, se plaignaient peu de leur estomac. Leurs forces étaient assez conservées pour qu'elles pussent aller et venir, vaquer à leurs occupations. L'embonpoint était conservé. Que faut-il en conclure ? Sans doute que l'intestin venait en aide à l'estomac insuffisant, et que la digestion des albuminates se faisait surtout sous l'influence du suc pancréatique.

Dans six cas seulement, le chimisme était normal chez des malades qui se plaignaient de l'estomac et qui présentaient des phénomènes neurasthéniques assez accentués. Dans tous les autres cas semblables, il y avait quelque déviation du chimisme stomacal. La dyspepsie nervomotrice pure serait donc relativement rare. Cela ne signifie nullement, du reste, que les phénomènes nervo-moteurs n'aient pas une grande importance ; seulement, ils seraient le plus souvent liés à des troubles de la sécrétion et de l'action digestive du suc gastrique.

M. Hayem, dans ces conditions, fait ses réserves sur les relations des accidents d'ordre névropathique et de la dyspepsie. Ce n'est pas, toutefois, qu'il n'attribue une importance très grande au retentissement à distance de la dyspepsie. Il pense, au contraire, que si l'élaboration des albuminoïdes est vicieuse, l'organisme doit réparer ses pertes, se nourrir avec des produits anomaux, frelatés par ce chimisme anomal. De là, des états de véritable diathèse, sinon de cachexie, qui peuvent se traduire par des phénomènes très variables. C'est ainsi que, dans plusieurs cas de purpura, il y avait des phénomènes de dyspepsie chimique de l'estomac. C'est donc l'idée de Beau établie, non plus sur des conceptions purement imaginatives, mais basée sur une donnée positive. On sait que M. le professeur Bouchard attribue une importance considérable à la dilatation de l'estomac ; il fait jouer le principal rôle aux substances toxiques, aux produits de fermentation secondaire versés dans la circulation. Avec M. Hayem, la dilatation passe au second plan, mais la viciation du chimisme gastrique n'en aurait pas moins un retentissement fâcheux sur l'organisme tout entier. Les cellules recevraient, en effet, une alimentation anomale, des matériaux de réparation mal élaborés, peut-être même toxiques, nuisibles en tout cas.

A propos de la neurasthénie et de la dyspepsie nervomotrice, la question a été bien des fois posée. Est-ce la gastropathie, est-ce la neuropathie qui a commencé ? Bien que personnellement, à l'exemple de M. Charcot, nous ayons tendance à croire que bien des troubles gastriques sont sous la dépendance de la neurasthénie, nous pensons cependant que les deux opinions ne sont pas absolument inconciliables. On se représente très bien qu'il y ait à la fois, sous l'influence de la même cause centrale, du même état de neuropathie primitive, à la fois des troubles de motricité et de sécrétion stomacales. L'estomac qui fonctionne mal, influence à son tour le système nerveux, de là, un véritable cercle vicieux.

Quoi qu'il en soit de cette question théorique, il est intéressant d'examiner quels sont les cas dans lesquels M. Hayem a constaté des troubles du chimisme stomacal.

L'hyperpepsie a été vue dans deux cas de diabète, l'un grave, l'autre léger. Dans un autre cas, il s'agissait d'un tuberculeux, vraisemblablement d'un gastropathique devenu tuberculeux.

Dans la chlorose, c'est habituellement l'hypopepsie que l'on observe, cependant l'hyperpepsie est possible. Elle semble se présenter surtout chez les chlorotiques qui ont pris du fer sous une forme peu assimilable, et chez lesquelles il existe, en conséquence, un degré plus ou moins marqué d'irritation de l'estomac.

Sept cas de cancer de l'estomac ont été examinés. Tous étaient des hypopeptiques au premier, au deuxième, ou au troisième degré. Chez six d'entre eux, l'acide chlorhydrique libre faisait totalement défaut, dans un cas, il y en avait 15 milligrammes p. 100, au lieu de 45, chiffre normal. Il y avait toujours une certaine quantité de chlore combiné, et, le plus souvent, des fermentations anomales.

Dans un cas de gastrite consécutive à l'absorption accidentelle d'acide oxalique, il y avait hyperpepsie avec fermentation anomale. Sur 3 cas de gastrite alcoolique chronique, la quantité d'acide chlorhydrique libre était très faible dans 1 cas ($H = 7$), nulle dans 2 autres. Tous trois étaient des hypopeptiques.

L'hypopepsie symptomatique a été constatée à la suite d'une abondante hémorrhagie puerpérale, chez un cardiaque, chez deux brightiques atteints de sclérose rénale avec albuminurie, et dans un cas de purpura.

Les gastropathies nerveuses sont très fréquentes ; les phénomènes gastriques peuvent être l'expression symptomatique de névropathies très différentes : l'hystérie, la neurasthénie, les psychoses, le tabes, etc. Il est rare, toutefois, que les malades se plaignent de l'estomac sans qu'il y ait quelque trouble appréciable, plus ou moins marqué du chimisme stomacal. Dans l'hystérie, on observe surtout l'hypo-acidité et l'hypopepsie. Dans la neurasthénie, il y a tantôt hyper, tantôt hypo-acidité. Les troubles de cet ordre ne sont pas rares pendant l'adolescence, et ils sont assez souvent alors liés à la chlorose.

L'intensité des troubles nervo-moteurs n'est pas en proportion des troubles chimiques dans ces cas de neuropathie : c'est ainsi qu'une hystérique, atteinte de vomissements incoercibles, présentait un chimisme gastrique à peu près normal.

Dans 6 cas seulement sur 156, le chimisme était à peu normal, et l'on devait admettre la prédominance sinon l'existence exclusive de phénomènes nervo-moteurs.

Il est possible, et la chose est très intéressante, que d'anciens dyspeptiques, guéris au point de vue chimique, conservent exclusivement des troubles moteurs, une dilatation de l'estomac, quelquefois avec un peu d'acide chlorhydrique en excès, quelquefois avec des fermentations anomales.

Il semble, dit M. Hayem, que les neuropathiques présentent une sensibilité particulière, excessive, et que de minimes déviations de l'action stomacale, qui passeraient inaperçues chez d'autres, deviennent chez eux l'occasion de souffrances et de plaintes incessantes.

VI

Si notre exposé a été suffisant, on pensera comme nous que la méthode de MM. Hayem et Winter, et les données qu'elle a dès à présent fournies à la pathologie, présentent une importance et un intérêt très grands. M. Hayem, il faut l'en louer, s'est abstenu de systématiser hâtivement ; il en est encore à la période où l'on recueille les matériaux qui serviront plus tard à l'édification d'un système. De la conception générale de la dyspepsie dérivera une méthode générale de thérapeutique. Le traitement, c'est le but suprême de toutes les recherches médicales. Tant vaut le système, tant vaut le traitement. La prudence dans la conclusion, la réserve dans les applications thérapeutiques, est donc le premier mot de la sagesse médicale.

M. Hayem a parfaitement raison de faire des réserves sur la signification et l'interprétation des faits qu'il a relevés. Il se garde lui-même et il tient à ce qu'on le garde de toute conclusion prématurée.

Il pense cependant, et cela est très légitime, que, dans l'hyperpepsie, il existe un certain degré d'irritation sécrétoire de la muqueuse. Dans l'hypopepsie, au contraire, il y a épuisement momentané ou définitif du pouvoir de sécrétion de cette muqueuse. L'épuisement est naturellement définitif, irréparable lorsqu'il s'agit d'une destruction, inflammatoire ou dégénérative, des glandes de la muqueuse gastrique. L'apepsie est alors incurable.

Dans l'hyperpepsie, moins fréquente que l'hypopepsie, il faut diminuer l'irritation de la muqueuse et instituer, dans ce sens, un régime sévère, qui exclura, par exemple, les mets trop épicés, les liqueurs alcooliques. On usera des eaux alcalines fortes et des révulsifs. Plus tard, lorsque l'irritation fonctionnelle de l'estomac sera atténuée, on aura recours à l'hydrothérapie et à la climatothérapie.

Dans l'hypopepsie, au contraire, il faut exciter l'estomac. On donnera des eaux minérales excitantes (eaux de Pougues, eaux chlorurées sodiques mixtes). On donnera des acides (acide lactique, acide chlorhydrique). M. Hayem se sert beaucoup du képhir qui paraît agir favorablement par l'acide lactique qu'il renferme.

Toutefois, on comprend qu'il faut ménager une muqueuse très malade, une muqueuse dont les glandes sont trop profondément atteintes, et dans les degrés accentués de l'hypopepsie, il conviendra de ne prescrire que le seul régime.

Par contre, dans les degrés légers d'hypopepsie, il y a encore une sécrétion à peu près normale de chlorures et une quantité à peu près normale d'acide chlorhydrique libre et de chlore en combinaison organique acide. Il ne faut pas employer les excitants d'une façon trop hâtive.

En cas de fermentations secondaires acides, on fera des lavages de l'estomac avec des liquides antiseptiques : chlorate de soude à 10/1000ᵉ, acide salicylique à 1/1000ᵉ, acide borique à 30/1000ᵉ.

Souvent alors, après quelques lavages, on verra l'acidité totale diminuée et revenir à la normale, ou reprendre tout au moins sa valeur réelle. L'acidité totale se trouve alors diminuée de l'acidité des acides de fermentation secondaire.

En résumé, les recherches de M. Hayem sont basées sur un ingénieux procédé d'analyse du suc gastrique, imaginé par M. Winter. Ce procédé permet de mesurer et d'apprécier la digestion chlorhydropeptique des substances albuminoïdes. Il semble, dès maintenant, résulter des données acquises que, tantôt il y a exaltation, tantôt diminution du pouvoir digestif de l'estomac, mais que, dans la plupart des cas de dyspepsie, il y a formation de produits de digestion vicieux, anomaux. De là, des troubles généraux de la nutrition, très variés et très importants. La thérapeutique aura surtout pour but de combattre cette irritation ou cette atténuation, cette dépréciation fonctionnelles de la muqueuse gastrique ; de là, deux grands ordres de médications, calmante et excitante. Les acides de fermentation organique, nettement décelés, doivent être évacués par un lavage antiseptique.

DE LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE (1)

III

M. Lagneau, dans son important travail, s'est appliqué, comme on l'a vu, à rechercher, dans la situation démographique de la France, les causes multiples de sa dépopulation et il a indiqué une série de mesures qui lui paraissent les plus propres à remédier à ce fâcheux état de choses.

Pour M. Javal, la principale des causes qui empêchent la population de croître en France, c'est la diminution *volontaire* du nombre des naissances, et c'est elle seule qu'il propose de combattre, en substituant aux conclusions de M. Lagneau la résolution suivante :

« L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur les conclusions du rapport de M. Lagneau, d'après lesquelles l'arrêt d'accroissement de la population reconnaît

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1047.

pour cause principale la diminution volontaire de la natalité — diminution causée par la situation faite aux familles nombreuses par les lois civiles, fiscales et militaires. »

Dès le 8 janvier 1867, Broca prévoyait que, dans un avenir prochain, le nombre des naissances en France deviendrait inférieur à celui des décès. — « Il faut, disait-il, rechercher la cause d'un mal qui attaque la population dans sa source même et qui, s'il n'est pas promptement réprimé, peut aller jusqu'à porter atteinte à la force de la nation et à la prospérité de la race. »

Hélas, la cause du mal est connue; reste à savoir s'il existe des moyens d'y porter remède, tout au moins dans une mesure appréciable.

M. Javal rappelle ici les abus épouvantables de l'industrie nourricière, signalés en 1865 par M. le docteur Monot, le rapport de M. Blot à l'Académie, en 1866, sur le mémoire de M. Monot, l'importante discussion qui suivit, dura près de trois ans et resta sans sanction jusqu'en 1874, époque à laquelle M. Roussel fit voter la loi de protection du premier âge, qui porte son nom, et qui, encore aujourd'hui, n'est appliquée que dans un petit nombre de départements.

Instruits par cette expérience, il est permis de craindre quelque lenteur dans l'application des nombreuses mesures proposées par M. Lagneau. Il faut concentrer tous nos efforts sur un point, les mesures propres à favoriser la natalité.

Il faut en finir tout d'abord avec cette objection, que la législation est impuissante à agir sur les mœurs, et qu'aucune loi ne saurait forcer les Français à se multiplier. Pour peu qu'on y réfléchisse, on voit que ce sont précisément les lois qui ont eu pour effet d'entraver la natalité dans notre pays.

Les auteurs du Code civil ont voulu briser le pouvoir des vieilles familles nobles en édictant l'égalité des partages. Souvent le but a été atteint, mais souvent aussi, devant l'interdiction d'avoir un *aîné*, le châtelain s'est borné à un fils *unique*. S'ils vivaient de nos jours, les auteurs du Code seraient les premiers à modifier leur œuvre pour l'approprier aux circonstances actuelles.

La répartition des impôts contribue, sous toutes les formes, à rendre plus lourde la charge d'une famille nombreuse. En France, la natalité a diminué à mesure que les impôts indirects ont pris une importance plus grande dans les recettes du budget.

Toute cette organisation, machinée comme à plaisir contre l'accroissement de la nation, serait encore tolérable si la fiscalité et les difficultés en matière de succession ne venaient aggraver les choses à un degré excessif. Les lois actuelles rendent de plus en plus difficile l'acquisition d'une maison d'habitation, d'un *home*. Aussi, les artisans, puis les bourgeois, puis les nobles, ont-ils peu à peu renoncé à posséder pignon sur rue; et l'on a vu peu à peu Paris et les grandes villes se mettre au régime des appartements en location.

La loi militaire de 1872 a eu nécessairement une influence défavorable sur la natalité. En effet, quand le service était de sept ans et qu'un frère sous les drapeaux exemptait son cadet, il fallait des circonstances exceptionnelles pour qu'une famille fournît plus d'un soldat. Cette situation a été modifiée d'une manière fâcheuse par la réduction du service à cinq ans. Ce sera encore pire avec la loi de 1889. Les auteurs inconscients de cette loi font perdre à la France, tous les ans, plus d'hommes que n'en coûterait la bataille la plus sanglante.

En France, les règlements conspirent avec les lois pour écraser les familles nombreuses. Aucun compte n'est tenu du nombre de ses enfants à l'officier qui doit se déplacer d'un bout à l'autre du territoire; sa veuve reçoit la même pension, quel que soit le nombre de ses enfants mineurs.

Les contributions directes sont, pour une forte part, une taxe sur les enfants : la patente elle-même, s'appliquant au loyer de l'habitation personnelle, est, pour une bonne part, proportionnelle aux charges et non pas aux ressources du contribuable.

Cette énumération suffit pour expliquer le petit nombre des naissances chez nous comparé, par exemple, à ce qu'il est en Angleterre, où il n'y a pas de service militaire, où il n'existe *aucun impôt* sur les objets de première nécessité.

M. Javal examine ensuite l'influence des lois sur la natalité, non plus d'une manière générale, mais dans les cas particuliers. Il fait ressortir les inconvénients du mécanisme social qui a pour effet, précisément, de faire naître de nombreux enfants dans les ménages qui sont hors d'état de les élever. Si l'on veut par les lois favoriser l'accroissement de la population, ce n'est pas la classe la plus pauvre qu'il faut avoir en vue, mais bien la partie aisée de la nation.

Ainsi, dans toutes les professions, où le revenu, à peine suffisant, ne peut pas être notablement augmenté par l'activité de l'homme, le moyen choisi pour améliorer notablement le sort des enfants est de restreindre leur nombre, et il est difficile de blâmer les parents d'agir ainsi. Comme l'a fait remarquer M. Leroy-Beaulieu, cette tendance n'est pas exclusive à la France, mais, sous ce rapport, nous sommes à l'avant-garde. Nous pouvons donc espérer encore maintenir notre rang si nous arrivons à garder le *statu quo* pendant que les autres peuples continueront à restreindre leur natalité.

On a dit que c'est par égoïsme et par désir de bien-être que les Français ne veulent pas avoir de grandes charges de familles. Le mobile qui les fait agir est plus désintéressé. Chacun désire voir ses enfants dans une position au moins égale, sinon préférable à la sienne.

C'est tout à fait aux deux extrémités de l'échelle sociale que nous voyons encore surgir des familles nombreuses.

D'une part, les *prolétaires* continuent à justifier leur nom. Peu leur importe les articles du Code relatifs aux successions, la loi militaire, etc.

Tout à fait à l'autre extrémité de l'échelle sociale, nous voyons des familles riches et nombreuses. Il y en a en France quelques milliers et ce sont celles-là qui méritent à tous égards d'être encouragées. C'est souvent parmi les croyants sincères, quelle que soit leur religion, qu'on voit des hommes d'action, artisans de leur fortune, se donner la joie d'une nombreuse postérité. Partis eux-mêmes de rien, ils considèrent que le travail est la loi de l'humanité, la meilleure sauvegarde contre les vices et ils pensent, avec raison, rendre meilleur service à leurs enfants en les armant de toutes façons, moralement et intellectuellement, qu'en leur léguant un capital qui leur permette de déshonorer par leurs vices, ou même par l'oisiveté, le nom que le père de famille a réussi à rendre respectable.

M. Javal s'applique à démontrer ici que la charge d'une nombreuse famille est loin d'être sans compensation. Indépendamment des charmes et des joies qu'elle procure, il fait ressortir les avantages que présentent de nombreux enfants sur un enfant unique au point de vue des qualités intellectuelles, de la plus rapide connaissance de la vie et de la lutte pour l'existence, de la plus grande énergie contre les revers, du plus vif désir d'arriver, etc. M. Javal fait ici un portrait peu flatteur de ce que l'on appelle l'enfant gâté, généralement un enfant unique, et il se complaît à énumérer toutes les satisfactions que peut procurer une nombreuse progéniture.

C'est peut-être dans leur obéissance au précepte : *croissez et multipliez-vous*, dit-il, qu'il faut chercher le secret de l'influence toujours croissante des Juifs dans le monde.

Pensant qu'il y avait intérêt à connaître la composition des familles en France, M. Javal a obtenu de MM. Cheysson et J. Bertillon le résumé suivant :

2073000	familles n'ont pas d'enfants.		
2542000	—	en ont	1
2665000	—	—	2
1512000	—	—	3
937000	—	—	4
550000	—	—	5
313000	—	—	6
232000	—	—	7 ou davantage.

Mais les renseignements statistiques sont bien difficiles à interpréter, si l'on ne s'éclaire pas en même temps par l'étude d'un certain nombre de cas individuels.

Quand on retourne sous toutes ses faces la question qui a été si opportunément soulevée par M. Lagneau devant l'Académie, on arrive nécessairement à cette conclusion que si les lois sont habituellement faites à l'image des mœurs, inversement les lois ont sur les mœurs une influence tout à fait dirigeante, et qu'une série de mesures législatives, prises simultanément, pourraient parfaitement enrayer la dépopulation.

M. Javal passe ensuite en revue les mesures proposées par M. Lagneau pour restreindre la morbidité, la mortinatalité et la mortalité; la plupart de ces mesures, aux yeux de M. Javal, entraîneraient des dépenses qui dépasseraient bien vite le budget d'un de nos ministères. On oublie trop vite, dit-il, dans notre milieu médical, que les frais de toute dépense d'assistance sont supportés par l'impôt et que, pour l'immense majorité des contribuables, une augmentation d'impôt est une diminution de nourriture. L'assistance publique, qu'il faut maintenir dans une certaine mesure, n'est pas sans présenter de graves inconvénients.

Enfin, la troisième partie des conclusions de M. Lagneau indique les moyens qu'il croit propres à *favoriser l'accroissement de notre population*. Il propose, à cet effet, d'augmenter la prospérité de notre industrie et de notre commerce et de naturaliser aussi promptement que possible les étrangers qui viennent résider en France.

Personne ne viendra contester cette troisième partie des conclusions de M. Lagneau.

Ainsi se termine la première partie de l'argumentation de M. Javal.

Dans la seconde partie il indique les réformes qu'il serait utile d'introduire dans les lois pour favoriser la natalité.

En ce qui concerne la suppression des contributions indirectes, il n'y a pas lieu, selon lui, de s'arrêter à cette mesure, parce qu'elle ne favoriserait la natalité que parmi la partie la plus besogneuse de la population.

M. Javal démontre qu'il est absolument illusoire d'espérer accroître la natalité, en accordant une prime aux familles possédant quatre enfants : 1° parce que cette prime constituerait pour le budget une charge absolument formidable; 2° parce qu'une prime de ce genre, nécessairement modique, ne pourrait agir que sur l'esprit de parents absolument misérables.

Il n'y a pas lieu non plus de s'arrêter aux propositions consistant à mettre une sorte d'amende sur les célibataires; leur nombre n'en serait nullement diminué et par conséquent la natalité resterait la même.

M. Javal n'a jamais cru que l'exemption de l'impôt mobilier, votée à son instigation par la Chambre, aurait un résultat quelconque sur la natalité. Cette mesure n'a jamais été dans son esprit qu'un acheminement vers une mesure plus radicale, c'est-à-dire une diminution de l'impôt mobilier en faveur des familles qui dépassent trois enfants et une augmentation considérable à la charge de celles qui n'en ont point.

Depuis la nouvelle loi militaire, les cadets ne seront presque jamais exempts.

Il propose d'exempter de tout service, même en temps de guerre, le père de quatre enfants.

Si les lois fiscales et la loi militaire ont une pernicieuse influence sur la natalité, cela est encore bien plus vrai pour les articles du Code qui règlent le régime des successions. Tout le monde sait qu'à ces articles, qui leur interdisent de privilégier le fils aîné, les grands propriétaires fonciers ont répondu en n'ayant plus que des fils uniques. M. Javal se borne à réclamer l'abolition de l'article 913, qui réduit la quotité disponible, d'autant plus que l'ascendant laisse plus d'enfants.

Il termine en disant que l'adoption des mesures proposées par M. Lagneau marcherait contre le but que s'est proposé leur auteur. « Il faut le crier bien haut, dit-il, tout ce que nous ferons pour diminuer la mortalité et la morbidité, ce qui est notre besogne de médecins, ne sera rien en face de l'immense péril créé par la diminution de la natalité. Et tout ce qu'on fera pour augmenter la natalité, en favorisant les mariages ou en réglementant la prostitution, sera négligeable en présence des effets de la restriction volontaire des naissances. Notre profession nous met en mesure de saisir et de signaler les causes de cette restriction et de savoir qu'elles sont en partie causées par des lois qui semblent faites à plaisir pour écraser, sous la charge des impôts indirects et du service militaire, les familles tant soit peu nombreuses; nous savons que les conséquences de nos lois, dures à supporter pendant qu'il vit, deviennent souvent désastreuses au moment de la mort du père de famille, et nous nous tournons vers le législateur, responsable de tous ces maux, pour lui demander avec insistance de modifier les lois fiscales, militaires et civiles, dans un sens moins défavorable à l'accroissement de la population. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er octobre 1890. — Présidence de M. Nicaise.

RAPPORTS

M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation adressée par M. Piedpremier, relative à un cas de constriction de la verge datant de quatorze ans, sans mortification, avec fistule uréthrale permettant la miction et la continuation des rapports sexuels.

M. CHAUVEL fait un autre rapport sur un fait communiqué par M. Amat, et dans lequel, selon l'auteur, il s'agirait d'un eczéma curateur. Voici le résumé de cette observation : plaie contuse de la région supérieure du coude gauche, lymphangite, abcès, pansements phéniqués; apparition d'un eczéma aigu, auquel M. Amat attribue la guérison de la plaie fistuleuse après trois mois. Il n'est pas besoin, ajoute M. le rapporteur, d'invoquer l'influence de cet eczéma pour expliquer cette guérison après trois mois! M. Chauvel ne partage donc, en aucune façon, l'avis de l'auteur sur cet eczéma curateur.

COMMUNICATIONS

Traitement des fistules recto-vaginales. — M. LE DENTU rappelle que dans les divers procédés opératoires d'occlusion des fistules recto-vaginales, l'avivement simple suivi de la réunion immédiate ou secondaire échoue souvent. Dans bon nombre de cas, l'incision de toute la cloison recto-vaginale jusqu'à la fistule, puis la réunion combinée à une véritable périnéorrhaphie donnent de très bons résultats. Ce procédé est surtout indiqué quand il y a, en même temps qu'une fistule recto-vaginale, une déchirure du périnée. Mais quand il s'agit d'une petite fistule, placée à une certaine distance de la vulve, sans déchirure notable du périnée, cette opération est hors de proportion avec la lésion. C'est dans un cas de ce genre que M. Le Dentu a imaginé le procédé suivant :

Il s'agissait d'une femme portant, depuis plusieurs années, une petite fistule recto-vaginale de 4 millimètres de diamètre, placée à une certaine hauteur. Bien que peu gênée par cette fistule, cette femme vint, il y a un mois et demi, demander à M. Le Dentu de l'en débarrasser. Elle était accompagnée de son mari qui insista encore davantage pour que sa femme fût guérie de cette désagréable infirmité. Voici comment procéda M. Le Dentu :

Il fit au-dessus et à une certaine distance (environ 10 centimètres) de la fistule une incision courbe; des deux extrémités de cette incision, il fit partir une seconde incision courbe passant immédiatement au-dessous de la fistule, au niveau de son bord inférieur; il réséqua ensuite toute la portion de muqueuse vaginale comprise entre ces deux incisions; une fois cet avivement

fait, il disséqua, au-dessous des incisions et de la fistule, un lambeau destiné à être remonté de façon à venir recouvrir toute la partie avivée. Dans cet avivement, M. Le Dentu eut soin de supprimer une partie des tissus se trouvant au-dessous de la fistule. Restent les sutures : M. Le Dentu se sert de fils portant une aiguille à chaque extrémité. Il a d'abord passé 6 à 7 de ces fils dans le lambeau postérieur, puis les a ensuite passés à travers la muqueuse vaginale remontée et a ainsi adapté la surface cruentée du lambeau à celle de la première plaie.

Il importe de favoriser l'étalement des lambeaux. Dans ce but, il s'est servi de deux tubes de Galli sans trop serrer pour qu'ils ne pénètrent pas les tissus. Dans une autre occasion, il préférerait à ces tubes l'application d'un simple rouleau de gaze iodoformée que l'on retirerait en même temps que les fils.

Chez sa malade, la guérison a été complète et définitive.

M. Le Dentu ajoute, en terminant, qu'il ne recommande ce procédé que pour les cas où il existe une certaine distance entre la fistule et la vulve, de façon à avoir un lambeau inférieur suffisant. Dans les cas où la fistule est près de la vulve, il ne faut pas hésiter à préférer le procédé dans lequel on fait, en même temps, la périnérorhaphie.

DISCUSSION

M. QUÉNU a eu à traiter une malade présentant une fistule recto-vaginale analogue à celle de la malade de M. Le Dentu. Il s'agissait d'une jeune femme qui avait été mal accouchée et qui présentait une petite fistule recto-vaginale au-dessus du sphincter. M. Quénu, après avoir préalablement désinfecté le vagin et le rectum, comptant sur cette antisepsie, avait décollé la paroi vaginale de la paroi rectale, isolé ces deux parois et les avait suturées séparément. Après cinq ou six jours, il s'aperçut que les gaz passaient de nouveau. Trouvant que pour une si petite fistule sectionner tout le pont qui la séparait de la vulve constituait une trop grande perte de substance, il eut alors recours au procédé suivant, dont il se croyait l'inventeur, mais qu'il trouva ensuite décrit dans la médecine opératoire de M. Alph. Guérin.

Il dédoubla la paroi vaginale et la paroi rectale ; il fit une incision courbe entre le rectum et le vagin et disséqua la paroi vaginale. Il obtint ainsi deux orifices fistulaires, l'un rectal, l'autre vaginal ; il opéra alors une sorte de transposition des plans de telle façon que les deux orifices ne se trouvèrent plus au même niveau et que l'un fut bouché par la paroi de l'autre. Chaque muqueuse fut suturée isolément. La suture vaginale a bien tenu, mais le cinquième jour des gaz passèrent par le périnée. Il a suffi de cautériser la fistulette périnéale. Cette femme est maintenant guérie. Bien que ce procédé ne soit pas nouveau, il a paru à M. Quénu intéressant de le signaler, il donnera ultérieurement l'observation détaillée de cette malade.

M. MONOD pense que c'est l'antisepsie qui est le secret des succès de MM. Le Dentu et Quénu. Dans un cas analogue, malgré l'opinion qu'il a émise en faveur de la section du périnée, il se contenta, ainsi que le fait avec succès M. Bouilly, de faire un large avivement vaginal suivi d'une simple suture. Celle-ci a parfaitement tenu et il attribue cette réussite à la rigueur de l'antisepsie. Aussi dans l'avenir est-il disposé à abandonner de plus en plus le procédé de la fente du périnée pour recourir au procédé plus simple conseillé par M. Bouilly.

M. SEGOND croit que, dans l'espèce, il faut distinguer les fistules recto-vaginales haut situées des fistules bas situées. Pour ces dernières, il ne faut pas oublier les succès constants obtenus par la section du périnée ; section très simple, absolument inoffensive et qui constitue une manœuvre insignifiante étant donné le petit périnée qui reste à ces femmes.

M. RECLUS admet qu'il est incontestable que l'antisepsie assure de bons résultats de l'emploi des procédés les plus simples. Récemment, chez une jeune femme atteinte d'une fistule recto-vaginale haut située, plusieurs fois opérée sans succès, M. Reclus, après avoir bien assuré l'antisepsie du vagin et du rectum, fit un large avivement sur tout le pourtour de la fistule, retroussa la muqueuse dans l'intérieur même de la fistule, sutura et obtint une réunion complète et parfaite. Ce procédé qui donnait tant d'échecs avant l'antisepsie peut aujourd'hui, grâce à elle, donner de très bons résultats.

M. ANGER rapporte l'observation d'une malade qui était atteinte d'une large déchirure du périnée ; il fit la suture, il dédoubla la muqueuse et sutura séparément du côté du rectum et du côté du vagin. L'opération réussit, mais l'année suivante, cette malade revint avec une toute petite fistule recto-vaginale, située à 5 centimètres du périnée. Les gaz passaient, M. Anger pratiqua l'opération suivante : incision sur le bord de la fistule, décollement d'un lambeau, renversement de ce lambeau vaginal du côté du rectum, suture du bord de ce lambeau avec le bord de la fistule ; on obtient ainsi deux épaisseurs se recouvrant l'une l'autre, deux plans de muqueuse pour fermer la fistule. Dans ce cas particulier, l'opération a très bien réussi.

M. BAZY ne partage pas tout à fait l'opinion de M. Segond sur le peu d'importance d'une section du périnée. Il comprend qu'on hésite à fendre le périnée pour guérir une fistule recto-vaginale.

M. QUÉNU, comme M. Bazy, trouve qu'il est cruel de fendre tout un périnée pour traiter une petite fistule. Il est partisan de l'avivement simple préconisé par MM. Monod et Reclus, mais cet avivement peut échouer, et alors on peut recourir à un procédé un peu plus compliqué, tel que celui qu'il vient de décrire.

M. MARC SÉE, dans un cas où il s'agissait d'une fistule très haut située, fendit tout le sphincter et toute la paroi du rectum jusqu'à la fistule. Il put alors pratiquer l'avivement dans les meilleures conditions. Il pansa avec de la gaze iodoformée, sans être obligé de placer de tube dans le rectum ; il ne fit pas de suture. La réunion se fit naturellement et la fistule guérit. C'est là un procédé à recommander, quand il s'agit d'une fistule placée très haut.

M. LE DENTU croit qu'il faut ainsi catégoriser les malades atteintes de fistules recto-vaginales : 1° il existe une large déchirure du périnée et, en même temps, une fistule recto-vaginale ; dans ces cas, la section de la cloison recto-vaginale, la périnéorrhaphie donnent d'excellents résultats ; 2° la déchirure périnéale n'est pas de celles qui appellent la réparation, il existe une fistule recto-vaginale ; alors on peut avoir recours à des procédés mixtes, ayant pour but le traitement de la fistule seule, et, dans ces cas, il n'y a pas lieu d'imposer la périnéorrhaphie d'une façon absolue, bien qu'elle puisse présenter des avantages ; 3° la déchirure périnéale est à peine accentuée, mais il existe une fistule ; si celle-ci est très haut située, le traitement chirurgical en est très difficile ; si elle est bas située, on peut recourir avantageusement au procédé signalé par M. Quénu. Quant à l'avivement simple, il échoue si souvent que M. Le Dentu est peu disposé à y recourir. Enfin, quand il s'agit d'une fistule un peu plus haute, il préfère le procédé qu'il vient de décrire et qui assure une guérison rapide. Il n'emploie pas de tube rectal, il se contente d'assurer la défécation par des laxatifs, tant qu'il y a les fils et, au contraire, de déterminer un peu de constipation pendant les trois ou quatre jours qui suivent leur ablation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Résultats du traitement de la métrite par le crayon de chlorure de zinc. — M. ROUTIER présente un utérus atteint de métrite qui avait été ainsi traitée. On peut constater qu'il n'existe plus de canal cervical. La malade portait deux tumeurs du côté des annexes qui n'étaient autres que des hémato-salpingites déterminées par le reflux du sang menstruel de la matrice dans les trompes, et qui nécessitèrent l'ablation des trompes et des ovaires.

M. BAZY a vu, à deux reprises, une obstruction complète du col chez une femme opérée d'un épithélioma du col par l'amputation au galvanocautère. Les deux fois, il a pu débarrasser la malade par une simple ponction avec un bistouri pointu et l'application d'une tige de laminaire.

M. LE DENTU, chargé d'un rapport à l'Académie sur le traite-

ment des métrites par le crayon de chlorure de zinc, a eu l'occasion, le matin même, de rencontrer un cas d'atrésie complète du col, consécutive à ce mode de traitement.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 septembre 1890, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Ravenez, pour le 116e d'infanterie; Grosse, pour le 113e d'infanterie; Demandre, pour le 157e d'infanterie; Marmonnier, pour le 138e d'infanterie; Bruant, provisoirement pour l'hôpital de Villemanzy et la direction du service de santé du 14e corps; Cadot, pour le 11e d'infanterie; Robert, pour le 48e d'infanterie, et Dubujadoux, pour le 3e du génie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aide-majors de première classe Guérin, provisoirement pour l'École préparatoire d'infanterie de Saint-Hippolyte-du-Fort; Valissant, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; David, pour le 106e d'infanterie; Péradon, pour le 1er tirailleurs algériens; Tisserant, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Clary, pour le 48e d'infanterie; Rémy, pour le 101e d'infanterie et Véret, pour le 52e d'infanterie.

— M. le docteur Mihram Kemhadjian, médecin de l'ambassade impériale ottomane à Paris, vient d'être nommé commandeur de l'ordre de Medjidié.

— L'École municipale d'infirmières de la Salpêtrière ouvrira ses cours professionnels le mercredi 8 octobre, à huit heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration; éléments d'anatomie et de physiologie; pansements; soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés; hygiène; petite pharmacie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

55

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer
— de chaux..................
Chlorure de sodium..................
Matières organiques.................. } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

23

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

52

OSTÉINE MOURIÈS

Combinaison d'Albumine et de Phosphate de chaux.

Préparation honorée du prix Montyon (Institut de France) et de l'approbation de l'Académie de médecine de Paris.

Un rapport de l'Académie constate, à la suite de nombreuses observations cliniques qui y son relatées, les grands avantages de cette préparation dans l'état de grossesse, de lactation, dans l'alimentation des enfants, pour prévenir le rachitisme ou le guérir, favoriser la dentition et le développement du système osseux.

L'Ostéine Mouriès se présente sous deux formes qui permettent d'en varier l'emploi et d'éviter le dégoût :

a. En *semoule*, dont on fait chaque jour les potages, comme on ferait avec une semoule ordinaire;

b. En *poudre;* sous cette forme, on la mélange aux potages, bouillies, chocolat, lait, café au lait, crèmes, soupes, panades, etc., etc.

Une mesure, qui surmonte chaque flacon, indique la dose à employer. Prix : 2 francs le flacon, avec une instruction pour l'emploi. Maison L. FRERE, 19, rue Jacob, Paris.

101

SPA POUHON PIERRE-LE-GRAND

Source communale, la meilleure eau ferrugineuse connue depuis des siècles. — *Exiger le sceau de la Ville.* — En vente dans toutes les Pharmacies.

73

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

97

PEPTONE DE VIANDE DENAEYER

PRODUIT STÉRILISÉ

contenant, par flacon de 150 grammes, tous les principes nutritifs de 600 grammes de viande de bœuf. La peptone sèche y correspond à 20 fois son poids de viande. Saveur agréable. Conservation irréprochable par suite de l'ABSENCE DE MICROBES.

Prix du flacon : **2 fr. 50**

PEPTONATE DE FER DENAEYER

SOLUTION **stérilisée** AU DIXIÈME

Chaque flacon représente en peptone une valeur correspondant à 250 grammes de viande.

Prix du flacon : **1 fr. 50**

ENVOI DE BROCHURES SUR DEMANDE

Agence pour la France : **Lille,** 12, rue Colbrant.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

51

DÉBILITÉ, ANÉMIE
MALADIES DE L'ENFANCE

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, agréable au goût, possède les mêmes propriétés que l'**Huile de foie de Morue.**

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS, et Phies.

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

Dose : DE 1 A 4 CUILLERÉES A SOUPE DANS UN PEU D'EAU.

Phie VICARIO, 13, boulev. Haussmann, Paris.

96

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

Exiger la source du **Pavillon.**

41

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

42

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

L'ERGOTINE BONJEAN, soit en solution pour injections hypodermiques, soit en potion, est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs **hémostatiques.**

Les DRAGEES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour **faciliter travail de l'accouchement**, arrêter les **hémorrhagies** de toute nature (**crachements, pertes de sang**, etc.), contre les **dysenteries** et **diarrhées chroniques**, et enfin pour combattre la **phthisie pulmonaire** et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

34

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

29

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

13

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie**, *la* **dyspepsie atonique**, *les* **fièvres intermittentes**, *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.**—Dépt: VERNE, phien, Grenoble (France), et ds les princip. phies de France et de l'Étranger.

40

Guérison de l'**asthme** PAR LE **PAPIER FRUNEAU**

le seul récompensé à l'Exposition universelle 1889.

40 ans de succès. Toutes phies. E. FRUNEAU, Nantes.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans ttes Phies. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

N° 115. — MARDI 7 OCTOBRE 1890. 63e ANNÉE. MARDI 7 OCTOBRE 1890. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL ANDRAL. — M. DEBOVE.

Maladie de Friedreich.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer, dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Debove, un jeune homme atteint de la maladie de Friedreich. Cette affection a conquis, depuis peu de temps, dans la nosologie, une place indépendante. Lorsqu'il en donna sa première description au Congrès de Spire, en 1861, Friedreich (de Heidelberg), bien que frappé déjà par un certain nombre de dissemblances, en fit une simple variété de l'ataxie locomotrice, découverte trois années plus tôt par Duchenne (de Boulogne). Pendant longtemps, elle fut encore décrite comme une forme du tabes et sous le nom d'ataxie héréditaire.

Enfin, grâce à de nombreux faits anatomo-cliniques, on sait aujourd'hui qu'elle se distingue de l'ataxie locomotrice, non seulement par les circonstances étiologiques au milieu desquelles elle apparaît, mais par bien des symptômes et même par ses lésions (1). Le nouveau fait que nous venons d'observer est un exemple tout à fait typique de cette affection; aussi l'étude de ce cas va-t-elle nous permettre de passer en revue ses symptômes les plus caractéristiques et de mettre en relief les analogies et les différences qu'elle présente avec le tabes vrai ou maladie de Duchenne.

Tout d'abord, si l'on examine le malade hors du lit, son attitude révèle déjà des signes d'une grande importance. C'est à peine s'il peut se tenir debout sur ses jambes sans prendre appui avec les mains. Il y parvient difficilement, en écartant les pieds, de façon à élargir autant que possible sa base de sustentation ; encore ne peut-il, malgré cet artifice, conserver longtemps cette position. Dès qu'il essaye de rapprocher les pieds, il chancelle et tomberait à la renverse, si on ne lui venait en aide. L'équilibre est encore plus rapidement compromis, s'il vient à fermer les yeux. Il offre donc, et à un degré très prononcé, le signe de Romberg, l'un des symptômes fondamentaux du tabes, et qui ne fait guère défaut non plus dans la maladie de Friedreich.

La marche est des plus difficiles chez notre malade ; elle exige le soutien de deux aides placés de chaque côté du sujet. Dans ces conditions, la progression peut se faire, mais péniblement; elle n'en laisse pas moins voir des particularités de première valeur. Le malade avance avec lenteur; les jambes sont lancées par des mouvements incoordonnés, comme dans le tabes. Mais tandis que, dans cette dernière affection, le talon frappe violemment le sol, c'est ici, par la pointe, que le pied vient d'abord se poser à terre : il y a là quelque chose qui rappelle le steppage du pseudo-tabes alcoolique. Cette particularité est, d'ailleurs, un peu exceptionnelle, car le plus souvent les malades frappent le sol du talon comme les véritables tabétiques. En outre, presque à chaque pas, des impulsions désordonnées font dévier les jambes hors de leur direction et les portent à droite et à gauche, si bien que le sujet n'avance plus en ligne droite comme le font les ataxiques, mais qu'il s'écarte de la ligne de marche en décrivant une courbe festonnée, comme un homme ivre. C'est la démarche ébrieuse des malades atteints de titubation cérébelleuse. On voit combien ces troubles sont complexes, puisque la démarche participe à la fois de ce qu'on observe dans le tabes vrai, dans le pseudo-tabes et dans les lésions du cervelet, méritant bien ainsi la qualification de tabético-cérébelleuse que lui a donnée M. le professeur Charcot.

L'incoordination motrice, si manifeste pendant la marche, se laisse constater aussi quand le malade est couché. Par l'expérience classique qui consiste à faire élever les pieds à une certaine distance au-dessus du lit, en engageant, par exemple, le malade à toucher du pied la main placée au-dessus de lui, on voit la jambe exécuter des oscillations latérales, irrégulières, brusques parfois ; le but n'est que difficilement atteint, de même que dans l'ataxie véritable. Comme dans celle-ci également, les réflexes rotuliens sont absolument abolis et la force musculaire est conservée. Le malade résiste avec vigueur aux tentatives de flexion et d'extension. Ainsi l'impotence qui résulte de l'incoordination motrice fait, avec la conservation de la force musculaire, ce même contraste, qui est l'un des traits les plus frappants de la maladie de Duchenne.

Mais là s'arrêtent les analogies que fait voir, entre le tabes et les cas typiques de la maladie de Friedreich, l'examen des membres inférieurs. Il existe aux deux pieds de ce ma-

(1) La thèse de M. F.-V. Soca (Paris, novembre 1888) est le travail le plus complet que nous possédions sur l'ensemble de la question.

lade une déformation très marquée, qui est tout à fait propre à cette affection. La cambrure de la voûte plantaire est exagérée au point de produire un véritable pied creux, tandis qu'à la face dorsale, le cou-de-pied fait une forte saillie. Lorsque le malade est au lit ou assis, les jambes ballantes, le talon se relève, et la pointe du pied s'abaisse; celle-ci, en tombant, se porte légèrement en dedans. C'est, en somme, un pied-bot équin, avec un certain degré de varus. Cette déformation s'efface en partie, lorsque le pied s'appuie sur le sol, mais pour se reproduire aussitôt qu'il l'a quitté. Sur le sol même, c'est la pointe du pied qui appuie le plus fortement, si bien que le malade use toujours, nous dit-il, la partie antérieure de ses souliers. La même tendance du pied à reposer sur sa pointe explique comment le sujet, lorsqu'il perd l'équilibre, fait sa chute en arrière.

Le pied-bot que nous observons ici ne ressemble nullement aux déformations qui se rencontrent parfois dans le tabes. On peut, dans cette affection, trouver une ostéo-arthropathie, décrite par MM. Charcot et Féré sous le nom de pied tabétique; mais il s'agit alors d'un écrasement du tarse, c'est-à-dire d'un pied plat et non d'un pied creux. Il y a aussi un pied-bot tabétique, décrit par M. Joffroy; mais cette dernière déformation ne survient qu'à une période avancée, chez les ataxiques confinés depuis longtemps au lit et présentant, en général, un amoindrissement notable des masses musculaires des jambes. De plus, un trait particulier, qui est très apparent chez notre malade, imprime un cachet tout à fait différent à la déformation, dans la maladie de Friedreich. Chez lui, en effet, les orteils sont relevés sur les métatarsiens en extension extrême, ce qui contribue à exagérer la voûte plantaire, en augmentant le relief de la saillie sous-métatarsienne. Au contraire, dans le pied-bot tabétique, les orteils sont tombants, fléchis sur le métatarse. On n'observe pas non plus ce redressement des orteils dans la déformation des pieds que peut produire le pseudo-tabes alcoolique.

Enfin d'autres caractères séparent encore l'ataxie proprement dite de la maladie de Friedreich. Aussi bien aux membres que sur le reste du corps, la sensibilité n'est pas notablement altérée; la région plantaire, elle-même, ne présente aucune anesthésie. Les douleurs fulgurantes, ce symptôme si important du tabes, font également défaut. On ne remarque pas non plus sur les membres inférieurs, ni sur les supérieurs, les troubles trophiques de la peau et du squelette qui sont d'une observation commune chez les véritables ataxiques.

Aux membres supérieurs, en revanche, on retrouve les mêmes symptômes tabétiques que nous signalions tout à l'heure aux membres inférieurs : incoordination, avec conservation de la force musculaire. L'ataxie est très évidente, lorsque le malade ferme les yeux; mais l'impotence qui résulte de l'incoordination est bien moins accusée qu'aux membres inférieurs. Les mains peuvent saisir les objets après quelques hésitations; l'écriture est lisible, bien qu'on y relève un certain nombre d'imperfections.

A la tête, on n'observe pas les accidents qui tiennent, sous le nom de phénomènes céphaliques, une place fort importante dans la symptomatologie du tabes. Il n'y a pas, et il n'y a jamais eu, chez ce jeune homme, les paralysies oculaires, l'amblyopie, l'abolition du réflexe irien à la lumière, qui marquent si souvent les premières étapes de l'ataxie locomotrice. Mais il y a, d'autre part, divers troubles qui ne font point partie du cadre symptomatique du tabes. Tel est le nystagmus. On provoque ce phénomème en faisant fixer au malade le doigt promené horizontalement devant ses yeux : on voit alors chaque pupille, aux limites de son excursion transversale, décrire latéralement quelques petites oscillations. C'est un signe habituel dans la maladie de Friedreich; on sait qu'il est fréquent dans la sclérose en plaques.

Un autre symptôme qui rapproche encore ces deux affections, c'est l'embarras de la parole. Le malade scande un peu ses mots et n'articule pas certaines syllabes, comme si sa langue était épaisse, comme s'il n'en était plus maître. Rien de pareil ne se voit dans le tabes; à une période extrême on peut seulement observer des troubles de la parole, lorsque les phénomènes de la paralysie générale viennent se superposer au tabes.

Pendant que le malade parle, on remarque dans les muscles des joues, surtout à gauche, de petites contractions qui font faire à la figure une légère grimace. Il n'est pas rare, chez de tels sujets, d'en rencontrer de semblables dans les divers muscles du visage et de la langue. On voit encore des contractions fibrillaires dans les muscles de la cuisse. Souvent il survient dans les membres, le tronc, la tête, des mouvements plus étendus, brusques, rappelant la chorée : quelquefois le malade incline la tête, lève une épaule. C'est une sorte d'instabilité choréiforme qui ne s'observe ni dans le tabes, ni dans la sclérose en plaques.

Les fonctions intellectuelles sont, le plus souvent, intactes dans la maladie de Friedreich.

On n'observe pas non plus les troubles viscéraux, si communs dans le tabes. Notre malade présente seulement un peu de paresse vésicale; il a eu quelquefois des mictions involontaires : c'est là un fait exceptionnel, encore s'agit-il d'un trouble assez léger.

Enfin, pour terminer l'énumération des symptômes que nous offre ce malade, nous devons citer, avec une mention toute particulière, une déformation rachidienne, la scoliose. Cette déviation siège dans la région dorsale; l'incurvation a sa convexité tournée à droite et s'accompagne d'une saillie de la moitié correspondante de la partie postérieure du thorax. Cette scoliose est un des signes les plus communs de la maladie de Friedreich et mérite d'être rapprochée de celle qui s'observe fréquement dans une autre lésion médullaire, la syringomyélie.

Après cette description symptomatique, il serait superflu d'insister sur le diagnostic. Aussi bien, dans ce cas particulier, le diagnostic s'impose-t-il en toute évidence. A chaque pas nous avons signalé les profondes différences qui séparent la maladie de Friedreich du tabes dorsal. La sclérose en plaques ne présente avec elle qu'un petit nombre de traits communs; elle s'en distingue radicalement par les phénomènes spasmodiques et par le caractère de la démarche qui est à la fois titubante et spasmodique, cérébello-spasmodique, comme l'appelle M. Charcot. Toutefois des formes frustes de sclérose en plaques pourraient être d'un diagnostic malaisé. Il faut compter aussi avec les anomalies que présente la maladie de Friedreich dans ses cas compliqués : par exemple, l'entrée en scène des névrites périphériques pourrait modifier le tableau habituel de cette affection, comme MM. Dejerine et Auscher en ont rapporté de récents exemples (1).

(1) Dejerine et Auscher. Société de biologie, 7 juin et 26 juillet 1890.

Un autre élément fournit encore au diagnostic de précieux indices : c'est la notion des circonstances étiologiques.

Notre malade a vingt-deux ans. Chez lui le début des accidents est difficile à préciser : c'est depuis deux années qu'il se dit atteint de son mal. Toutefois, en remontant dans ses souvenirs, il se rappelle que, dès l'âge de quinze ou seize ans, il tombait fréquemment en arrière ; ses camarades disaient de lui qu' « il avait des jambes de laine ». Peut-être même le pied-bot existait-il à un certain degré, car la saillie du cou-de-pied était déjà très prononcée. C'est donc bien une affection à début juvénile : or, il en est toujours ainsi dans la maladie de Friedreich ; souvent même elle apparaît beaucoup plus tôt, dès l'enfance. Dans bien des cas aussi l'hérédité intervient : c'est d'elle que l'affection a reçu son premier nom d'ataxie héréditaire. Mais il est plus exact de dire que c'est une maladie de famille, frappant souvent les enfants d'une même souche. Ici, bien que le sujet ait de nombreux frères et sœurs, ce caractère familial fait défaut ; il est curieux qu'il en soit de même dans la plupart des observations françaises. Ces deux circonstances étiologiques, le début juvénile et le caractère familial, établissent une nouvelle différence avec l'ataxie proprement dite. Le tabes de l'adolescent est tout à fait exceptionnel et ne s'éloigne pas cliniquement du tabes de l'adulte.

Enfin l'autonomie de la maladie de Friedreich est encore affirmée par l'étude des lésions. Il s'agit bien ici d'une sclérose systématique ; mais elle n'est pas limitée comme dans le tabes aux cordons postérieurs. Elle est ordinairement combinée à une sclérose des faisceaux pyramidaux. L'atrophie des colonnes de Clarke est fréquente. Les racines postérieures sont relativement peu altérées. Le plus souvent, mais ce caractère n'est pas absolu, la bandelette de substance blanche qui confine immédiatement à la corne postérieure et à laquelle on a donné le nom de zone de Lissauer, est respectée, tandis qu'elle est généralement atteinte dans le tabes. A ces différences topographiques, on a récemment ajouté des caractères histologiques. MM. Dejerine et Letulle (1) ont cherché des particularités distinctives dans la texture spéciale de la névroglie qui constitue le tissu de sclérose.

On a constamment trouvé une atrophie générale de la moelle et, dans un récent travail, MM. P. Blocq et Marinesco (2) ont signalé la petitesse des tubes à myéline dans les parties saines. Ce sont autant d'arguments à l'appui de la théorie qui considère la maladie de Friedreich comme une maladie d'évolution de la moelle épinière, de même que la myopathie primitive progressive, affection également juvénile et familiale, a été rapportée à une maladie d'évolution du système musculaire.

De pareilles lésions spinales sont incapables de rétrocéder et la thérapeutique est jusqu'ici désarmée contre leur évolution progressive et fatale. On conçoit donc que le pronostic ne comporte aucune rémission. Pourtant la survie est quelquefois longue, et les sujets, condamnés à l'impotence, ne succombent que par le fait d'affections intercurrentes.

Ch. Achard.

(1) Dejerine et Letulle. *Médecine moderne*, 17 avril 1890.

(2) P. Blocq et Marinesco. *Archives de neurologie*, 1890.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. J. Voisin.

Les persécutés (1) : Alcoolisme subaigu avec idées de persécution.

IV

Je vous avais dit que je vous présenterais quatre malades qui, ayant certains traits de ressemblance, les idées de persécution, ne pouvaient, néanmoins, être confondues ensemble. C'est la dernière d'entre elles qui fera l'objet de notre conférence, et j'espère que vous saurez ensuite ce qu'il faut entendre par délire de persécution. Comme je ne puis avoir la prétention de faire défiler sous vos yeux tous les cas dans lesquels on peut voir apparaître cette variété d'idées délirantes, nous repasserons ensemble, après examen de notre malade, les principales affections dans lesquelles on a décrit un délire de persécution symptomatique.

Voyons donc ce dont il s'agit aujourd'hui. Mme D..., qui a quarante ans, se plaint d'avoir, depuis huit jours, des peurs, des frayeurs continues ; c'est, nous dit-elle, comme un songe qui la poursuit partout. La nuit, elle se réveille en sursaut, elle voit des *nubellistes* (nihilistes) qui percent le mur de sa chambre, elle entend distinctement leurs voix. Quand son mari allume la bougie, tout cesse ; si on éteint la lumière, tout recommence, et elle les entend distinctement qui disent : « Il faut la faire sauter. » Dans la rue, ce ne sont que figures grimaçantes, mais il n'y a plus de voix ; veut-elle lire ou écrire, c'est le même mot qui se trouve partout, elle ne peut voir autre chose que cette inscription terrible : *mystère*. Le tremblement continuel, dont la malade est agitée, et le récit précédent suffisent, à eux seuls, pour rapporter à leur véritable cause ces hallucinations et de l'ouïe et de la vue.

Mais la malade nous dit qu'elle ne peut plus dormir depuis trois mois, elle ne fait que rêver animaux, bœufs et chevaux qui se précipitent sur elle, sans toutefois l'atteindre, car c'est à ce moment même qu'elle se réveille, ou bien encore il lui semble qu'elle tombe dans un précipice, dans une rivière. En raison même des caractères du délire, il est aisé de porter le diagnostic d'alcoolisme subaigu, que confirment, d'ailleurs, les dires de la malade qui, tout en protestant de sa sobriété, avoue prendre chaque jour absinthe, vulnéraire, café, vin, rhum, le tout en quantité permise à une femme qui travaille, cela va de soi. Chez elle, il n'existe pas de troubles dyspeptiques, ce qui explique, d'ailleurs, en partie, les troubles mentaux, car l'alcoolique, dont l'estomac souffre, cesse de boire et, du même coup, cesse de s'intoxiquer, mais que la souffrance ne l'empêche pas de continuer ses excès, l'intoxication se prolongera indéfiniment, et cette fois le cerveau a bien chance d'être atteint.

Je vous ai déjà fait remarquer que la malade est agitée d'un tremblement continuel ; si vous examinez plus attentivement le tremblement des mains, vous verrez qu'il a lieu de bas en haut, et non latéralement, comme chez les paralytiques généraux ; il n'y a pas non plus, comme chez ces derniers, de tremblement des lèvres, ce sera donc là une distinction qui pourra vous aider dans les diagnostics difficiles. La sensibilité générale n'est pas troublée, vous savez qu'assez souvent on observe soit de l'anesthésie ou de

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1012.

l'hyperesthésie, que les travaux de Vulpian, de MM. Charcot, Debove, Raymond ont démontrée être de nature hystérique, et que Magnan attribuait à l'intoxication alcoolique.

A côté de ces troubles physiques, se placent les troubles intellectuels que je vous ai indiqués au début. Je reviens sur quelques-uns de leurs caractères. Les hallucinations, les illusions, qui prennent naissance dans un rêve, relèvent souvent de l'alcoolisme; on a parlé des nihilistes à notre malade; la nuit elle en rêve, puis elle les voit et les entend. Ces hallucinations sont presque toujours terrifiantes et mobiles. L'alcoolique voit des animaux, des précipices, et les visions se succèdent rapides et sans suite. Le malade ne peut rester en place, inquiet, il demande des renseignements aux voisins; la nuit, notre femme interroge son mari, et fait allumer la bougie. On a dit que presque tous les alcooliques finissent dans l'eau; les uns, en effet, meurent cirrhotiques, avec ascite, les autres se jettent à l'eau et enfin, amère ironie, la nuit, dans leurs rêves, ils ne voient que rivières dans lesquelles ils tombent. D'autres fois, il leur semble voler, et cette idée peut persister à l'état de veille; aussi leur arrive-t-il de s'élancer assez souvent du haut d'une fenêtre. Fréquemment, on trouve dans ces cas des troubles de la sensibilité générale, c'est aussi ce que l'on rencontre parfois chez les paralytiques généraux et les maniaques. Les hallucinations de l'ouïe découlent, le plus souvent, de celles de la vue. Mme D... a vu des nihilistes; de là à les entendre frapper aux murs de sa chambre, de là à saisir leurs conversations, il n'y a qu'un pas. Et ce sont ces hallucinations qui portent les malades à se plaindre au commissaire de police et, partant, à se faire arrêter. Parfois, elles sont cause d'attroupements. Lasègue raconte l'histoire d'un alcoolique qui voulait entrer dans une boutique qu'on fermait, criant à tue-tête : « Voyez-vous cette femme qu'on étrangle, je veux la délivrer. »

Avec l'ensemble des signes que je viens de vous indiquer, le diagnostic de l'alcoolisme vous sera facile dans la plupart des cas. Le persécuté n'a pas la même attitude. Pendant que l'alcoolique est mobile, changeant, qu'il demande des avis, le persécuté reste calme, sans demander conseil, sans avoir peur; comme Lasègue l'a si bien dit : le persécuté a l'air d'un condamné, l'alcoolique celui d'un prévenu. En outre, le délire des persécutions a une durée fort longue, le délire alcoolique est beaucoup plus court. Le mélancolique simple reste calme, il n'accuse personne, lui seul est coupable, tout le mal découle de lui, mais vous pourrez avoir affaire à des cas complexes, où les deux délires seront juxtaposés à côté l'un de l'autre. C'est alors la marche de l'affection qui vous permettra de rapporter ce qui revient, d'une part, à l'alcoolisme et, d'autre part, à la mélancolie. Car lorsque par suite du traitement, par le fait de la cessation des excès alcooliques, les phénomènes d'intoxication auront disparu, la mélancolie continuera à évoluer.

Il est assez fréquent de voir ces malades terminer leur existence par le suicide, et, comme le fait remarquer Lasègue, ils se tuent surtout le matin, d'une manière imprévue, ce qui permet de les rapprocher des épileptiques, chez qui l'ictus matinal est fréquent.

Le diagnostic d'avec un paralytique général au début peut n'être pas toujours facile, surtout si l'alcoolisme est surajouté à la première affection. Chez le paralytique, le tremblement de la langue est en rapport avec celui des lèvres, les *r* se prononcent difficilement, il y a des accrocs dans les mots; chez l'alcoolique, la parole est empâtée, on note un affaiblissement musculaire considérable, le tremblement des mains, je vous le répète, a lieu latéralement; on peut également observer chez lui des idées de richesse et de grandeur, mais elles ne persistent pas, et les réponses de l'alcoolique ne sont pas aussi insensées que celles du paralytique, car, chez ce dernier, on retrouve, dès le début, le cachet de la démence. On a décrit des paralysies générales à longues rémissions, j'ajouterai qu'elles sont surtout fréquentes chez les alcooliques et j'ai vu, à Bicêtre, un paralytique général alcoolique qui, à deux reprises différentes, a présenté des eschares au sacrum, il a néanmoins guéri, et, chaque fois, a pu rester au dehors pendant dix-huit mois, mais il n'a pu maîtriser sa passion pour l'alcool et une troisième fois, je l'ai reçu avec de nouvelles eschares, mais il n'a pas tardé à succomber et, à l'autopsie, nous avons pu constater des lésions d'aspect différent, qui correspondaient à chacune des rechutes.

Les antécédents propres aux hystériques et aux épileptiques permettront de reconnaître la véritable cause des troubles mentaux de ces malades. Et d'ailleurs, les hallucinations dans l'hystérie ne sont pas toujours terrifiantes, c'est avec la plus grande facilité que les hallucinations tristes succèdent aux hallucinations gaies, tandis que, chez les alcooliques, elles sont toujours tristes.

Quant à sa marche, il faut savoir que, si l'alcoolisme subaigu guérit généralement bien avec la suppression des excès alcooliques, il n'en est pas toujours ainsi. Au lieu de voir réapparaître le sommeil, indice d'une guérison prochaine, on peut assister à l'établissement d'un alcoolisme chronique, avec troubles mentaux et affaiblissement général; puis, à l'occasion d'une commotion cérébrale, d'une contrariété, d'une émotion vive, surtout s'il y a eu plusieurs attaques d'alcoolisme subaigu, on peut voir la fièvre s'allumer, des sueurs profuses, le malade s'agiter et la mort survenir en trois ou quatre jours. C'est alors l'alcoolisme suraigu, avec méningite. Ou bien, c'est le suicide qui termine la vie de l'alcoolique. Parfois, le malade agité prend la fenêtre pour la porte, et se tue dans sa chute, ou bien, mélancolique, il rumine pendant longtemps le moyen d'en finir avec ses tourments, et boit pour se donner du cœur, ou bien, enfin, il agit par impulsion comme un épileptique.

Dans tous les cas, vous ordonnerez la suppression de l'alcool, vous y joindrez des prescriptions opiacées, et vous pourrez aussi avoir recours aux bains.

Et maintenant, rappelez-vous les quatre malades que je vous ai présentées. La première était une persécutée vraie, type Lasègue-Falret, hystérique en plus; la seconde, une débile hystérique, avec idées de persécution; la troisième, une jeune hystérique mélancolique qui a déliré pendant la convalescence de la grippe, et enfin vous venez de voir un cas d'alcoolisme subaigu. Chez toutes ces malades, nous trouvons des idées de persécution, mais sous quel aspect différent elles se présentent! Chez la persécutée vraie, c'est le délire à longue évolution; chez les autres malades, ce n'est qu'une bouffée délirante; dans le premier cas, c'est la systématisation du délire; dans les autres, on ne la retrouve plus ou du moins on la trouve à peine ébauchée; chez la persécutée vraie, vous constatez des hallucinations de l'ouïe, chez les autres, ce sont des hallucinations de la vue ou même il n'en existe pas; néologismes, changements de domicile dans un

cas, rien de semblable dans les autres. Il y a donc bien lieu d'établir la différence que je vous indiquais au début.

Je ne reviendrai plus, puisque j'y ai suffisamment insisté, sur les caractères du délire chez les hystériques, les alcooliques et les débiles. Voyons quelques autres affections. On a décrit dans l'ataxie locomotrice, comme vous pouvez le lire dans la thèse de M. Rougier (de Lyon), un délire de persécution spécial. Mais ce sont bien plutôt des illusions que des hallucinations que présentent les malades. Ils accusent leur entourage de leur faire du mal, et cela parce qu'ils souffrent de par le fait de la maladie. Et si on leur fait remarquer qu'ils accusent à faux, ils sont tout étonnés de leur conduite et réclament de nouveau des soins, loin d'avoir la méfiance habituelle des persécutés. Enfin leur délire est rémittent, correspond à la marche des lésions céphaliques du tabes. Il en est de même dans la paralysie agitante, où les troubles mentaux sont généralement proportionnés aux troubles moteurs. Chez les vieillards, ce sont surtout des idées vagues de persécution; les malades sont méfiants, se plaignent qu'on leur en veut, ils cachent leur argent de peur qu'il ne soit pris par leurs enfants. D'autres fois, on peut assister à l'éclosion soudaine d'un délire systématisé, et c'est brusquement qu'on voit apparaître les idées de persécution avec les hallucinations de l'ouïe. Mais cette question est loin d'être encore bien connue et mérite d'être étudiée sérieusement.

Enfin on a décrit des délires de persécution dans les maladies du cœur, des reins, dans la fièvre typhoïde, la sclérose en plaques, le goître exophthalmique; dans tous ces cas, il s'agit bien plus d'idées de persécution sans systématisation, et enfin, lorsque l'on a un délire de persécution vrai, il faut conclure que l'on a eu affaire à deux affections différentes juxtaposées : l'affection organique agit comme cause occasionnelle, le plus souvent en déprimant l'organisme, et a favorisé ainsi l'apparition du délire chez les héréditaires. Car vous n'oublierez pas que, dans quelque circonstance et sous quelque forme que se manifeste la folie, elle reconnait toujours une même cause : L'HÉRÉDITÉ.

Je ne puis finir ces conférences sans vous dire quelques mots de la médecine légale des persécutés. Je ne puis vous en indiquer toutefois que les points principaux. Le plus important pour vous est de savoir à quelle époque vous ferez séquestrer le malade. Lorsque le persécuté accuse nominalement quelqu'un, c'est alors qu'il est dangereux, car il se vengera et qu'il y ait ou non des rémissions dans son délire, je crois qu'il est prudent de le garder, car le persécuté qui veut donner cours à sa vengeance est profondément dissimulateur, et c'est au moment où vous le croyez inoffensif, qu'il est le plus dangereux, comme le démontrent, hélas ! tant de douloureux exemples ! Qu'il me suffise de rapporter le cas de M. le docteur Marchand (de Toulouse), tué d'un coup de revolver par un de ses malades. Vous pourrez être consultés au point de vue des testaments ; si le malade entre dans une maison de santé, il aura un conseil judiciaire, il n'y a pas de difficulté; mais s'il reste dans la vie commune, devez-vous en faire instituer un ? Il vous sera, en général, facile de reconnaître les mauvaises intentions dont le malade est animé envers ses héritiers, qu'il veut deshériter et qu'il accuse, et c'est là ce qui servira à votre appréciation.

DE LA LIGATURE A DISTANCE

DANS LES PLAIES DE LA PAUME DE LA MAIN.

La conduite à tenir par le chirurgien dans les hémorrhagies consécutives aux plaies de la paume de la main est aujourd'hui toute tracée; il faut lier les deux bouts de l'artère divisée, en agrandissant au besoin la blessure. Cette opération devra se pratiquer sans le chloroforme, après application de la bande d'Esmarch et, quand l'arcade palmaire superficielle sera seule intéressée, il suffira d'un peu de patience et de quelques débridements pour lier ou saisir les deux orifices qui donnent. Il n'en est pas toujours de même quand l'arcade palmaire profonde ou l'artère radiale à sa sortie de l'adducteur sont intéressées.

La profondeur de la plaie, l'importance des organes qui traversent la paume de la main rendent parfois la recherche très difficile et le résultat impossible. On peut bien arriver à saisir un des bouts du vaisseau divisé ; mais l'autre se dérobe, se réfugie sous les tendons et les nerfs, qu'il est impossible, sous peine de dégâts considérables, d'écarter suffisamment pour placer une pince sur une artère que son petit calibre rend toujours très difficile à voir. D'un autre côté, on ne peut arriver par la face dorsale en se frayant une route à travers le gril trop serré des métacarpiens, à passer une ligature en anse, sur ce vaisseau dont la situation peut, du reste, varier de quelques millimètres, et dans ces conditions, on est obligé d'avoir recours à des moyens moins sûrs, il est vrai, mais dont il est important de connaître l'efficacité.

On recommande, dans ces cas, la compression directe dans la plaie et indirecte sur les artères de l'avant-bras ou du bras, l'élévation du membre, la cautérisation et enfin la ligature indirecte ou à distance.

Nous n'avons pas ici à discuter ces différents procédés qui tous ont pu réussir dans certaines circonstances.

La compression compte des succès, mais aussi bien des revers. En tous cas, elle n'est jamais très sûre. Elle exige, en effet, pour pouvoir réussir, d'être maintenue pendant plusieurs jours sans renouveler le pansement. Or, on a affaire à une plaie infectée, à une blessure anfractueuse et contuse, dans de mauvaises conditions par la formation d'un caillot solide, et dans de très bonnes dispositions pour la suppuration, et si ce caillot a pu se former dans les premières vingt-quatre heures, il a des chances pour être détruit ultérieurement par l'infection de la plaie, comme l'a montré M. le professeur Verneuil, et peut donner lieu à une hémorrhagie secondaire. De plus, la compression assez forte pour arrêter le cours du sang dans l'artère coupée empêche la circulation dans toutes les parties situées au-dessous des points serrés par le bandage et met les tissus dans de mauvaises conditions de nutrition. Enfin, elle est quelquefois très douloureuse et ne peut être supportée par les malades. Nous disons de même de l'élévation du membre, vantée autrefois par le professeur Gosselin.

Reste la ligature indirecte qui n'a été employée que dans les cas ultimes, quand tous les autres moyens avaient échoué, et cela parce que le choix de l'artère à faire n'a peut-être pas été assez discuté.

Les livres classiques, même les plus récents, sont formels à cet égard et prescrivent de s'adresser immédiatement à l'artère humérale, soit *au pli du coude et mieux au tiers inférieur du bras ;* soit *à la partie supérieure du bras au-dessus*

de l'origine de l'humérale profonde. Ce sont les connaissances anatomiques qui ont autrefois dicté cette conduite à cause des nombreuses anastomoses qui unissent toutes les artères du membre supérieur. Mais quoique n'ignorant pas ces anastomoses, le chirurgien peut hésiter : aller du premier coup lier l'humérale, presque l'axillaire, d'un homme qui n'a qu'une plaie de la paume de la main, c'est bien gros ; on a comme malgré soi des frissons de gangrène et peut-être pas à tort; car il existe, dans la science, au moins un exemple de cet accident : celui de Blandin, cité dans tous les auteurs.

D'un autre côté, on se rappelle les observations dans lesquelles, radiale et cubitale, humérale au pli du coude liées successivement ont été impuissantes à maîtriser l'écoulement du sang, et on reste perplexe.

Si cependant on réfléchit aux conditions dans lesquelles ces ligatures ont été faites, on constate que c'est dans des cas d'hémorrhagie provenant le plus souvent d'une plaie septique; que de plus, le temps écoulé entre la première ligature et la dernière a, sans aucun doute, permis à la circulation collatérale de rétablir intégralement le courant sanguin dans la main, et on est en droit de se demander si la simple ligature simultanée de la radiale et de la cubitale au poignet, accompagnée d'une parfaite antisepsie de la plaie palmaire, ne serait pas suffisante pour produire une hémostose définitive. Certes les anastomoses à la main sont très nombreuses et les inter-osseuses établissent par la dorsale du carpe et les perforantes d'un côté, par les transversales du carpe de l'autre, une voie de retour qui doit permettre ultérieurement au sang de parcourir les différents vaisseaux de la main; mais ces inter-osseuses sont aussi les seuls canaux par lesquels la circulation collatérale puisse se former et empêcher la gangrène des tissus ainsi que nous l'a prouvé dernièrement encore la curieuse observation publiée par M. le docteur Prengrueber. En somme, une ligature faite dans la continuité pour arrêter l'hémorrhagie d'un vaisseau sectionné entre elle et la périphérie se propose un seul but : arrêter le courant sanguin suffisamment pour permettre au caillot d'être constitué et de devenir assez solide, dans le laps de temps que mettra la circulation collatérale à se rétablir, et le chirurgien a à résoudre ce problème : trouver le point où doit être placée la ligature pour permettre et au caillot de se former au niveau de la plaie, et à la circulation collatérale de se rétablir pour entretenir la nutrition des tissus. Cette question de la formation du caillot et de sa solidité a fait de grands progrès depuis l'antisepsie, et on sait aujourd'hui que l'organisation de ce dernier est d'autant plus rapide, sa résistance plus grande que la plaie est plus aseptique.

Nous pensons donc que dans les hémorrhagies de la paume de la main, la ligature de la radiale et de la cubitale, accompagnée d'une compression modérée, doit suffire pour permettre au caillot d'avoir le temps de se former dans une plaie aseptique, et nous croyons que la conduite du chirurgien pourrait être la suivante : après anesthésie, appliquer la bande d'Esmarch et aller, après antisepsie soignée de la plaie et de ses anfractuosités, à la recherche de l'arcade palmaire superficielle, si on soupçonne sa blessure; s'assurer de son intégrité et aller alors à la recherche de l'arcade palmaire profonde. Si on ne la trouve pas, lâcher la compression et avec des pinces à forcipressure saisir le point d'où vient le sang; s'acharner à cette recherche jusqu'aux limites imposées par la perte du liquide sanguin et les complications qu'elle peut entraîner dans l'anesthésie. Si on peut placer les pinces hémostatiques, faire la ligature, ou les laisser dans la plaie ; si ces pinces ne peuvent arrêter l'hémorrhagie, faire alors la ligature de la radiale et de la cubitale à la partie inférieure de l'avant-bras. L'écoulement sanguin s'arrêtera de lui-même, à moins d'anomalies exceptionnelles. On pratiquera ensuite un grand lavage de la plaie, on tamponnera avec la gaze iodoformée et on fera une compression, suffisante pour modérer l'impulsion sanguine dans les vaisseaux et incapable de l'arrêter complètement.

Cette pratique nous a pleinement réussi dans l'observation suivante, à laquelle nous en joignons une semblable qui nous a été communiquée par notre ami M. Bodet.

Observation I. — Le nommé S... (Auguste), âgé de trente-sept ans, entre le 23 juillet 1890 dans le service de M. le professeur Duplay, porteur d'une plaie contuse de la paume de la main, occasionnée par le bris d'un bocal en verre épais. Hémorrhagie très abondante en jets saccadés. A son entrée à l'hôpital, on fait de la compression qui arrête l'hémorrhagie.

Le lendemain matin, 24 juillet, à la visite, pas trace de sang dans le pansement. Le soir à quatre heures, nouvelle hémorrhagie très abondante. L'interne de garde essaie de placer des pinces, il débride la plaie, il ne peut saisir le vaisseau qui donne. Compression énergique qui arrête l'hémorrhagie.

Le 25 au matin, le malade est très pâle, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. La compression tient bien.

Le 26, légère élévation de température, je pratique la recherche des deux bouts du vaisseau sectionné, que je n'avais pas pratiquée la veille, à cause de la faiblesse du malade. Sous l'anesthésie, après application de la bande d'Esmarch, la plaie, qui traverse obliquement l'éminence thénar et perfore la peau de la région dorsale au niveau du premier espace inter-osseux, est lavée; l'arcade palmaire superficielle est trouvée ; elle n'est pas atteinte. La radiale, qui doit être sectionnée à l'endroit même où elle passe dans son anneau fibreux, au-dessus de l'adducteur du pouce, ne peut être aperçue. La compression élastique est alors lâchée et le sang sort en grande abondance du fond de la plaie mâchée et anfractueuse. En vain plusieurs pinces sont appliquées ; elles ne saisissent que des tissus friables et lâchent prise sans arrêter l'hémorrhagie. L'une d'elles cependant semble atténuer un peu l'écoulement sanguin. Elle est laissée à demeure et je fais la ligature de la radiale et de la cubitale à la partie inférieure de l'avant-bras. L'hémorrhagie s'arrête. Antisepsie de la plaie. Tamponnement à la gaze iodoformée. Légère compression.

Le 29, l'hémorrhagie n'a pas reparu. La pince est enlevée. Nouvelle antisepsie de la plaie. Pansement à la gaze iodoformée.

Le 31, les sutures des plaies des ligatures sont enlevées. Cicatrisation.

Le 11 août, le malade sort de l'hôpital, la plaie presque cicatrisée.

Obs. II. — Le nommé G... V..., vingt-sept ans, entre le 9 mai 1890, dans le service de clinique chirurgicale de Brest. Plaie de l'éminence thénar de 3 centimètres ayant sectionné probablement la collatérale interne. Hémorrhagie abondante. Une ligature est placée sur une pince. Le soir, nouvelle hémorrhagie, on saisit le vaisseau et on le tord.

Le 16 mai (sept jours après), hémorrhagie secondaire de peu d'importance, arrêtée par la compression.

Le 17, légère hémorrhagie, le pansement est refait.

Le 18, l'hémorrhagie continue, M. Bodet ne trouvant pas la source de l'hémorrhagie, lie les artères radiale et cubitale à la partie inférieure de l'avant-bras.

Le 28, le malade sort de l'hôpital. Les plaies des ligatures s'étaient réunies par première intention.

Eug. Rochard,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre de l'Intérieur vient de rendre le décret suivant, conforme au vœu adopté par l'Académie.

Les pharmaciens sont autorisés à délivrer, pour l'usage de la médecine, du sublimé corrosif sur la prescription d'une sage-femme pourvue d'un diplôme.

Cette vente aura lieu, exclusivement, suivant les formules ci-après :

Formule A.

Sublimé corrosif.	25 centigrammes.
Acide tartrique	1 gramme.
Solution alcoolique de carmin d'indigo à 5 p. 100. .	1 goutte.

Formule B.

Vaseline au sublimé à 1 p. 100.	30 grammes.

Chaque paquet contenant la poudre *formule A*, chaque flacon ou pot renfermant la *formule B*, portera l'étiquette rouge orange réservée aux médicaments toxiques pour l'usage externe, avec la mention suivante écrite ou imprimée :

Formule A.	*Formule B.*
SUBLIMÉ CORROSIF	VASELINE
25 centigrammes	AU SUBLIMÉ CORROSIF
pour un litre d'eau	à 1 p. 100
POISON	**POISON**

— Le lundi 2 février 1891, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux.

— M. Cuvillier, interne des hôpitaux, est chargé d'une mission en Autriche-Hongrie, pour y étudier l'organisation des services hospitaliers, au point de vue du traitement des maladies du larynx et des oreilles.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rouyer, décédé à Haroué (Meurthe-et-Moselle), à l'âge de soixante-huit ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 116. — JEUDI 9 OCTOBRE 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 9 OCTOBRE 1890. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » . — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La parole a d'abord été donnée à deux candidats de l'Académie : M. Périer, imitant l'exemple donné dans la dernière séance par M. Terrier, a apporté deux observations intéressantes relatives à la chirurgie du foie. On trouvera, au compte-rendu, un résumé de ces deux observations.

M. Desnos a fait connaître les résultats de ses recherches sur la méthylacétanilide ou exalgine.

L'Académie a continué la discussion sur la dépopulation de la France ; M. Rochard, dans un de ces élans d'éloquence dont il a le secret, après avoir montré « toutes les plaies par lesquelles s'écoule le sang de la France », a indiqué un certain nombre de réformes et de mesures propres à favoriser la natalité, à diminuer la mortinatalité illégitime et la mortalité générale.

M. Nocard a lu ensuite un rapport sur un travail de M. Peyraud (de Libourne), sur l'étiologie du tétanos et sa vaccination chimique par la strychnine. Les grandes espérances que l'on avait pu fonder sur les expériences très intéressantes de M. Peyraud se sont malheureusement évanouies sous le contrôle des expérimentations si nettes, si probantes de M. le rapporteur.

La séance s'est terminée par une lecture de M. Delthil sur l'identité de la diphthérie humaine et animale.

Cette lecture a donné lieu à un incident qui a permis au Bureau de fixer exactement les conditions dans lesquelles les personnes étrangères à l'Académie peuvent y faire les lectures. Cette jurisprudence, adoptée par l'Académie, est intéressante à connaître : Tous les travaux lus par des personnes étrangères doivent être désignés sous les titres de *Mémoire*, *Travail* ou *Étude*, jamais sous celui de *Rapport*. Lorsqu'un travail a déjà été publié en volume, il ne pourra être lu à l'Académie qu'à la condition que ce volume ne soit pas encore mis en circulation.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. QUINQUAUD.

Les teignes (1) : La pelade.

(Leçon recueillie par M. le docteur Paul RAYMOND.)

IV

La pelade est une maladie à part, qu'il faut distinguer des teignes à proprement parler. Elle pourrait être définie en deux mots : c'est une alopécie particulière du cuir chevelu, une trophonévrose contagieuse. Le microsporon Audouini, que l'on avait considéré autrefois comme le parasite de la pelade, n'a pas été observé, il faut le dire, d'une façon scientifique, et l'indécision, au point de vue parasitaire, règne encore sur cette affection. Les descriptions que l'on a données de différents parasites ne sont pas satisfaisantes, et l'on peut dire que, dans l'état actuel de la science, nous ne connaissons pas ce parasite.

La pelade se caractérise par des plaques alopéciques, circulaires, brillantes d'une blancheur remarquable et au niveau desquelles le pigment a disparu : ces plaques sont achromiques. Quant aux cheveux, ils ne sont pas tués ; ils sont en léthargie ; leur vitalité sommeille. C'est là un caractère différentiel entre la pelade et la tricophytie ou le favus. Dès que dans ces dernières affections les poils ont été enlevés, ils repoussent ; dans la pelade, rien de semblable : pendant des mois, il n'y a rien d'apparent sur la plaque peladique. Les cheveux ne poussent pas et c'est tout au plus si l'on aperçoit la saillie du bulbe pileux. Le cheveu ne présente donc pas la même vitalité que dans les teignes ; c'est pourquoi il faut faire de la pelade une maladie à part : ce sont des troubles trophiques et qui revêtent de plus un caractère contagieux.

La pelade a été décrite, il y a longtemps, mais il ne faut pas remonter à Celse, comme on l'a fait à tort, car Celse a confondu dans sa description une foule de maladies. L'area de Johnston correspond exactement à la pelade ; de même l'alopécie des aires de Sauvage. La dénomination de pelade a été imposée par Bazin à cette affection.

La pelade débute par du prurit : celui-ci est parfois si léger qu'il passe inaperçu. Il en est de même quant à l'altération primaire des cheveux qui sont un peu décolorés, en même temps qu'ils perdent un peu de leur brillant et qu'ils deviennent un peu poussiéreux. Dès ce

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1045.

moment, la peau est légèrement empâtée, un peu œdématiée, mais ce sont là des caractères fugitifs, accessoires et d'intérêt secondaire. L'aspect de la pelade, à sa période d'état, est beaucoup plus important. Les poils tombent avec une très grande rapidité. En huit ou quinze jours, il se fait une large plaque d'alopécie. Très souvent ces poils tombent d'une certaine façon : les cheveux dans la pelade ne s'altèrent pas, en effet, d'une manière instantanée; leur chute est préparée pendant quelque temps. Ils s'atrophient, se brisent et cela assez souvent au niveau même de la peau d'où cet aspect de barbe récemment faite que prend la plaque de pelade. On voit une quantité de petits points noirâtres qui représentent les vestiges des cheveux brisés. C'est à cet état que l'on a donné le nom de plaque de pelade pseudo-tondante, parce qu'il rappelle un peu l'aspect de la plaque de tricophytie avec laquelle, d'ailleurs, il n'a rien de commun. Bazin avait été frappé de cet aspect qui simulait assez la teigne tondante, mais il n'entendait nullement confondre ces deux affections. Le cheveu s'est donc brisé au ras de la peau; mais cet état n'est que temporaire, et la portion qui reste ne tardera pas à s'éliminer. D'autres fois, les cheveux se brisent un peu plus loin et ils présentent alors parfois un ou plusieurs renflements. Ils semblent dans ces cas présenter l'apparence d'une massue appendue à un pédicule grêle. Bientôt les cheveux tombent et la surface de la plaque se présente alors lisse, luisante, comme éburnée. On y observe la trace des orifices pileux et on peut même y rencontrer de tout petits poils atrophiés. Le développement du poil est ralenti au dernier degré.

La surface de la plaque peladique présente encore quelques particularités. La pelade dite ophiasique ou achromateuse ressemble à la décoloration de la peau du serpent. Elle peut se développer sur le trajet de certains nerfs : il y a là une dépendance nerveuse que l'on ne connaît pas bien encore, mais qui n'est pas moins réelle. Dans cette forme, la chute des cheveux est complète au centre de la plaque et l'extension de celle-ci se fait par la périphérie. La lésion la plus caractéristique des poils est la suivante. Les poils sont devenus rigides, leur extrémité radiculaire est terminée en pointe d'aiguille, elle est filiforme. La terminaison en pointe remplace le renflement en bouton, le bulbe plein. Parfois le poil se recourbe en crosse vers son extrémité radiculaire, et d'autres fois, comme nous l'avons dit, il se brise. Autour de la plaque de pelade, il y a une zone malade; c'est la zone d'envahissement. Pour reconnaître l'étendue de cette zone, avec une pince vous arracherez les cheveux et vous examinerez si leur pointe se termine en aiguille, s'ils sont recourbés, s'ils cassent, etc. Cette zone d'envahissement peut être diffuse.

Une variété secondaire à cette forme est dite à peau déprimée, lorsqu'aux caractères d'altération des poils de la zone périphérique se joignent l'atrophie, la dépigmentation du cuir chevelu.

Dans la forme décolorante de la pelade, la rapidité de la marche de la maladie occupe la première place. Tous les poils du corps peuvent être envahis en moins de six semaines. Dans d'autres cas, l'affection se localise au cuir chevelu et tous les cheveux tombent; mais dans cette forme, les cheveux ne présentent pas les lésions précédentes. Ils tombent sans présenter cet état poussiéreux que je vous signalais; la terminaison du poil en aiguille fait aussi défaut de même que les altérations du derme.

La contagion de la pelade est indiscutable : la maladie se transmet avec toutes ses irrégularités, toutes ses fantaisies. Elle paraît être néanmoins peu contagieuse, bien que les exemples de contagion soient fréquents. On trouve signalées partout des épidémies de famille, de maisons, d'écoles, de régiments. Vous verrez souvent la contagion se faire par l'oreiller. Un grand nombre de pelades restent stériles. Quelles sont celles qui sont contagieuses; quelles sont celles qui ne le sont pas? A cela je ne puis vous donner de réponse satisfaisante. La pelade est transmissible à toutes ses périodes et même à la phase de guérison apparente. Vous ne devez donc pas laisser un peladique sans traitement, alors même que vous constateriez une amélioration et que les cheveux repousseraient. Quelle est l'époque de la plus grande puissance de contagion? On peut répondre que c'est lorsque la pelade est récente, lorsque les cheveux sont altérés, comme je vous l'ai dit plus haut en vous parlant de la forme achromateuse de la maladie, lorsque surtout il se fait un envahissement d'autres parties du cuir chevelu ou d'autres points du corps.

La pelade défie tout pronostic, quant à sa durée et à sa terminaison; toutefois, il est ordinaire de voir reparaître les cheveux au bout d'un an, bien que cette durée soit généralement moindre. On a vu les cheveux repousser après deux, trois et même après cinq ans. Ils repoussent sous forme de poils follets, mais avant la guérison définitive, il y a des séries successives de repousse et de rechute. Ce n'est qu'après un certain nombre de mois que les cheveux reprennent leurs caractères normaux.

Vous ne confondrez pas la pelade avec le vitiligo : je ne fais que vous signaler la possibilité de cette erreur de diagnostic. Le favus, à sa période cicatricielle, pourrait en imposer pour la pelade. La périphérie d'une plaque de favus présente une légère rougeur qui n'existe pas dans la pelade. Le bulbe pileux n'existe plus, tandis qu'on le retrouve dans la pelade. L'acné pilaire est une affection particulière caractérisée par de petites pustules qui laissent des cicatrices et s'étendent. Il n'y a plus de bulbes pileux, et l'on trouve une rougeur qui manque dans la pelade. Le lupus érythémateux présente sur certains points une atrophie complète avec induration du cuir chevelu, un état crétacé avec rougeur qui ne ressemble que de loin à la pelade. Il existe deux affections qui présentent avec cette maladie plus d'analogie. C'est en premier lieu l'alopécie atrophique ou atrophie des bulbes pileux. Cette alopécie est irrégulière, un peu inégale : les cheveux s'enlèvent avec facilité; ils présentent une gaine vitreuse comme dans le favus. Les placards sont irréguliers, sans présenter aucune espèce de lésions élémentaires. Le cheveu tombe, le bulbe s'atrophie et disparaît. A la périphérie, on retouve la lésion caractéristique, l'arrachement du poil avec sa gaine transparente. C'est en second lieu la folliculite dépilante, caractérisée par des folliculites superficielles, par de petits points purulents à poussées successives. Telles sont les affections qui pourront parfois vous faire hésiter à porter le diagnostic de pelade.

Quelques mots maintenant de la prophylaxie générale et du traitement de cette affection.

Tous les établissements d'instruction ont le droit d'exclure les peladiques. Il sera utile de recommander les coiffures imperméables et surtout les soins de propreté. Le nettoyage de la tête est indispensable comme dans la teigne tondante. Vous devrez continuer le traitement même après guérison confirmée de façon à prévenir la contagion. Il faut

absolument interdire l'échange des objets appartenant aux peladiques et les faire passer à l'étuve. Cette désinfection est d'un intérêt majeur pour les malades eux-mêmes qui se réinfectent souvent par leurs coiffures, leurs objets de toilette, etc. En ce qui concerne l'admission ou la non-admission dans les écoles des peladiques, voici quelques indications qui pourront vous guider. Lorsque, chez un peladique, la plaque est en extension, lorsque la maladie est récente, la marche rapide, la non-admission s'impose. Si la pelade est stationnaire, si la zone limitante présente des cheveux qui tiennent, des cheveux à bulbe plein, vous pourrez admettre le peladique, mais à des conditions particulières. Lorsqu'il s'agira d'une école d'enfants du premier âge, refusez d'admettre le malade, car cela ne lui portera aucun préjudice. Dans une école primaire, vous pourrez l'admettre, mais à condition qu'il soit séparé des autres enfants et qu'il ait la tête couverte. Dans les internats, les mêmes conditions sont de règle. Dans les écoles supérieures, il n'y a qu'un seul cas où la non-admission doive être exigée, c'est lorsqu'il s'agit d'une pelade intense, de variété décolorante suraiguë. Dans les agglomérations militaires vous aurez à recommander l'isolement, la suppression de la garde, la désinfection à l'étuve, etc. Quant au traitement, voici en quoi il devra consister.

En premier lieu, raser les cheveux dans une étendue de 3 centimètres environ autour de la plaque de pelade.

En second lieu, couper les cheveux courts sur toute l'étendue du cuir chevelu, et les maintenir courts.

Troisièmement, savonner la tête deux fois par jour et faire des lotions avec la lotion mixte que je vous ai indiquée pour le traitement de la tricophytie, et dont je vous rappelle la formule :

Bi-iodure de mercure . .	20 centigrammes.
Bichlorure de mercure .	1 gramme.
Alcool.	40 —
Eau.	250 —

Tous les huit jours, les lotions excitantes que vous ferez devront alterner sous peine de voir le cuir chevelu s'habituer en quelque sorte à cet excitant qui ne produirait plus d'effet.

Voici une formule de lotion excitante :

Ammoniaque liquide.	6 grammes.
Alcool camphré	100 —
Baume de Fioraventi	100 —

Vous pourrez employer alternativement à la place de l'ammoniaque soit la teinture de pyrèthre, soit la teinture de romarin, soit encore la teinture de noix vomique à la dose de 10 grammes, en conservant les mêmes proportions d'alcool camphré et de baume de Fioraventi. Une fois par semaine vous pourrez appliquer notre pommade aux trois acides qui prévient la germination des parasites. La lotion suivante est à la fois acide et excitante :

Acide mono-chloro-acétique. .	5 grammes.
Eau.	100 —

Vous pourrez aussi retirer certains avantages des douches sulfureuses sur le cuir chevelu. Il n'est pas, enfin, jusqu'à la médication interne qui ne puisse vous rendre des services : les corps gras, l'huile de foie de morue auxquels vous aurez recours si la pelade persiste au delà du sixième ou du huitième mois, fourniront les éléments du cheveu qui va repousser. Les arsenicaux, le phosphate de chaux ou de soude pourront aussi, dans certains cas, être utilement employés.

SEPT CAS D'ENDOMÉTRITE

TRAITÉS, AVEC SUCCÈS, PAR LE CURAGE COMBINÉ A L'ÉCOUVILLONNAGE OU ASSOCIÉ A D'AUTRES OPÉRATIONS (TRACHÉLORRAPHIE, OPÉRATION DE SCHRŒDER, HERSAGE).

Par le docteur J. PARA (de La Ferté-Alais),
Ancien aide d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de Paris.

I

Nous avons eu l'occasion de pratiquer, en deux ans et demi, neuf fois le curage de l'utérus. Les cas dans lesquels nous avons eu à intervenir se répartissent ainsi :

1° Quatre endométrites chroniques du corps et du col;
2° Trois endométrites hémorrhagiques;
3° Deux cancers utérins (1).

Nous nous proposons, aujourd'hui, de publier seulement nos observations d'endométrite, réservant les deux observations de cancer utérin pour une prochaine publication.

Le curage est une opération facile qui donne, dans le traitement de l'endométrite du corps, d'excellents résultats.

Antisepsie. — Il ne détermine aucun accident, si l'on a soin d'observer une antisepsie rigoureuse avant, pendant et après l'opération. Son succès dépend, en effet, le plus souvent, des précautions antiseptiques préliminaires et de la prophylaxie aseptique constante jusqu'à la restauration *ad integrum* de la muqueuse utérine. C'est pour nous être rigoureusement conformé à ces principes que nous n'avons pas eu d'insuccès.

Dilatation. — Quand l'orifice du col n'était pas suffisamment dilaté pour permettre l'introduction de la curette, nous avons fait la dilatation progressive à l'aide de tiges de laminaire iodoformée. Nous l'avons complétée dans un cas par une éponge préparée.

L'*anesthésie* est utile, mais elle n'est pas indispensable. Dans la plupart des cas (surtout chez les femmes qui ont été dilatées préalablement), l'opération n'est pas douloureuse. Nous n'avons administré le chloroforme que dans les cas où nous avions à associer le curage à d'autres opérations.

Curage et écouvillonnage. — Le manuel opératoire a été celui qui est généralement recommandé. La curette, employée par nous, est celle de Récamier modifiée par M. Doléris. Nous avons, toutes les fois, combiné le curage à l'écouvillonnage. L'écouvillon complète l'action de la curette et enlève les débris de muqueuse que celle-ci a laissés. C'est, de plus, un excellent porte-topique pour cautériser la surface utérine avec la créosote, une fois le curage effectué.

Trachélorrhaphie et opération de Schrœder. — Dans trois endométrites chroniques du corps et du col, nous avons dû

(1) Dans le premier cas, il s'agissait d'un cancer fongueux du col, chez une femme de soixante ans. Nous l'avions perdue de vue pendant plus d'un an. Nous avons eu de ses nouvelles récemment par notre confrère, le docteur Regoby (de Perthes-en-Gatinais), qui lui a fait un deuxième curage.

La seconde femme était atteinte d'un cancer primitif du corps de l'utérus. Nous l'avons opérée avec l'aide de M. le docteur Tissier, chef de clinique de M. le professeur Tarnier.

associer une fois le curage à la trachélorrhaphie (opération d'Emmet) et deux fois à l'opération de Schrœder. A l'exemple de nos maîtres, MM. Richelot, Pozzi et Doléris, nous avons fait les sutures au *catgut*. Nous n'avons pas eu d'insuccès avec cette substance qui se résorbe au bout de douze à quinze jours. La plaie, au bout de ce temps, est complètement cicatrisée.

Pour MM. Richelot, Doléris et d'autres gynécologues, le curage ne doit s'adresser qu'à la métrite du corps. M. Richelot est venu, à nouveau, l'affirmer devant la Société de chirurgie (1). Quand le col est malade, il faut préconiser, dit-il, l'Emmet ou le Schrœder, et combiner l'une ou l'autre de ces opérations au curage dans le cas d'endométrite totale.

Les indications de l'opération d'Emmet doivent être limitées aux déchirures du col vicieusement cicatrisées, ne s'accompagnant pas de lésions anatomiques de la muqueuse.

« Quand il y a ectropion, éversion des lèvres avec lésions glandulaires intenses, quand il existe des cicatrices, des clous fibreux, dus le plus souvent à des cautérisations violentes », l'amputation biconique du col, par le procédé de Schrœder, doit lui être préférée.

Mais dans certains cas d'endométrite totale, lorsque le col est pris légèrement, l'éversion peu marquée, les glandes peu malades, faut-il faire l'opération de Schrœder ?

Hersage. — Notre maître, M. Doléris, a pensé qu'on pouvait ménager le col dans ces cas (surtout chez les femmes jeunes) et essayer d'appliquer les principes généraux de la chirurgie conservatrice la plus rigoureuse.

« Dans les cas en question, il cure avec soin le corps et l'orifice interne, mais il attaque toute la muqueuse intra-cervicale avec un instrument appelé *herse*, après avoir dilaté l'utérus pendant plusieurs jours. La herse pénètre profondément dans les tissus, entame la muqueuse et dilacère les culs-de-sac glandulaires. L'index et le médius de la main gauche sont placés d'abord dans le cul-de-sac, sur la partie latérale droite du col. Ces deux doigts empêchent le col de fuir sous l'action de la herse, quand l'instrument, introduit jusqu'à l'orifice interne, va labourer de haut en bas la portion droite de la muqueuse intra-cervicale. La herse attaque successivement toutes les portions de cette muqueuse. L'instrument passe et repasse deux, et même trois fois, aux mêmes endroits. Une curette tranchante, promenée dans la cavité cervicale, active le travail commencé par la herse et égalise la paroi intra-cervicale (2). »

Le hersage combiné au curage nous a donné un excellent résultat chez une jeune femme atteinte d'endométrite totale avec éversion légère des lèvres (Obs. VI).

Résultats. — Cinq de nos opérées ont été revues dix-huit mois après; leur guérison ne s'était pas démentie. Deux d'entre elles sont devenues enceintes (dont une, mariée depuis cinq ans, n'avait pas eu d'enfants) et ont accouché à terme, sans accidents (Obs. I et V). On ne saurait donc accuser le curage et l'opération de Schrœder d'entraîner la stérilité.

Observation I. — *Endométrite chronique du corps et du col. Éversion des lèvres et érosion. Dilatation progressive. Curage et écouvillonnage. Opération de Schrœder. Guérison.* — Mme P..., âgée de vingt-huit ans. Mariée depuis cinq ans. N'a pas eu d'enfants, pas de fausses couches. Depuis deux ans règles abondantes, revenant à plusieurs reprises dans l'époque inter-menstruelle; écoulement leucorrhéique abondant; douleurs dans le ventre s'irradiant vers la région lombaire et la partie interne des cuisses; digestions lentes et pénibles avec éructations gazeuses.

Le toucher fait constater une augmentation de l'utérus; de plus, le doigt explorateur provoque de la douleur par la pression sur le col. Le cul-de-sac latéral gauche est libre, dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une tumeur qu'à son volume, à sa sensibilité et à sa forme, on reconnaît pour être l'ovaire prolabé.

Au spéculum : col gros largement érodé, éversion complète des lèvres, présentant une surface large, ulcérée, saignante; pas de lacération, écoulement glaireux, filant comme du blanc d'œuf.

Hystérométrie : 7 centimètres et demi.

Après avoir fait, sans résultat, des cautérisations et l'écouvillonnage, je propose à la malade le curage utérin avec abrasion de la muqueuse cervicale. Mme P..., avant de se soumettre à l'opération, va à Paris, consulter M. Doléris, qui confirme en tous points notre diagnostic, et nous engage vivement à agir chirurgicalement sur le corps et le col de l'utérus.

Après plusieurs jours d'un traitement préparatoire antiseptique suivi de la dilatation progressive à l'aide de tiges de laminaire iodoformée, nous abaissons l'utérus à la vulve et faisons un curage soigneux de la cavité utérine. La curette ramène des débris épais et nombreux de la muqueuse. Écouvillonnage à la glycérine créosotée, suivi d'une injection intra-utérine, avec une solution au sublimé à 1/2000e à 45 degrés. Après quoi, nous faisons l'amputation anaplastique du col par le procédé de Schrœder.

La cavité cervicale est bien dilatée. Peu de sang au cours des diverses incisions. Les muqueuses cervicale et vaginale sont affrontées par trois sutures au catgut sur la lèvre antérieure, et par trois sutures sur la lèvre postérieure. Deux sutures au catgut de chaque côté ramènent en contact les lèvres des incisions latérales. Injection au sublimé; tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Suites opératoires normales; pas de réaction fébrile; absence de douleurs. Lavage au sublimé et pansement iodoformé.

Douze jours après l'opération, cicatrisation complète. Col bien refermé, en bon état, ni congestionné, ni ulcéré, l'orifice est très perméable, l'utérus est notablement revenu sur lui-même.

Nous avons revu Mme P..., six mois après l'opération; elle n'a plus ressenti de douleurs, n'a plus eu de catarrhe utérin; menstruation régulière, santé excellente.

(Depuis lors, elle est devenue enceinte et a accouché à terme sans accidents.)

(1) Richelot. Société de chirurgie, séance du 12 mars 1890.
(2) Pichevin. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 421.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

Du moyen de prévenir la déchirure médiane du périnée pendant l'accouchement. — M. G. Tournay étudie, dans la *Presse médicale belge*, les causes de la déchirure médiane du périnée pendant l'accouchement et le moyen d'y remédier.

La plupart des accoucheurs sont aujourd'hui d'accord sur le moyen de prévenir la déchirure médiane du périnée; c'est le débridement de la vulve à l'aide d'une ou plusieurs incisions libératrices. Sans parler de Scanzoni, Eichelberg, P. Dubois et Depaul qui faisaient deux incisions latérales dans le tiers inférieur, on sait que MM. Tarnier et Budin incisent le périnée avec des ciseaux ou un bistouri boutonné, en commençant par le raphé médian et en dirigeant ensuite l'incision obliquement sur l'un des côtés et en dehors de l'anus.

Il résulte, dit M. G. Tournay, de la disposition anatomique des parties qui constituent l'orifice de sortie du canal génital que l'anneau vaginal est le principal obstacle à la sortie de la tête.

Anatomiquement, l'orifice du vagin et le périnée obstétrical n'ont aucun rapport direct, ce sont des parties distinctes, séparées l'une de l'autre par les tissus qui forment la fosse naviculaire. C'est l'orifice du vagin qui est lésé « d'une façon invariable »

dans l'accouchement normal chez la primipare, la fourchette peut, souvent, rester intacte, même si l'accoucheur a eu recours au forceps.

M. Tournay avance que le périnée, proprement dit, n'est pas la surface comprise entre la fourchette et l'anus, cette surface est la peau qui recouvre le corps périnéal et la fourchette. Il faut distinguer les déchirures de l'hymen, de l'orifice vaginal, de la fourchette et du corps périnéal; en outre, il peut y avoir quelquefois des ruptures centrales du périnée.

L'orifice vulvaire du canal génital n'est donc pas la même chose que l'orifice vaginal.

Cliniquement, on peut se rendre compte de la résistance de l'anneau vaginal, en introduisant l'index pendant une douleur, entre les parties molles et la tête, au moment où elle fait bomber fortement le périnée. Généralement l'orifice vulvaire est encore extensible, tandis que l'orifice vaginal, qui se trouve à 1 demi ou 2 centimètres plus loin, est tendu comme la corde d'un arc.

Pour prévenir, lorsqu'elle est inévitable, la déchirure médiane du périnée et son extension vers l'anus et la cloison recto-vaginale, M. Tournay pratique deux incisions latérales dans le quart inférieur de l'anneau vaginal. Cet auteur recommande de faire rapidement les deux incisions et de s'opposer au dégagement trop brusque de la tête. Pour faire ces incisions, il se sert d'un instrument dit *débrideur périnéal*. Cet instrument ressemble au bistouri herniaire de A. Cooper. La lame est légèrement convexe au lieu d'être concave; elle n'est tranchante que dans une étendue de 12 millimètres. Il existe une vis qui peut à volonté faire sortir, à l'aide du pouce la lame de sa gaine ou l'y faire entrer.

On introduit la lame de l'instrument à plat entre la tête fœtale et l'orifice vulvaire. Dès qu'elle a atteint l'anneau vaginal on la retourne, le tranchant vers cet anneau, le côté mousse et concave s'adaptant à la convexité du crâne. On pratique le débridement par quelques très légers mouvements de va et vient. Une sensation de craquement, perçue par la main, indique que l'anneau constricteur a cédé; il faut alors se hâter de faire une seconde incision de l'autre côté, pour empêcher que la sortie trop précipitée de la tête ne prolonge trop en arrière cette première incision.

Le débrideur périnéal atteint sûrement l'anneau vaginal et rien que lui; il peut se manier d'une seule main et peut être facilement désinfecté.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 octobre. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Duguet, Monod et Terrillon qui se portent candidats, le premier dans la section de pathologie médicale, les deux autres dans la section de pathologie chirurgicale;

2° Un relevé statistique des abcès du foie, opérés par la méthode de Little dans les hôpitaux de la marine, à Toulon, par M. Bertrand;

3° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Stackler.

LECTURES

Chirurgie du foie — M. PÉRIER présente deux malades dont l'une a subi la laparotomie pour un kyste hydatique du foie rompu dans la cavité péritonéale, avec mélange de la bile au liquide du kyste, et l'autre, l'extirpation de la vésicule biliaire dont le col était oblitéré par un calcul volumineux.

La première, âgée de quarante-deux ans, éprouvait depuis deux ans des troubles digestifs. Au mois de juillet 1888, en faisant un effort, elle fut prise d'une vive douleur dans l'hypochondre droit, elle eut une syncope, puis, après une évacuation abondante, elle éprouva du soulagement. Le ventre augmenta de volume et, en janvier 1889, la malade présentait tous les signes d'une ascite abondante, avec œdème du membre inférieur droit. Il y avait eu une rupture quelconque, suivie d'une ascite par irritation du péritoine.

M. Périer pratiqua la laparotomie. L'incision du péritoine, faite au-dessous de l'ombilic, donna issue à 8 litres d'un liquide fortement teinté par la bile et dans lequel flottaient des vésicules hydatiques. Sur la face convexe du foie, existait une poche kystique qu'il ne fallait songer ni à suturer à la plaie abdominale, ni à drainer. On ne pouvait non plus fermer le ventre sous peine de voir apparaître une récidive.

M. Périer sutura la plaie dans sa partie supérieure et plaça en bas un gros drain qu'il enfonça profondément.

Il retira le drain le douzième jour, mais il dut le remplacer le lendemain, la température ayant sensiblement monté. Il ne fut retiré définitivement que vers le dix-huitième jour. La malade continua à rendre par la plaie un liquide de moins en moins abondant, mais toujours coloré par la bile. Sept semaines après l'opération, l'état général était excellent, il ne restait plus qu'un tout petit orifice par où suintait encore un peu de bile.

Plusieurs mois après, M. le docteur Hourlier, qui soignait la malade, amena au dehors une membrane hydatique d'environ 1 mètre de longueur.

A partir de ce moment, l'amélioration fut rapide, et la fistule fut définitivement fermée six mois après l'opération.

La seconde malade est âgée de vingt-quatre ans; peu après un accouchement, elle sentit à droite une grosseur qui se développa, et qu'on prit successivement pour un kyste hydatique, puis pour un kyste du mésentère.

Après une ponction, ayant donné 400 grammes d'un liquide visqueux, la tumeur s'étant reproduite, M. Périer en pratiqua l'extirpation.

Il mit à découvert une poche d'un blanc laiteux, constituée par une languette extrêmement mince de tissu hépatique, étalé sur la vésicule biliaire très dilatée. Il libéra la vésicule dans tout son pourtour jusqu'au col, où il sentit un volumineux calcul, qu'il essaya d'extraire avec des pinces, après avoir ouvert la vésicule. Il ne put réussir à le déloger qu'en le pressant entre le pouce et l'index à travers les parois du canal cystique; il glissa comme un noyau de cerise et tomba dans la vésicule, d'où il put être extrait facilement. Il appliqua sur le canal cystique une ligature provisoire avec un gros catgut, et réséqua la vésicule, qu'il oblitéra en rentrant en dedans les bords de la section, et en faisant quatre points de suture en bourse entrecoupée. Il fit une seconde suture en surjet par-dessus la première, de manière à bien adosser la surface externe de la vésicule à elle-même, et enleva la ligature provisoire. Il plia alors, surface cruentée contre surface cruentée, la mince languette de tissu hépatique qu'il avait séparée de la vésicule par dissection et abandonna le tout dans l'abdomen qu'il referma.

Les suites furent simples, et la malade est guérie.

Dans ce cas, ni l'examen, ni l'interrogation de la malade, ni même l'analyse chimique, n'avaient pu mettre sur la voie du diagnostic.

De l'exalgine. — M. DESNOS communique les résultats de ses recherches sur l'exalgine :

Les effets physiologiques de l'exalgine résultent de son action spéciale sur le bulbe et sur le système cérébro-spinal.

D'autres phénomènes indiquent une action sur la moelle et les nerfs qui en partent, sur l'innervation vaso-motrice.

L'exalgine est bien supportée par le tube digestif, elle s'élimine par les reins. Il ne faut pas en donner plus de 25 centigrammes à la fois, mais cette dose peut être renouvelée deux, trois et quatre fois par jour et même au delà les jours suivants.

Les névralgies, et, notamment, les névralgies faciales, les névralgies anémiques sont favorablement influencées par l'exalgine; il en est de même des névralgies syphilitiques.

Les céphalalgies diffuses, les migraines ne sont guère amendées par l'exalgine.

Les névralgies des membres, sciatiques, névralgies du plexus brachial ou du tronc (névralgies intercostales), et les névralgies viscérales, ovaralgies, hystéralgies, coliques néphrétiques, etc., sont aussi justiciables de l'exalgine. Le rhumatisme musculaire est aussi avantageusement modifié.

Sur la dépopulation de la France. — M. **ROCHARD** estime qu'il est du devoir de l'Académie d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur les causes de la dépopulation de la France, mais qu'elle doit restreindre ses conclusions en ce qui concerne la question légale et même fiscale. MM. Lagneau et Javal donnent la même importance aux deux éléments du problème, à la natalité, et à la mortalité; mais l'Académie aurait intérêt à se consacrer surtout au côté de la question qui est du ressort de l'hygiène.

Si celle-ci a peu d'influence sur l'accroissement de la natalité, son importance est incontestable lorsqu'il s'agit de la diminution de la morbidité et de la mortalité.

Pour l'accroissement de la natalité, elle peut diminuer le nombre des unions stériles, dont l'infécondité, loin d'être toujours volontaire, provient, le plus souvent, de la faiblesse et du nervosisme des femmes ou de l'impuissance du mari.

Pour la mortalité, elle est exagérée, étant données nos conditions climatériques excellentes.

Chacun sait que c'est sur la population infantile que pèse surtout la mortalité. Le nombre des mort-nés augmente chaque année ainsi que celui des avortements provoqués. La progression est plus forte en France que partout ailleurs et le crime y a la plus forte part. C'est pour cela que tous les hygiénistes réclament le rétablissement des tours. M. Lagneau leur préfère le bureau secret. Peu importe, pourvu que celle qui ne peut pas ou ne veut pas nourrir son enfant, trouve un endroit où elle puisse le déposer sans se trahir.

Pour les enfants du premier âge, la loi Roussel a pourvu à leur protection d'une façon suffisante; malheureusement elle n'est appliquée que dans un petit nombre de départements.

Après la première enfance vient l'âge des maladies contagieuses, auxquelles la France paie encore un tribut démesuré. On ne fait rien pour empêcher la scarlatine, la rougeole, la diphthérie de se propager, et, cependant, on connaît aujourd'hui les moyens de le faire.

Il faut donc demander aux pouvoirs publics les armes qui nous sont nécessaires pour remédier à cet état de choses : il faut inviter les magistrats à montrer moins d'indulgence pour les matrones qui font un métier de l'avortement, pour les mères qui tuent leurs enfants. Qu'ils rétablissent les tours, ou qu'ils créent des bureaux secrets; que les conseils généraux soient tenus d'appliquer partout la loi Roussel; que les Chambres votent la loi qu'on leur demande depuis deux ans pour rendre la vaccination obligatoire, et qu'on encourage partout la désinfection des locaux contaminés à la suite des maladies éruptives, etc., etc.

Lorsque ces moyens d'action nous auront été donnés, les légistes, les philosophes et les moralistes pourront intervenir à leur tour pour compléter la série des mesures les plus propres à favoriser l'accroissement de la population.

Etiologie du tétanos; sa vaccination chimique par la strychnine. — M. **NOCARD** lit un rapport relatif à un travail de M. Peyraud (de Libourne) sur ce sujet :

Dans la première partie de ce travail, l'auteur rapporte le résultat des inoculations qu'il a pratiquées avec divers produits possédant parfois la virulence tétanique : terre, poussière, fumier de cheval. Il n'obtint que des résultats négatifs avec le fumier de cheval; la poussière de foin a rendu tétaniques 50 p. 100 des lapins inoculés; la terre non cultivée, provenant d'un chai à vin, lui a donné des résultats positifs, puisque tous les animaux inoculés succombèrent. Cette même terre, envoyée comme échantillon à M. Nocard, se montra, en effet, tétanigène, mais à un degré moindre que ne l'avait constaté M. Peyraud.

Dans la deuxième partie de son travail, M. Peyraud s'efforce d'établir qu'il est possible de vacciner les lapins contre le tétanos; cette proposition surprend *a priori*, car on n'a réussi jusqu'ici à obtenir des vaccins que pour les maladies qui ne récidivent point; or, l'on sait que le tétanos ne rentre pas dans le cadre de ces maladies. Il soutient cette théorie, que l'organisme peut acquérir, par l'accoutumance à tel poison d'origine végétale, l'immunité contre telle maladie infectieuse, dont les effets sont plus ou moins comparables à ceux du poison.

Les effets toxiques de la strychnine sont assez analogues aux symptômes du tétanos, et il en a conclu que cette substance pouvait, en y accoutumant l'organisme, le mettre à l'abri de l'inoculation du tétanos.

M. Peyraud injecte sous la peau, pendant cinq ou six jours, une quantité de strychnine, variant suivant l'âge des animaux, et déterminée par tâtonnements, puis il inocule aux animaux ainsi traités des doses de poison tétanique, d'une virulence suffisante pour tuer tous les animaux non préparés. Sur 14 lapins, dont 10 étaient vaccinés, 7 succombèrent au tétanos du cinquième au septième jour, à savoir les 4 témoins et 3 des vaccinés; M. Peyraud explique la mort de ces derniers, par ce fait qu'il leur aurait, le lendemain de l'inoculation, injecté sous la peau un demi-milligramme de strychnine et que cette substance, injectée à ce moment, exagérerait les effets du tétanos au lieu de les atténuer.

Dans une seconde série d'expériences, tandis que tous les animaux témoins succombèrent, 3 sur 7 de ceux qui avaient été préparés résistèrent.

De ces diverses expériences, l'auteur conclut à l'efficacité de la vaccination contre le tétanos par la strychnine.

M. Nocard a repris ces expériences, mais en se servant non plus des échantillons de terre envoyés par M. Peyraud, mais de cultures pures de tétanos, cultures virulentes tuant, dans un délai de trois à cinq jours, tous les animaux inoculés; dans ces conditions, et en suivant le procédé d'injection de la strychnine décrit par l'auteur, il a constaté que les animaux témoins et les animaux préparés succombaient également tous.

Dans une seconde série d'expériences, il a employé une dose plus élevée de strychnine et, malgré cela, les résultats furent absolument les mêmes.

Il paraît donc impossible d'admettre l'opinion de M. Peyraud.

Identité de la diphthérie humaine et animale. — M. **DELTHIL** lit sur l'identité de la diphthérie humaine et animale un mémoire dont voici les conclusions :

Tout semble démontrer que la diphthérie des animaux, qu'elle provienne des mammifères ou plus spécialement de la race ornithologique, est analogue à celle de l'homme, qu'elle est transmissible de l'animal à l'homme et réciproquement. Il en résulte donc la nécessité de surveiller attentivement, au point de vue de la contagiosité possible, les animaux de nos étables et de nos basses-cours et d'assurer l'inspection des marchés.

Cette opinion s'accrédite de jour en jour en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse.

La séance est levée.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Concours d'admission en 1890.

LISTE, PAR ORDRE DE MÉRITE, DES CANDIDATS ADMIS A CETTE ÉCOLE

Candidats à huit inscriptions. — 1. MM. Bodin, Terrasse, Maginelle, Bichelonne, Beaussenat, Gorse, Duhaut, Mangenot, Perrogon, Lair.

11. Hotchkiss, Chevron, Vincent, Haller, Cuinier.

Candidats à quatre inscriptions. — 1. MM. Duroselle, Lefebvre, Roussel, Carbonnier, Picqué, Laval, Daussat, Montalti, Doizy, Féraud.

11. Gandar, Remlinger, Vuillard, Fleury, Lanne, Breuil, Rispal, Marlier, Haury, Guichemerre.

21. Zimmermann, Colomb, Lesnés, Drouineau, Dénommé, Mathieu, Bourlange, Lesterlin, Jaéglé, Jaffary.

31. Riol, Clavelier, Wahl, Védrines, Bouffandeau, Huber, Calba, Roux, Jenny, Vidal.

41. Champon, Sexe, Jirou, Mennessier, Massenet, Vigerie, Lemarchand, Delon, Décuyper, Paris.

51. Cathoire, Gallay, Leymarie, Pinot, Ricaud, Quilly, Mialaret, Camson, Guichard, Pozet.

61. Jourdan, Gras, Delmas, Faure, Husson, Palet, Viguier.

Tous les élèves de la première catégorie et les vingt-cinq premiers de la deuxième devront se présenter à l'École le 23 octobre courant, soit de huit à dix heures du matin, soit de deux à quatre heures de l'après-midi.

Les autres se présenteront le lendemain, 24 octobre, aux mêmes heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Le jury de l'internat se compose de MM. Robin, Letulle, Raymond, Humbert, Tuffier, Polaillon, Champetier de Ribes.

— Le jury de l'externat est ainsi constitué : MM. Siredey, Babinski, Variot, Charrin, Broca, Chaput, Walther.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 octobre 1890, la chaire de physiologie de la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boggs (de Paris), Bourguet (de Béziers), Olive (de Marseille), Pernin (de Marchaux).

— L'École municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié ouvrira ses cours professionnels le jeudi 9 octobre, à huit heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration ; éléments d'anatomie et de physiologie ; pansements ; soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés ; hygiène ; petite pharmacie.

L'Année médicale (2e année, 1889). Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du docteur Bourneville, médecin de l'hospice de Bicêtre, etc. 1 vol. in-8° 1890. — Prix : 4 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 117. — SAMEDI 11 OCTOBRE 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 11 OCTOBRE 1890. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » c. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les diverses variétés de chéloïdes et leur traitement.

Par le docteur A.-F. Plicque,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le nom de chéloïdes, comme toutes les dénominations médicales qui ne reposent que sur une analogie grossière de forme (χηλη crabe, ειδος forme), a servi à désigner toute une série d'affections fort disparates. Cette revue doit donc avoir pour principaux objets de rechercher les rapports entre les diverses variétés de chéloïdes : chéloïdes cicatricielles et chéloïdes spontanées, d'établir leur nature anatomique et de les séparer des autres affections des cicatrices ou de la peau, syphilomes, sarcomes, épithéliomas, etc. qui ont été longtemps confondues dans la classe vague des chéloïdes. Les divers modes du traitement et, en particulier, à propos de l'ablation chirurgicale, la tendance si remarquable aux récidives méritent aussi d'être spécialement étudiés.

I

Les chéloïdes peuvent se développer soit sur des cicatrices pré-existantes, soit sur la peau saine. Cette différence d'origine a servi de base à leur classification en deux groupes distincts : chéloïdes cicatricielles, chéloïdes spontanées. Mais ces deux groupes sont, en réalité, très voisins l'un de l'autre, si voisins qu'un grand nombre de faits cliniques ont pu être indifféremment rapportés soit à l'un, soit à l'autre de ces groupes. Le rôle de l'état général dans le développement des chéloïdes est encore un élément commun fort important et fort intéressant, qui vient rapprocher l'une de l'autre les deux variétés.

a. Les chéloïdes cicatricielles ont souvent pour origine des cicatricules absolument insignifiantes. C'est ainsi qu'on en a vu prendre leur point de départ sur des piqûres de sangsues, sur des cicatrices de saignées, et même sur de simples érosions de grattage. Parfois, la cause était plus légère encore, égratignure d'épingle dans une observation de Hardy, piqûre de bretelle, érosion due à un bouton de chemise, dans deux faits rapportés par MM. Lhonneur (1) et Liron (2). On les a vues également succéder à diverses affections qui, cependant, ne produisent sur la peau que des lésions anatomiques minimes et d'ordinaire facilement réparables. M. Besnier (3), par exemple, a signalé un fait de chéloïdes multiples développées à la région sous-mentale sur les petites cicatrices d'un sycosis chronique non parasitaire. L'acné, enfin, est une des causes les plus fréquentes de chéloïde. C'est au sternum, au dos, et surtout à la nuque que ces lésions, assez importantes et assez fréquentes pour avoir été classées dans une variété spéciale, l'acné chéloïdique (4), se rencontrent de préférence. Dans un fait de M. Vidal (5), les lésions occupaient un siège plus rare et étaient situées à la région sus-hyoïdienne, au niveau du point de frottement du col. Peut-être cette cause irritante avait-elle continué à produire, par son action, l'hypertrophie de la cicatrice, comme elle avait favorisé le développement des lésions primitives d'acné.

Cette action d'une irritation agissant sur une cicatrice d'importance minime se retrouve dans une variété toute différente de chéloïdes : les chéloïdes du lobule de l'oreille (6). Cette variété est très fréquente; elle est due à l'irritation produite par le pendant d'oreille sur la petite cicatrice due au percement. C'est une complication à ajouter à celles (dentelures du lobule, impetigo) que cette lésion produit chez les scrofuleux.

Cependant, si les chéloïdes peuvent résulter de lésions minimes, c'est le plus souvent à la suite de lésions plus profondes, où la cicatrisation a été longue et difficile, qu'on les observe. Les chéloïdes d'origine accidentelle succéderont à des brûlures, à des révulsifs énergiques. Les brûlures profondes par le pétrole (7), par l'acide sulfurique sont particulièrement susceptibles de les produire. Les caustiques énergiques et surtout le chlorure de zinc donnent assez fréquemment des cicatrices chéloïdiennes, pour que cette complication possible doive être, dans bien des cas, regardée comme une contre-indication de leur emploi. Les

(1) Lhonneur. Thèse de Paris, 1856, n° 247.
(2) Liron. Thèse de Paris, 1877, n° 177.
(3) Musée de l'hôpital Saint-Louis, pièce 1159.
(4) *Idem*, pièces 240, 381, 460 (Lailler), 581 (Besnier).
(5) *Idem*, pièce 1433.
(6) *Idem*, pièce 1459. — Kikusi. *Centralbl. f. Chir.*, 1888, p. 612. — Fox. *Transact. of pathol. Society of London*, vol. XXII, p. 313; etc.
(7) *Idem*, pièces 155 (Dolbeau), 582 (Fournier), 303 (Vidal), 899 (Ollivier).

révulsifs violents, vésicatoires laissés longtemps en place, thapsia (1), et, au premier rang, l'huile de croton, sont souvent enfin l'origine de chéloïdes. C'est un effet fort désagréable qu'on ne saurait trop faire entrer en ligne de compte avec leurs avantages si souvent problématiques.

Les chéloïdes, d'origine pathologique, ont été particulièrement observées à la suite de la variole, de la vaccine, du lupus et surtout des syphilides ulcéreuses. Nous avons un peu plus haut signalé le sycosis parasitaire et l'acné. Dans ces diverses affections, une irritation soit accidentelle, soit thérapeutique, s'ajoute parfois pour favoriser la transformation chéloïdienne. Le lupus (2), bien souvent, a donné lieu à des chéloïdes, après avoir été traité par les caustiques chimiques. Nous avons vu un cas d'acné chéloïdique de la nuque survenir après des cautérisations répétées au thermocautère. Enfin une affection qui se répare d'ordinaire, sans laisser pour ainsi dire de cicatrices, la teigne tonsurante peut, quand elle est traitée par l'huile de croton, s'accompagner de chéloïdes. Mais il faut, dans ces divers cas, accuser moins la maladie que la médication.

b. Les observations de chéloïdes spontanées sont beaucoup plus rares que celles de chéloïdes cicatricielles. La spontanéité entière de ces chéloïdes, leur indépendance complète de la plus légère lésion traumatique sont d'ailleurs, quand elles sont isolées, fort difficiles à établir. Les lésions qui servent de point de départ aux chéloïdes cicatricielles sont souvent si minimes qu'on peut toujours supposer, comme origine des chéloïdes spontanées, une de ces lésions passées inaperçues. M. Liron (3), en particulier, pense qu'il faut souvent invoquer la pression des vêtements, les irritations qui se produisent souvent entre les plis de la peau. Au sujet des chéloïdes inguinales spontanées qui font l'objet de sa thèse, il rappelle la fréquence toute particulière de l'intertrigo de l'aine. Parfois aussi, l'action du frottement s'exercera sur une petite saillie pathologique, un nœvus dans la deuxième observation de M. Liron. On a vu également plus haut l'influence du frottement du col de chemise sur l'acné chéloïdique de la nuque.

Si l'origine entièrement spontanée des chéloïdes isolées peut être parfois mise en doute, ces chéloïdes, dans d'autres observations, sont tellement nombreuses, que cette origine paraît plus certaine. C'est le cas, en particulier, pour plusieurs observations de Wilson, de Kaposi, de M. Vidal, où l'on compta trente-neuf, vingt, douze chéloïdes spontanées. C'est le cas surtout, pour une observation de Schwimmer (4), où la malade avait vu se développer en six ans, sur la moitié droite du dos et de la poitrine, cent cinq chéloïdes du volume du pouce à celui d'un pois. Le nombre de ces chéloïdes, leur siège unilatéral ne permettent pas d'invoquer des érosions traumatiques ou spontanées. Enfin l'examen microscopique montrait que leur tissu se fusionnait de tous côtés avec le tissu sain, sans qu'on aperçût nulle part de tissu de cicatrice. Dans une deuxième observation de Schwimmer, les chéloïdes, également nombreuses, étaient apparues peu après une éruption de rougeole intense. Peut-être peuvent-elles être attribuées aux cicatricules laissées par cette éruption sur la peau.

Quelques observations où l'on rencontra simultanément sur le même malade des chéloïdes cicatricielles et des chéloïdes spontanées, viennent encore rapprocher les deux lésions. Dans un fait curieux rapporté par M. Ory (1), le malade avait vu se développer spontanément une vingtaine de saillies chéloïdiennes occupant le bras, le deltoïde, les omoplates. Il offrait, en même temps, sur ses cicatrices de vaccine, et sur deux cicatrices du pli du coude dues à une double saignée, des saillies plus petites, mais fort nettes. Ces dernières étaient plus blanches que les chéloïdes spontanées. Elles suivaient la forme de la cicatrice, tandis que les autres étaient plus régulièrement arrondies. Les deux premières qui s'étaient développées symétriquement sur chaque moignon de l'épaule avaient pris l'aspect d'une croix de Malte. Par une exception assez rare qui sera de nouveau signalée à l'étude des symptômes, aucune des chéloïdes n'occupait la région sternale. M. Amicis (2) a signalé une observation plus singulière encore, où il n'existait pas moins de 318 chéloïdes chez une femme hystérique, quelques-unes developpées sur des cicatrices, la plupart entièrement spontanées. La distribution symétrique des lésions était fort remarquable. On trouvait 82 chéloïdes sur le bras droit, 83 sur le bras gauche, 32 sur la région deltoïdienne droite, 31 sur la région deltoïdienne gauche. Le parallélisme était donc complet.

c. Qu'il s'agisse d'ailleurs de chéloïdes entièrement spontanées ou de chéloïdes succédant à un traumatisme insignifiant, il est hors de doute qu'à côté de l'origine locale douteuse une prédisposition spéciale de l'état général doit intervenir pour expliquer le développement de l'affection. La nature exacte de cette prédisposition est, comme pour les autres néoplasmes, restée assez mal établie. La scrofule semble, dans bien des cas, constituer un terrain favorable au développement des chéloïdes. La relation des deux maladies se trouve souvent démontrée non seulement par les commémoratifs, mais par les résultats du traitement, un traitement général antiscrofuleux pouvant amener une amélioration et même une guérison locale. Mais il existe beaucoup d'autres faits où l'examen minutieux du malade n'a pas révélé le moindre stigmate de lymphatisme. En ce qui concerne en particulier l'acné chéloïdique de la nuque, on aurait bien plus lieu d'invoquer l'arthritisme que la scrofule. L'arthritisme, lui-même, peut faire défaut. Le malade d'Ory, qui présentait une réunion si remarquable de chéloïdes cicatricielles ou spontanées, fut examiné minutieusement, sans qu'on relevât chez lui de tare diathésique.

La prédominance de la chéloïde dans la jeunesse et l'âge adulte, et dans le sexe féminin, doit aussi être mentionnée. Cette prédominance est peut-être, cependant, plus apparente que réelle ; car c'est surtout chez les sujets jeunes et dans le sexe féminin que des chéloïdes mêmes indolentes doivent éveiller l'attention du malade et le décider à demander une intervention. Dans les conditions opposées, elles laissent facilement le sujet qui les porte indifférent et passent inaperçues.

La prédisposition toute spéciale de la race nègre pour les chéloïdes offre plus d'intérêt. Dans cette race une chéloïde plus ou moins accusée serait presque la règle pour chaque cicatrice. Comme la race nègre est très sujette à la tubercu-

(1) Musée de l'hôpital Saint-Louis, pièce 1100 (Lailler).
(2) *Idem*, pièce 700.
(3) Liron. Loc. cit., p. 35.
(4) Schwimmer. *Centralbl. f. Chir.*, 1880, p. 339.

(1) Ory. *Bulletin de la Société anatomique*, 1875, p. 20.
(2) Amicis. *Compte rendu du Congrès international de dermatologie*, 1889, p. 93.

lose, ce fait peut être invoqué à l'appui du rôle qu'on a fait jouer dans bien des observations au terrain scrofuleux.

L'hérédité des chéloïdes a été enfin signalée dans quelques observations. Hébra a rapporté l'histoire d'une famille dont tous les membres offraient des chéloïdes nombreuses, et ces faits ne laissent point de constituer un argument important en faveur de l'influence de l'état général sur l'origine de la maladie.

II

La nature anatomique et la pathogénie des chéloïdes ont été fort discutées. Alibert les a décrites sous le nom de cancroïdes et rangées dans les dermatoses cancéreuses. Hébra les rattache également aux néoplasmes, mais aux néoplasmes bénins. Jacobson les regarde comme étant le plus souvent une variété particulière de sarcome,.Tilbury Fox comme une affection tuberculeuse. M. Hardy tend à les ranger dans les simples difformités de la peau. La pathogénie a prêté à des discussions plus obscures encore que la nature anatomique. Bazin a invoqué une diathèse spéciale, la diathèse fibroplastique. Erasmus Wilson croit à un trouble trophique. Deneriaz à une infection microbienne. Kabler rattache certaines chéloïdes spontanées à la syringomyélie. Il faut avant tout, dans la discussion de ces assertions contradictoires, faire la part des faits d'observation rigoureuses et des hypothèses pures.

L'anatomie pathologique de la chéloïde établit tout d'abord un premier fait, c'est qu'il n'y a point de différence essentielle entre la chéloïde cicatricielle et la chéloïde spontanée. Dans les deux cas, le néoplasme est constitué macroscopiquement par une masse blanchâtre, dure, compacte, isolée. Au microscope toutes deux sont constituées par des faisceaux conjonctifs formant un treillage très serré et par un certain nombre de cellules fusiformes. La proportion relative de ces deux éléments dépend surtout de l'âge de la chéloïde. Dans les parties anciennes, les cellules fusiformes sont très rares. Dans les parties récentes, elles sont plus nombreuses et forment de véritables nids entre les mailles conjonctives. Ces parties sont également bien plus vasculaires (Malassez). Leur structure se rapproche donc du sarcome, tandis que celle du tissu ancien dont le tissu conjonctif est complètement organisé se rapproche du fibrome.

Les cellules embryonnaires, et ce détail histologique est d'une haute importance au point de vue de la pathogénie des récidives, ne sont pas, d'ailleurs, limitées aux limites macroscopiques du tissu chéloïdien. En outre de celles qui existent dans ce tissu, on en rencontre un certain nombre à la périphérie se prolongeant, en particulier, dans les gaines des vaisseaux. Les limites d'invasion réelle dépassent donc notablement les limites apparentes. Une ablation fort large aura seule chance d'enlever la totalité du mal.

La différence histologique entre la chéloïde vraie et la chéloïde cicatricielle ne porte que sur deux points accessoires. La chéloïde vraie est recouverte par la couche papillaire de la peau, couche qui manque sur les chéloïdes cicatricielles. Les faisceaux conjonctifs sont, dans la première, disposés parallèlement à l'axe longitudinal. Dans la seconde, ils divergent dans différentes directions comme les faisceaux fibreux de la cicatrice. Mais ces différences de détail laissent subsister l'identité de nature, et toutes deux doivent être rangées dans les fibro-sarcomes.

Mais, et c'est là ce qui explique la bénignité de la chéloïde, celle-ci, à mesure que l'évolution progresse, perd de plus en plus les caractères du sarcome pour se rapprocher du fibrome. Les cellules embryonnaires se transforment, en effet, en éléments conjonctifs définitifs, qui prennent rapidement le dessus. Alors même qu'elles prédominent au début elles sont, ainsi que l'a montré Jacobson (1), séparées par des éléments conjonctifs résistants. Leur prolifération, au milieu de ces éléments qui les enserrent, amène bien vite l'oblitération des vaisseaux toujours assez peu nombreux de la chéloïde. De là une lenteur extrême dans l'accroissement et souvent même l'arrêt de la marche du sarcome. En même temps, d'ailleurs, que les vaisseaux s'oblitèrent, les cellules et leurs noyaux deviennent de plus en plus rares et disparaissent.

La nature néoplasique de la chéloïde est donc bien établie, mais l'ignorance sur sa pathogénie exacte reste la même que pour les autres néoplasmes. Il est inutile d'insister sur les hypothèses de diathèse fibroplastique, de troubles trophiques d'origine parasitaire. Deux points de théorie générale méritent peut-être d'être brièvement rappelés, l'un à propos de l'origine cicatricielle de certaines chéloïdes, l'autre à propos du terrain scrofuleux sur lequel elles évoluent. Le premier est relatif à la théorie de Conheim. Cette théorie, attribuant tous les néoplasmes à des germes embryonnaires disséminés dans les tissus, se trouve en défaut, à propos des fibro-sarcomes chéloïdiens développés sur les cicatrices. Cette objection, déjà faite par M. Quénu à propos des cancroïdes des cicatrices, est bien difficile à réfuter : « là où une brûlure a jadis tout détruit, peau et tissu cellulaire où sont les germes embryonnaires? » Le second porte sur l'antagonisme souvent constaté entre la scrofule et les tumeurs malignes. C'est un fait qui semble en contradiction avec cet antagonisme que de voir un néoplasme, dont la structure est originairement celle du sarcome, se développer sur un terrain le plus souvent scrofuleux. Mais la bénignité de l'évolution ultérieure vient plutôt confirmer qu'infirmer cette loi d'antagonisme.

III

La symptomatologie des chéloïdes est fort simple, leurs caractères principaux étant peu nombreux et leur évolution restant toute locale. Leur diagnostic, le plus souvent, n'offre pas non plus de difficultés.

a. La forme des chéloïdes est assez variable. Celle des chéloïdes cicatricielles suit plus ou moins la forme des cicatrices qui leur ont donné naissance. Sur une cicatrice linéaire, la chéloïde formera une saillie régulière hémicylindrique qu'on a pu comparer à un fragment de macaroni incrusté dans la peau. Sur une cicatrice en croix, la forme rappellera celle d'une croix de Malte. Quand la cicatrice a été obtenue à la suite d'une suture, la chéloïde part souvent à la fois de la cicatrice principale et des points de suture, présentant vers ces points des prolongements qu'on a comparés aux pattes d'un crabe. Cette forme se retrouve souvent dans les chéloïdes récidivées après l'ablation. L'acné chéloïdique peut se présenter soit sous forme de bourgeons framboisés, soit par suite de la fusion des cicatrices voisines sous forme de crête irrégulière, de direction le plus ordinairement transversale. La chéloïde du lobule

(1) JACOBSON. *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. XXX, p. 39.

de l'oreille a le plus souvent un aspect globulaire. Quant aux chéloïdes des cicatrices irrégulières de brûlure, de lupus de syphilides ulcéreuses, elles revêtent les configurations les plus variées. La forme des chéloïdes spontanées est plus constante. Le plus ordinairement elles sont assez régulièrement arrondies en ovoïdes ou en hémisphères. Assez rarement elles sont plus ou moins pédiculées.

Le volume de la tumeur est d'ordinaire minime, ne dépassant guère la grosseur du pouce. Il est lié d'ailleurs aux dimensions de la cicatrice d'origine. Une cicatrice très petite peut pourtant donner naissance à une chéloïde très étendue. Dans une observation de Deneriaz, une chéloïde de 23 centimètres sur 16 s'était développée sur une cicatricule d'acné.

Les chéloïdes se fusionnent avec les tissus voisins. La ligne de démarcation complètement insensible par place est, sur d'autres places, marquée par de petites expansions radiculées, dont la présence constitue un des bons caractères différentiels.

La couleur des chéloïdes est tantôt rouge, tantôt blanche. Bazin s'était servi de cette différence de coloration pour classer les chéloïdes en deux groupes, mais c'est là exagérer son importance. Les chéloïdes récentes plus vasculaires ont souvent un aspect rosé inflammatoire. Cet aspect est particulièrement marqué dans l'acné chéloïdique. La vascularisation est souvent telle que les chéloïdes sont parsemées de télangiectasies et que quelquefois même, comme dans une observation de M. Quinquaud, elles ressemblent à un nœvus. Les chéloïdes anciennes moins vasculaires deviennent de plus en plus lisses blanches mates. La pigmentation des chéloïdes est un fait exceptionnellement rare.

La consistance du tissu morbide varie comme la coloration, et devient de plus en plus fibreuse et dure. La surface est d'ordinaire glabre et lisse. L'acné chéloïdique peut, cependant, être parsemé de groupes de poils ou de poils isolés. Ceux-ci, devenus d'ordinaire raides et durs, se disséminent sur la crête en rappelant les dents d'un peigne.

Le siège des chéloïdes montre une prédilection singulière pour la région presternale. C'est dans cette région que les cicatrices produites par les causes diverses, acné, irritants, brûlures, deviennent le plus souvent chéloïdiques. Cette prédilection se retrouve dans les chéloïdes spontanées, et, quand celles-ci sont multiples, il est bien rare qu'une ou plusieurs d'entre elles ne siègent pas en avant du sternum. Le cou, la nuque, les parties moyennes du dos, le lobule de l'oreille, la région deltoïdienne viennent comme fréquence après la région presternale. La chéloïde peut se développer non seulement sur la peau mais sur les muqueuses. M. Verneuil a rapporté une observation remarquable de chéloïde de la conjonctive, consécutive à une brûlure par l'acide sulfurique. Mais cette localisation sur les muqueuses est exceptionnelle.

La présence de ces tumeurs ne produit, le plus souvent, qu'une gêne purement locale par la saillie disgracieuse qu'elles forment, par les froissements qu'elles peuvent subir des vêtements. Parfois, pourtant, sans qu'il soit facile d'en donner les raisons, elles deviennent le siège de douleurs assez vives. Ces douleurs sont souvent intermittentes, liées aux changements hygrométriques; elles ont été, dans quelques observations, véritablement intolérables. Elles semblent devoir être attribuées à la compression des nerfs de la région. L'impaludisme, le rhumatisme jouent aussi, comme le montreront plus loin les résultats obtenus par le traitement, un certain rôle dans leur production. Leur caractère est assez variable et elles peuvent se présenter sous forme de douleurs névralgiques irradiées, de constriction; la forme la plus commune est celle de picotements ou de démangeaison.

L'évolution des chéloïdes est d'ordinaire fort lente et fort restreinte. Après avoir atteint assez rapidement leurs dimensions définitives, les chéloïdes cicatricielles restent stationnaires. Elles deviennent seulement moins vasculaires et plus blanchâtres. Il est fort rare qu'elles subissent une résorption spontanée. Quelques observations de Firmin, d'Hébra, de M. Hardy semblent pourtant indiquer la possibilité de cette terminaison favorable. A la place occupée par la tumeur, reste une surface blanchâtre, lisse, unie. L'ulcération (sauf le fait d'ulcérations mécaniques produites par le frottement et qui se réparent vite) est exceptionnelle. L'observation de Vallerand Delafosse, souvent rapportée comme un exemple d'ulcération de chéloïde, aurait plutôt, pour M. Hardy, trait à un épithélioma. La même objection peut être faite aux autres cas publiés. Il est plus rare encore de voir les chéloïdes prendre les allures de néoplasme malin et se généraliser. Comme nous l'avons vu à l'anatomie pathologique, la transformation rapide des cellules embryonnaires en tissu fibreux définitif s'oppose tant à l'accroissement excessif qu'à la généralisation. Le pronostic général reste donc bénin.

Sous un autre rapport cependant, les chéloïdes se rapprochent des tumeurs malignes par leur tendance extrême aux récidives après l'ablation. Alors même que la réunion primitive a été obtenue, la tumeur enlevée se reproduit presque toujours, non seulement sur la ligne de réunion, mais sur chacun des points de suture; son volume est d'ordinaire plus considérable que le volume primitif. Les succès durables sont assez rares et quelques-uns n'ont été obtenus qu'après plusieurs interventions successives.

La cause de ces récidives s'explique facilement par l'anatomie pathologique. Toute ablation qui se borne à enlever le tissu malade, sans déborder largement dans les parties saines, laisse forcément les cellules embryonnaires disséminées dans les gaines des vaisseaux qui arrivent à la périphérie et se trouve incomplète. Il faudra donc ou renoncer à toute extirpation, ou opérer très largement.

b. Le diagnostic dans les chéloïdes cicatricielles est d'ordinaire facile. L'épithélioma des cicatrices, par ses bourgeons durs, irréguliers, par ses ulcérations rapides, ne saurait plus aujourd'hui prêter à la confusion. Les syphilomes des cicatrices, dans toutes les observations recueillies jusqu'ici, se sont présentés sous l'aspect de pustules d'ecthyma, de gommes ulcérées qui ne rappellent nullement la chéloïde. Il faut cependant songer à la possibilité d'observer des gommes cicatricielles non encore ulcérées; à défaut d'observations précises, les guérisons obtenues dans certains faits de chéloïdes par l'usage interne de l'iodure de potassium se rapportent peut-être à des faits de ce genre. Le malade devra donc toujours être examiné soigneusement au point de vue des antécédents syphilitiques. Il faudra se rappeler que le retentissement de la syphilis sur les cicatrices peut se faire dans deux conditions très différentes. Tantôt le blessé était déjà syphilitique au moment de l'affection ou de l'accident qui a produit la cicatrice, tantôt, au contraire, l'infection syphilitique est consécutive, et la lésion spécifique se développe sur une cicatrice antérieure à l'infection et parfois fort ancienne. Dans une ob-

servation de M. Verneuil, la cicatrice devenue le siège de gommes avait succédé à un abcès sous-périostique du tibia survenu vingt-sept ans auparavant. Dans les cas douteux, le traitement spécifique mériterait d'être toujours essayé.

Le diagnostic des chéloïdes spontanées est plus complexe. Elles sont parfois difficiles à séparer nettement d'autres affections cutanées rares et dont la délimitation n'est pas toujours complètement faite, en particulier de la sclérodermie (morphée, chéloïde d'Addison), de la lymphadénie cutanée. Dans les cas types, la sclérodermie avec ses plaques sèches, parcheminées, arrondies, sa diminution de la sensibilité cutanée ne ressemble guère à la chéloïde. Mais parfois (1), « la nuance qui sépare ces deux affections est presque indéfinissable et la dégénérescence chéloïdienne semble superposée à la sclérodermie ». La lymphadénie cutanée ne prête à confusion qu'à sa première période, alors qu'il n'y a ni ulcérations, ni affaiblissement général. Mais d'ordinaire, l'apparition des tumeurs a été précédée par des éruptions fugaces d'érythème, d'urticaire, de purpura; la peau est épaisse et lichénoïde. On pourrait passer en revue bien d'autres diagnostics : nœvi, verrues, scrofulides, lèpre, syphilides tuberculeuses, molluscum, adénomes sudoripares, névromes, etc. Les signes différentiels sont d'ordinaire tellement évidents, qu'ils ne permettent même pas l'hésitation. D'autre part, dans les formes atypiques et rares, le diagnostic devient presque impossible. Le molluscum et la chéloïde, par exemple, semblent être deux variétés de fibromes, l'une pédiculée, l'autre non pédiculée; une chéloïde très vasculaire peut se rapprocher beaucoup d'un nœvus; des syphilides, des scrofulides peuvent persister partiellement comme lésions originelles et être, sur d'autres points, cicatricielles et chéloïdiques. L'expérience clinique seule peut non pas prononcer, mais soupçonner le diagnostic dans ces différents cas.

IV

Si bénin que soit leur pronostic, les chéloïdes, par la difformité qu'elles comportent, par les douleurs qu'elles peuvent entraîner, n'en constituent pas moins, pour le sujet qui en est atteint, une véritable préoccupation. Obtenir leur disparition complète est souvent chose longue et difficile. Trois modes de traitement principaux pourront être essayés : le traitement purement médical (applications topiques et médication générale), l'ablation chirurgicale, enfin les scarifications, ce dernier mode de traitement étant aujourd'hui le plus en faveur et sa technique complètement étudiée.

a. Le traitement purement médical des chéloïdes peut avoir pour but soit d'obtenir leur disparition complète, soit simplement de calmer les douleurs qu'elles produisent.

Les faits de régression spontanée des chéloïdes peuvent, plus que pour toute autre tumeur, faire espérer la possibilité de la régression par les moyens thérapeutiques. Les moyens employés doivent être à la fois locaux et généraux. Localement, les préparations mercurielles, pommade au protoiodure, pommade mercurielle et, en particulier, les applications d'emplâtre de Vigo imbriqué en bandelettes de façon à joindre la compression à l'action résolutive, ont donné des succès, mais il faut les appliquer avec assiduité pendant de longs mois (Hardy). Les badigeonnages de teinture d'iode, ou de glycérine iodée, constituent un autre bon topique. Leur effet inflammatoire devra être surveillé; la teinture d'iode est souvent trop irritante; la glycérine iodée, dans la formule d'Auspitz, ne renferme qu'un ou deux centièmes d'iode. On pourra graduellement augmenter cette proportion.

Un grand nombre d'autres moyens ont été proposés. Cazenave a recommandé les douches sulfureuses, les pommades à l'iodure de potassium. M. Guérin, à la suite d'une application de papier chimique faite seulement dans le but de calmer les douleurs, fut assez heureux pour voir complètement disparaître une chéloïde de l'épaule datant de plusieurs années. Les émollients (bains simples à peine tièdes, larges cataplasmes de riz) auraient suffi pour améliorer beaucoup une chéloïde de la cuisse, dans une observation souvent citée de Gintrac. Leur emploi dans les chéloïdes rouges, d'aspect inflammatoire, méritera parfois d'être essayé. Les caustiques, souvent mis en usage, ont toujours donné de mauvais résultats. Si profonde qu'ait été la destruction, la récidive a été la règle; peu de cicatrices ont, en effet, autant de tendance que les cicatrices des caustiques à devenir chéloïdiennes.

Le nitrate d'argent aurait cependant donné un succès à M. Letellier (1). Après diverses tentatives infructueuses de traitement sur une chéloïde de la partie inféro-externe de la jambe qui déterminait des démangeaisons insupportables, il réussit à la faire disparaître par le nitrate d'argent. Une pommade au sixième ne détermina qu'un peu de picotement et fit seulement grisonner la surface de la tumeur. Les solutions même concentrées furent impuissantes. Des attouchements répétés au crayon en vinrent seuls à bout. La guérison après deux ans ne s'était pas démentie.

Le traitement général repose tout entier sur les indications diathésiques. C'est au traitement antiscrofuleux (huile de foie de morue, iode, bains de mer, etc.) qu'il faudra, le plus souvent, avoir recours. L'iodure de potassium a donné un certain nombre de succès et mérite d'être essayé s'il y a le moindre soupçon de syphilis.

Les douleurs, elles-mêmes, ne peuvent être utilement combattues qu'en combinant le traitement local (pommades narcotiques, injections sous-cutanées de morphine, courants continus, stypage) au traitement général. Le sulfate de quinine, si les douleurs sont intermittentes, le salicylate de soude, si le malade est rhumatisant, contribueront souvent à les apaiser.

Il est à peine utile de rappeler, en terminant le traitement médical, la nécessité de mettre les chéloïdes à l'abri des irritations et des froissements. Quant aux divers moyens de masquer la difformité produite par les chéloïdes, les malades, suivant la remarque d'Alibert, sont ingénieux à les trouver d'eux-mêmes et à cacher la saillie disgracieuse sous des plaques, des rubans ou des bijoux.

b. L'ablation chirurgicale des chéloïdes, pour donner quelques chances de succès, doit être faite très largement. Dans les observations où des guérisons durables ont été obtenues après plusieurs récidives, il est presque toujours spécifié que le sacrifice a été, dans la dernière opération, beaucoup plus considérable que dans les précédentes (Michon, Warien). Dans les observations où l'échec a été complet, on s'était souvent contenté d'enlever la tumeur avec une très faible zone de tissu sain. Quand on le pourra, c'est toujours une zone de 2, 3 et même 4 centimètres de

(1) Duhring. *Maladies de la peau*, trad. franç., p. 468.

(1) Letellier. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1836, vol. I, p. 179.

peau saine qu'il faudra en tous sens enlever avec la chéloïde; en profondeur, c'est jusqu'à l'aponévrose qu'il faudra pénétrer. Les chéloïdes étant d'ordinaire peu volumineuses et occupant le plus souvent des régions à peau mobile (région pré-sternale, région deltoïdienne), la suture restera facile après ces larges ablations. Au besoin, d'ailleurs, on pratiquera, comme dans un cas de M. Pozzi, des incisions libératrices latérales. La réunion par première intention doit être, en effet, cherchée dans tous les cas de chéloïdes, mais elle ne doit jamais préoccuper au point d'entraver l'ablation large. La perte de substance, si considérable qu'elle soit, peut toujours être réparée soit par la cicatrisation à plat, soit par une autoplastie.

Le thermocautère a été substitué au bistouri dans quelques interventions. M. Verneuil opéra par ce procédé une chéloïde récidivée du pli de l'aine. La plaie fut recouverte par des greffes épidermiques. Le résultat sembla satisfaisant, mais la malade fut, de bonne heure, perdue de vue. Kœnig essaya, dans un autre cas, de combiner l'emploi des deux moyens. Pour tâcher d'obtenir la guérison durable d'une chéloïde ayant récidivé, et qui n'avait pas moins de 10 centimètres de long, sur 8 de large, il fit une incision périphérique dépassant de 1 centimètre les limites de la peau malade et enleva celle-ci avec le tissu sous-jacent jusqu'aux aponévroses musculaires. Les bords de la plaie furent énergiquement brûlés au thermocautère. La guérison demanda cinq mois. Au moment où la malade fut perdue de vue, il n'y avait pas de véritable récidive, mais il existait aux limites de la cicatrice des gonflements suspects. Le résultat final est donc incertain et peu encourageant. Il aurait sans doute mieux valu sacrifier la peau saine sur 1 ou 2 centim. de plus et se dispenser de la cautérisation.

L'emploi de la compression après l'opération a donné, dans quelques observations, de bons résultats pour prévenir les récidives. Lorsque la cicatrice paraît tendre à l'exubérance, une compression exacte exercée soit par un pansement ouaté (Pozzi), soit par des rondelles d'amadou (Bazy), a souvent suffi à prévenir les récidives. Les scarifications ont été aussi très préconisées par M. Le Dentu (1) sur ces récidives au début. A côté de ces moyens locaux, l'emploi de la médication générale indiquée plus haut constituera un utile adjuvant.

Au point de vue des indications et contre-indications opératoires, on doit, d'ailleurs, tenir compte de divers éléments, la facilité de production, le nombre, l'évolution, l'étendue des chéloïdes. Chez certains sujets qui voient la moindre cicatrice devenir chéloïdique, l'opération ne pourra évidemment donner de résultat. Elle sera également impraticable dans le cas de chéloïdes extrêmement nombreuses. L'évolution peut, au contraire, constituer une des indications les plus pressantes et faire préférer l'extirpation aux scarifications; lorsqu'une chéloïde unique présente un accroissement assez rapide, on doit toujours suspecter sa nature et, de crainte qu'il ne s'agisse d'un sarcome, pratiquer une large ablation. L'étendue des chéloïdes ne constitue qu'une contre-indication relative. Elles rendent l'opération plus sérieuse, mais ne constituent point à son succès un obstacle absolu. C'est ainsi que M. Monod (2) obtint par l'ablation une guérison, non démentie après cinq mois, chez

(1) Le Dentu. *Revue des sciences médicales*, analyse de M. Danlos, vol. XVII, p. 185.

(2) Monod. *Revue de chirurgie*, 1885, p. 578 et 1024.

un jeune enfant atteint de très volumineuses chéloïdes cicatricielles du cou. Le volume de ces chéloïdes étaient tel que plusieurs membres de la Société de chirurgie avaient déconseillé l'extirpation. En ce qui concerne les chéloïdes douloureuses, mentionnons enfin que les opérations ont parfois donné, alors même qu'elles étaient suivies de récidives, un succès partiel relativement à l'apaisement des souffrances. Dans une observation de Salèsses, où l'opération avait été faite à cause des douleurs excessives, la chéloïde récidivée resta complètement indolente.

c. Les scarifications agissant sans doute par des sections répétées des extrémitées nerveuses constituent l'un des moyens les plus efficaces de faire cesser les douleurs et d'amener l'atrophie des chéloïdes. M. Vidal a, le premier, préconisé leur emploi dans cette affection et bien indiqué leur technique opératoire, d'ailleurs fort simple. Le scarificateur que l'on peut, au besoin, remplacer par un bistouri petit et parfaitement aiguisé est tenu comme un porte-plume entre le pouce et l'index; les incisions sont faites aussi légèrement et aussi rapidement que possible, par des mouvements des doigts et non du poignet. Dans les premières séances elles sont, par suite de la douleur, faites à 1 centimètre environ les unes des autres, mais plus tard, elles sont rapprochées beaucoup plus. Elles doivent dépasser un peu, surtout au niveau des expansions radiculées, les limites de la chéloïde. Elles doivent également la traverser dans toute son épaisseur. Au contraire de ce qui a lieu pour le lupus, c'est la consistance plus ferme du tissu chéloïdique qui permet de le distinguer du tissu sain. M. Vidal évalue, d'ailleurs, l'épaisseur totale d'une chéloïde au triple de l'épaisseur de la saillie qu'elle fait au-dessus de la peau. Pour une saillie de 5 millimètres, le scarificateur devra donc pénétrer à 15 millimètres environ (1). Les incisions, enfin, doivent être faites perpendiculairement et non obliquement à la surface de la peau. Leur direction relativement à la tumeur a moins d'importance. On les fait ordinairement quadrillées, une première série d'incisions étant suivie d'une deuxième série perpendiculaire aux premières.

Les scarifications s'accompagnent d'une légère hémorrhagie et sont assez douloureuses. L'hémorrhagie, d'ailleurs moins abondante dans les chéloïdes que dans le lupus, est facilement arrêtée par de petits tampons de ouate hydrophile ou de petites plaques d'amadou trempées dans un liquide antiseptique. Leur application se fait avec la main gauche sans que la main droite interrompe les scarifications. Contre la douleur, on a proposé l'anesthésie locale par les pulvérisations d'éther ou par le chlorure de méthyle. Mais la réfrigération gêne pour apprécier les limites de la chéloïde; l'hémorrhagie consécutive est plus abondante; il se produit, quand les tissus se réchauffent, une cuisson assez persistante et fort désagréable. Il sera, le plus souvent, préférable d'éviter toute anesthésie; la douleur opératoire va, d'ailleurs, en s'atténuant de séance en séance à mesure que les filets nerveux sont sectionnés.

Les scarifications faites, le meilleur pansement est constitué par des bandelettes d'emplâtre de Vigo. La réunion est obtenue par première intention et il ne reste plus de trace des incisions après trois ou cinq jours. Toute minime qu'elle soit, cette opération doit être faite avec les précautions antiseptiques ordinaires (asepsie des instruments, lavage soigneux des mains de l'opérateur, lavage de la surface à sca-

(1) Leloir et Vidal. *Traité des maladies de la peau*, p. 114.

rifier, pansement parfaitement propre), pour échapper à toute crainte d'érysipèle.

Les séances de scarification sont faites à huit jours d'intervalle. Elles peuvent, bien entendu, être plus rapprochées lorsqu'on a affaire à des chéloïdes très étendues ou multiples, et que chaque séance porte sur des points différents. Le nombre des séances doit être très considérable. La cicatrice nouvelle sera d'autant plus mince, régulière et lisse, qu'elle sera scarifiée plus souvent. Les douleurs de la chéloïde sont le premier symptôme qui disparaît, elles s'atténuent souvent presque complètement dès les premières séances. M. Vidal put soulager complètement, dès la deuxième séance de scarification, un homme atteint d'une chéloïde du sternum tellement douloureuse qu'il était forcé de porter une sorte de petite cuirasse pour la garantir contre les frottements.

Les scarifications peuvent être aussi employées non plus contre les chéloïdes elles-mêmes, mais contre leurs récidives post-opératoires. Ce procédé, particulièrement préconisé par M. Le Dentu, permet d'attaquer la récidive tout à fait à son début. Les surfaces à scarifier sont peu considérables; le succès est plus facile et plus certain. Dans quelques cas de chéloïdes pédiculées, les scarifications peuvent encore suivre très utilement l'opération; la tumeur principale étant enlevée par section du pédicule, elles portent alors sur la surface du pédicule sectionné.

A côté des scarifications, M. Brocq, dans son récent ouvrage sur le *Traitement des maladies de la peau* (1), a enfin recommandé l'emploi de l'électrolyse faite au moyen d'aiguilles enfoncées dans la tumeur à une profondeur de 6 à 7 millimètres. La durée du passage du courant est d'environ une demi-minute; son intensité, par suite de la douleur, peut rarement dépasser cinq milliampères. Toute la surface de la tumeur est soumise à l'action électrolytique par une série de piqûres successives assez distantes pour que les petits cercles blanchâtres, formés autour de chaque piqûre, n'empiètent pas les uns sur les autres. Les séances, par suite de la réaction inflammatoire assez vive, sont séparées par un intervalle de huit à quinze jours. L'électrolyse aurait une action moins fugace que celle des scarifications; le mieux serait, d'ailleurs, pour obtenir un résultat complet, d'employer alternativement les deux procédés. Le meilleur mode de pansement, après l'électrolyse comme après les scarifications, consiste dans l'emplâtre de Vigo.

LYMPHATIQUES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME (2)

Par le docteur Poirier,
Chef des travaux anatomiques à la Faculté.

Les lymphatiques des organes génitaux de la femme ont depuis longtemps préoccupé les anatomistes et les gynécologues. Depuis plusieurs années, M. le docteur Poirier, dont la compétence est si connue, a fait, de ce point délicat de l'anatomie, l'objet spécial de ses recherches attentives. Nous extrayons de son travail les parties les plus nouvelles et les plus importantes.

I. Vaisseaux lymphatiques du vagin. — Le réseau de la muqueuse vaginale est d'une extrême richesse et ses mailles sont tellement fines que le mercure qui les a envahies paraît, à première vue, former une couche continue à la surface de la muqueuse sous l'épithélium. Les mailles du réseau de la tunique musculaire sont beaucoup plus grandes et formées par des lymphatiques plus gros. Ces deux réseaux communiquent entre eux.

Les vaisseaux qui reçoivent les lymphatiques du vagin doivent être divisés en trois groupes : supérieur, moyen et inférieur.

Le groupe inférieur comprend les lymphatiques venus de cette partie du vagin qui avoisine immédiatement la vulve; il est, des trois groupes de lymphatiques vaginaux, le moins développé, ne comprenant guère que cette partie du vagin intermédiaire au conduit vaginal et à la vulve, la région hyménéale. En effet, dans leur ensemble, les lymphatiques vaginaux sont des lymphatiques pelviens et se rendent à des ganglions pelviens. Sur les enfants, la séparation du vagin et de la vulve est très nette : si l'on pique en dedans de la cloison hyménéale, le mercure gagne des vaisseaux se rendant à des ganglions pelviens; si l'on pique la face externe (vulvaire) de cette cloison, on injecte des vaisseaux qui se rendent aux ganglions inguinaux. Chez la femme adulte, la division est moins tranchée : sur les confins de la vulve et du vagin une piqûre heureuse injecte tantôt des vaisseaux pelviens, tantôt des vaisseaux inguinaux, ce qui résulte des anastomoses si nombreuses entre les vaisseaux lymphatiques du vagin et de la vulve.

Le groupe supérieur des vaisseaux lymphatiques, nés des ré-

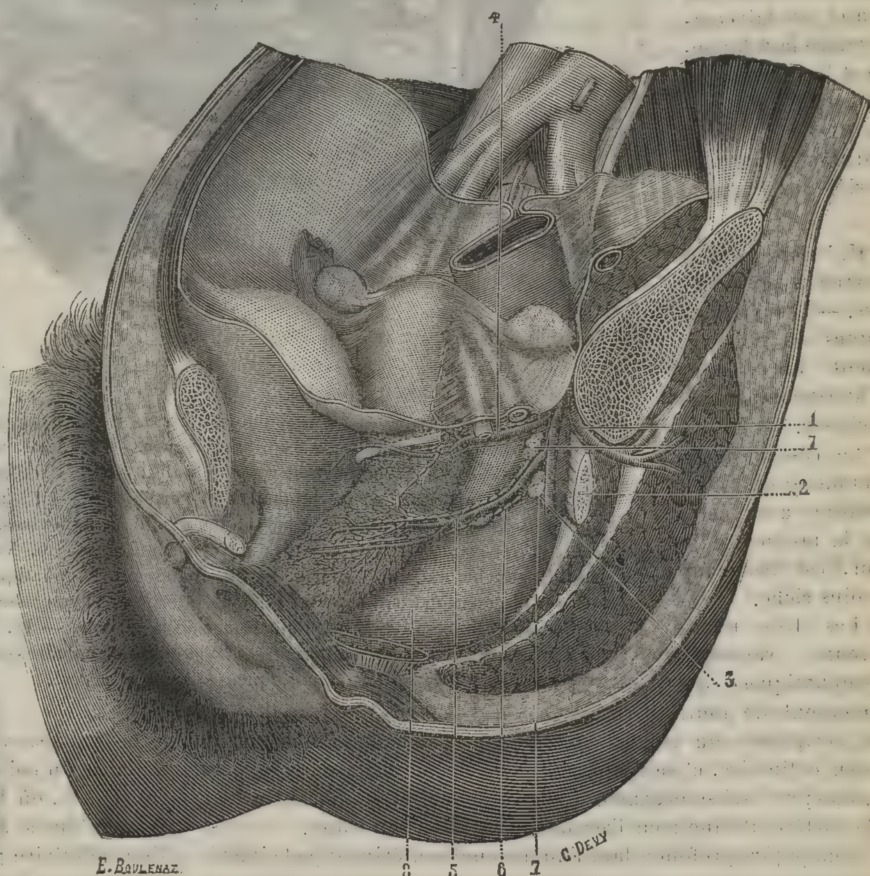


Fig. 1. — *Lymphatiques du tiers moyen du vagin et ganglions dans lesquels ils se rendent.*

1. Artère fessière. — 2. Nerf sciatique. — 3 et 4. Ganglion vaginal. — 5. Artère vaginale. 6. Vaisseaux lymphatiques qui se rendent au ganglion vaginal.

(1) Paris, 1890, p. 402.
(2) 1 vol. in-8°. — Paris 1890, Lecrosnier et Babé.

seaux vaginaux, comprend deux ou trois vaisseaux qui se détachent du tiers supérieur de l'organe et de son insertion au col utérin, se portent en haut et en dehors pour s'unir aux gros vaisseaux lymphatiques nés du col utérin, et se rendent avec ceux-ci aux ganglions du plexus iliaque. Il n'existe pas de ganglions le long de ces vaisseaux.

Entre ces deux groupes se place un groupe moyen, qui n'a point encore attiré l'attention des anatomistes.

Les lymphatiques nés de la partie moyenne du vagin donnent naissance, de chaque côté, à deux vaisseaux, qui, suivant le trajet de l'artère vaginale, se rendent à un ou deux ganglions situés sur les côtés du rectum, dans les angles du bouquet artériel que forment la vaginale, l'ombilicale et la honteuse interne. La connaissance de cette disposition a une certaine importance : elle conduit à chercher par le toucher rectal l'adénite qui complique les inflammations du vagin et elle fait comprendre la fréquence et le pourquoi de l'ouverture de certaines collections purulentes dans la cavité du rectum.

II. Vaisseaux lymphatiques de l'utérus. — Les lymphatiques du col forment un réseau d'une incomparable richesse.

Le réseau de la muqueuse du corps, continu avec celui de la muqueuse du col, est beaucoup moins riche.

Les très nombreux vaisseaux lymphatiques qui émergent de toute la périphérie du col, cheminent en s'anastomosant dans le tissu cellulaire, et se réunissent pour former deux ou trois gros troncs; ceux-ci se dégagent des côtés du col et se placent autour de l'artère utérine pour l'accompagner dans son trajet.

Une piqûre profonde dans l'un des angles utérins injecte immédiatement de très gros troncs qui apparaissent dans le tissu sous-séreux, convergent vers l'origine utérine de la trompe et s'engagent au nombre de deux ou trois dans l'épaisseur du bord supérieur du ligament large pour cheminer au-dessous de l'ovaire et de la trompe.

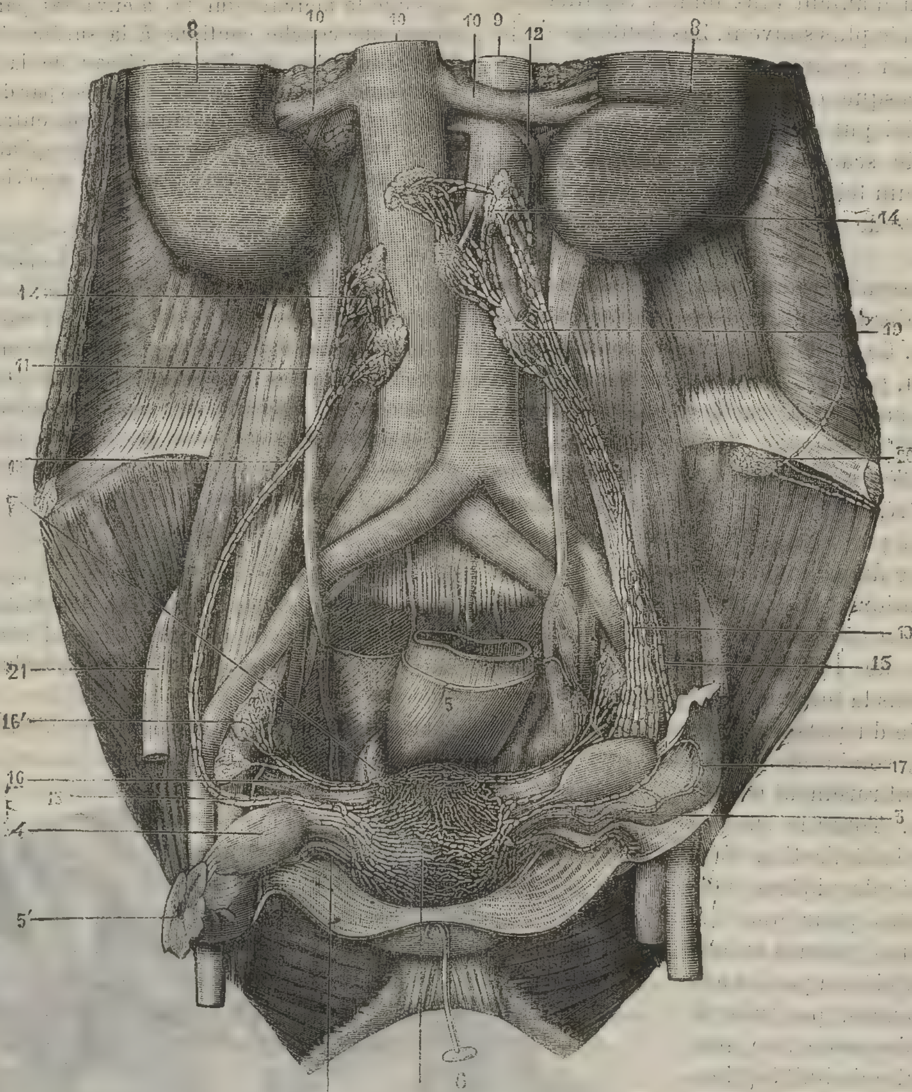


Fig. 2.

1. Utérus renversé en avant. — 2. Ligament rond avec son lymphatique. — 3. Trompe. — 4. Ovaire. — 5. Pavillon de la trompe. — 6. Vessie érignée. — 7. Ligaments utéro-sacrés. — 8. Reins. — 9. Aorte. — 10. Veine cave et veines rénales. — 11. Uretères. — 12. Anastomose de la veine rénale avec les veines lombaires et vertébrales. — 13. Deux vaisseaux nés du corps utérin et de la moitié droite se rendant aux ganglions lombaires, situés au-devant de la veine cave et recevant les lymphatiques du corps utérin. — 15. Vaisseaux lymphatiques de la moitié gauche du corps utérin. — 16. Vaisseaux lymphatiques du col utérin se rendant à : — 16′ ganglions, situés entre l'iliaque interne et l'hypogastrique et recevant les lymphatiques du col utérin. — 17. Lymphatiques de la trompe. — 18. Vaisseaux lymphatiques nés de l'ovaire gauche et se rendant à : — 19 ganglions lombaires qui reçoivent les lymphatiques ovariens. — 20. Ganglion lymphatique. — 21. Nerf crural.

Les réseaux de la couche sous-endothéliale sont tellement superficiels qu'ils dessinent leur saillie sur la surface lisse du péritoine, n'étant recouverts que par le feuillet endothélial de celui-ci.

Les communications entre ce réseau superficiel, sous-endothélial et les lymphatiques profonds, sont fréquentes; elles se font par l'intermédiaire de petits troncs qui se détachent du réseau superficiel pour gagner les gros lymphatiques sous-séreux.

Rien n'est plus fréquent que de rencontrer des utérus reliés aux organes voisins par des adhérences larges, minces, transparentes. Ces adhérences sont revêtues d'une couche endothéliale que la nitratation met facilement en évidence. Or, toutes les fois que l'on injecte les lymphatiques superficiels de l'utérus, on voit le mercure envahir les adhérences qui paraissent essentiellement formées par un magnifique réseau de capillaires lymphatiques; et, ces capillaires, pour qu'on ne puisse mettre en doute leur nature, vont se rendre dans de gros troncs lymphatiques et jusqu'aux ganglions voisins.

Que deviennent les troncs lymphatiques de ces différents réseaux?

D'une façon générale, on peut les diviser en lymphatiques provenant du col et du corps utérin; ils forment deux groupes bien distincts reliés par de larges anastomoses.

Vaisseaux lymphatiques du col utérin. — Les vaisseaux lymphatiques, nés des couches muqueuse et musculaire du col utérin, apparaissent sur toute la périphérie du col (fig. 4), où leurs ramuscules forment de véritables cercles lymphatiques à direction transversale; ils cheminent dans le tissu cellulaire péri-utérin où ils s'anastomosent pour former des vaisseaux de plus en plus gros, recevant souvent le long de leur trajet des rameaux lymphatiques émergeant de l'épaisseur du col; enfin, ils convergent vers les parties latérales du col et se réunissent pour former de chaque côté deux ou trois gros troncs

lymphatiques qui se placent autour des vaisseaux utérins (artère et veines utérines), et se dirigent avec ceux-ci transversalement en dehors.

Ces vaisseaux, au nombre de deux ou trois, et quelquefois quatre de chaque côté, ont un volume remarquable. Chacun d'eux a le volume de l'artère utérine; ils sont pourvus de valvules dont la concavité est tournée en dehors. Ces gros troncs lymphatiques accompagnent les vaisseaux sanguins autour desquels ils sont placés; ils passent ainsi avec l'artère utérine en arrière de l'uretère. Ils suivent le bord inférieur du ligament large occupant l'interstice des deux feuillets péritonéaux qui se relèvent à ce niveau pour former ce ligament. Enfin, les vaisseaux lymphatiques se dirigent, avec les vaisseaux utérins, transversalement en dehors pour gagner la paroi latérale du bassin, puis un peu en haut et en arrière pour se jeter dans les ganglions lymphatiques situés dans l'angle de bifurcation de l'artère iliaque primitive (fig. 2). On voit ainsi que, dans la première partie de leur trajet (fig. 3), ils suivent le bord inferieur (périnéal) du ligament large, tandis que dans la seconde ils occupent le bord latéral ou pelvien de ce ligament, pour se rendre dans leurs ganglions.

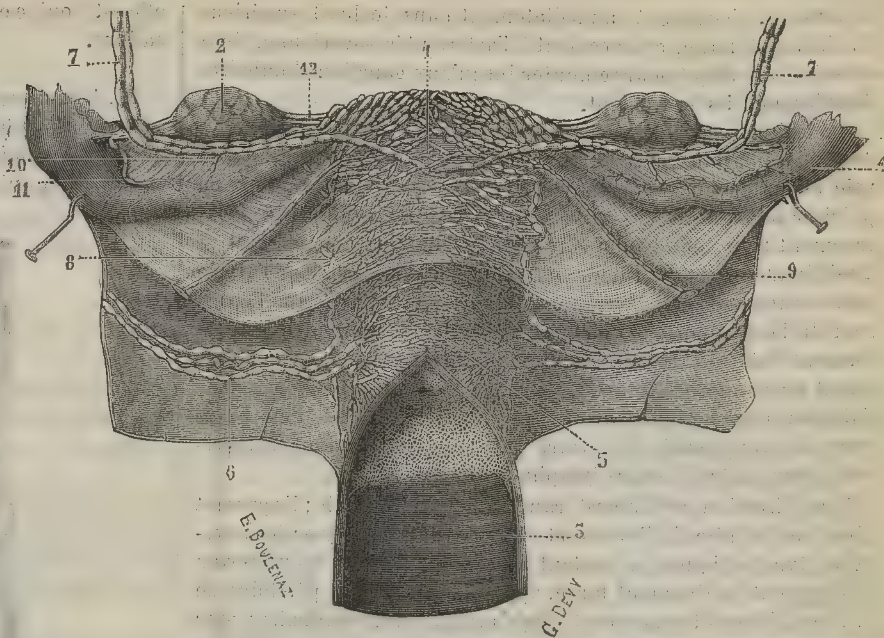


Fig. 3. — *Vaisseaux lymphatiques de l'utérus.*

1. Lymphatiques venant du corps et du fond de l'utérus. — 2. Ovaire. — 3. Vagin. — 4. Trompe. — 5. Lymphatiques venant du col utérin. — 6. Vaisseaux lymphatiques venant du col utérin et se rendant aux ganglions iliaques. — 7. Vaisseaux lymphatiques venant du corps et du fond de l'utérus et se rendant aux ganglions lombaires. — 8. Grande anastomose unissant les vaisseaux du col et du corps utérin. — 9. Petit vaisseau lymphatique situé dans le ligament rond et se rendant aux ganglions inguinaux. — 10, 11. Vaisseaux lymphatiques de la trompe allant se jeter dans les gros vaisseaux lymphatiques, nés du corps utérin. — 12. Ligament de l'ovaire.

Ces ganglions sont généralement au nombre de deux ou trois. Le plus élevé, qui est aussi le plus gros, occupe le sommet de l'angle que forment l'iliaque externe et l'hypogastrique; il répond au détroit supérieur du bassin et recouvre en partie la veine iliaque externe. Les deux autres ganglions, de volume moindre, sont placés le long et en avant de l'artère hypogastrique, par conséquent dans la cavité pelvienne, et appliqués à la paroi interne de celle-ci, au niveau du bord externe ou pelvien du ligament large (16 de la fig. 2). Le ganglion qui reçoit les lymphatiques de la portion moyenne du vagin fait suite à ceux que je viens de décrire : il est situé plus bas encore, dans l'excavation pelvienne, au milieu du bouquet des branches de l'hypogastrique. Donc, les ganglions qui reçoivent les lymphatiques du col sont situés en partie dans l'excavation pelvienne et appliqués sur la paroi externe du bassin avec les vaisseaux sanguins auxquels ils sont contigus; leur chaîne s'étend depuis l'angle de bifurcation de l'iliaque primitive jusqu'à la terminaison de l'hypogastrique. Ils peuvent donc être sentis par un toucher vaginal ou rectal profond, intentionnellement dirigé en haut et en dehors, vers les parois de l'excavation pelvienne. A l'état normal, on n'arrive point à sentir ces ganglions, mais, que leur volume vienne à être quelque peu augmenté, et ils deviendront perceptibles, non seulement par le toucher vaginal, mais encore par la palpation profonde de la fosse iliaque au niveau du détroit supérieur.

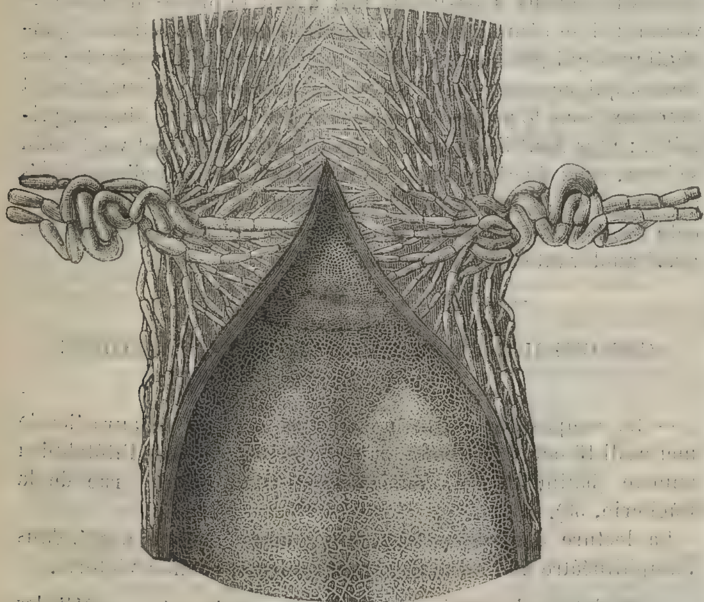


Fig. 4. — *Lymphatiques du col utérin et du tiers supérieur du vagin.* Le peloton qu'ils forment parfois sur les côtés du col.

Jamais les troncs lymphatiques ne se dévient en avant pour se jeter dans un ganglion sous-pubien. D'ailleurs, il n'y a pas de ganglion lymphatique dans le trou sous-pubien ni au voisinage immédiat de l'orifice interne du canal sous-pubien. Il existe un point très controversé de l'anatomie des lymphatiques utérins. Y a-t-il sur le col ou près de ce col un ganglion lymphatique? M. Lucas-Championnière, qui, dans sa thèse, a appelé l'attention sur ce point anatomique, le définit en ces termes : « J'ai vu souvent, et je l'ai fait dessiner, un ganglion placé sur le côté et en arrière du col au-dessus du cul-de-sac vaginal latéral. » Depuis, nombre d'anatomistes, et des plus autorisés, en tête desquels il convient de citer M. Sappey, ont cherché ce ganglion et ne l'ont point trouvé. M. Poirier affirme que ce ganglion n'existe pas, au moins normalement; il ne l'a *jamais* rencontré.

Ce qui existe, c'est un plexus lymphatique au voisinage du col (fig. 4).

Lymphatiques du corps utérin. — Les lymphatiques nés du corps et du fond de l'utérus apparaissent à la superficie de l'organe; on voit aisément leurs gros troncs soulevant la séreuse péritonéale (fig. 3), ils se réunissent en vaisseaux de plus en plus volumineux, convergeant vers les angles utérins pour former enfin deux gros vaisseaux lymphatiques de chaque côté. La figure 3 montre ces gros vaisseaux superficiels et l'on peut voir les gros vaisseaux de la face postérieure de l'utérus contourner le fond de l'organe pour se réunir aux troncs de la face antérieure et former avec eux les vaisseaux efférents. Ceux-ci (7 de la fig. 3), nés ainsi de la convergence des troncs lymphatiques du corps et du fond

de l'utérus, s'engagent immédiatement dans le bord supérieur du ligament large, et s'accolent à l'artère utéro-ovarienne, dont ils suivent le trajet pour remonter jusqu'aux ganglions lombaires dans lesquels ils se rendent.

On a tant parlé, dans ces derniers temps, de la propagation des inflammations de l'utérus à l'ovaire et à la trompe par la voie ou grâce au voisinage des lymphatiques, qu'il importe de préciser le trajet de ces vaisseaux. Ils sont au nombre de deux, rarement trois, de chaque côté; leur diamètre varie entre 1 et 2 millimètres; ils sont donc notablement plus gros que l'artère utéro-ovarienne qu'ils accompagnent. Ils sont situés dans l'épaisseur du bord supérieur du ligament large, au fond du sillon que forment l'aileron de la trompe et l'aileron ovarien, par conséquent plus rapprochés de l'ovaire que de la trompe logée dans l'aileron moyen plus haut et plus mobile. Ils sont donc beaucoup plus rapprochés de l'ovaire que de la trompe dont ils reçoivent deux ou trois troncs lymphatiques (fig. 3).

Leur direction est d'abord franchement horizontale; ils passent ainsi sous le hile de l'ovaire et entrent en contact avec les nombreux lymphatiques qui sortent de ce hile; bientôt les vaisseaux se dégagent du ligament large, apparaissent sous le péritoine de la fosse iliaque et remontent jusqu'aux ganglions lombaires, avec les vaisseaux utéro-ovariens. Vers le milieu de ce trajet, au niveau d'une ligne transversale passant par le corps de la cinquième vertèbre lombaire, on est tout surpris de voir le mercure s'introduire dans un ou plusieurs lymphatiques qui suivent un trajet parallèle à ceux de l'utérus et quelquefois même redescendre vers l'ovaire sur une longueur de 2 ou 3 centimètres. C'est en ce point, et non ailleurs, que se fait l'anastomose des lymphatiques utérins et ovariens; jusque-là, ils cheminaient côte à côte, mais restaient indépendants; au delà, les sept ou huit vaisseaux lymphatiques qui viennent de l'ovaire et les deux vaisseaux qui viennent du corps de l'utérus transportent une lymphe commune, car ils se sont largement anastomosés, au point mentionné.

Les *ganglions lombaires*, auxquels se rendent, en suivant le trajet des vaisseaux utéro-ovariens, les lymphatiques nés du corps et du fond de l'utérus (fig. 2) sont situés au niveau de l'extrémité inférieure du rein, au-devant de la veine cave et de l'aorte enveloppant ces vaisseaux, sur lesquels ils sont appliqués, de leurs multiples anastomoses. Les ganglions placés le plus bas reçoivent plus particulièrement les lymphatiques utérins, les ganglions placés immédiatement au-dessus sont plus particulièrement en rapport avec les lymphatiques venus de l'ovaire; mais, en raison de l'anastomose constante entre les vaisseaux lymphatiques de l'utérus et ceux de l'ovaire, il est assez rare que l'on n'injecte que les ganglions utérins; d'ordinaire, le mercure s'engage, à partir de l'anastomose, dans la partie supérieure des troncs lymphatiques venus de l'ovaire, et tout le plexus ganglionnaire se trouve injecté.

Quelques lymphatiques de l'utérus se rendent encore aux ganglions de l'aine par le ligament rond de l'utérus (9 fig. 3).

Nous avons vu que les lymphatiques venus du corps utérin et ceux venus du col affectent un trajet spécial et se rendent dans des ganglions spéciaux; les premiers accompagnent les vaisseaux utéro-ovariens, les seconds sont satellites de l'artère utérine et de ses grosses veines; les uns, au nombre de deux ou trois suivent le bord supérieur du ligament large; les autres, au nombre de trois ou quatre, suivent le bord inférieur de ce ligament; entre ces deux groupes, M. Poirier n'a jamais vu un seul vaisseau lymphatique dans l'épaisseur du ligament large. Mais, ces deux groupes sont unis l'un à l'autre, d'abord par de nombreux vaisseaux dans l'épaisseur de l'organe et à sa superficie, sur les confins du col et du corps, au niveau de l'isthme; mais, de plus, une très large anastomose, constituée par un gros vaisseau flexueux, suivant, sur les parties latérales du corps utérin, les flexuosités de l'artère utérine va de l'un à l'autre groupe, comme le montre la figure 3. Cette anastomose est constante, elle existe des deux côtés : le plus souvent elle est constituée par un vaisseau unique, aussi gros que l'artère utérine et muni de valvules; quelquefois elle est double et constituée alors par deux vaisseaux de moindre calibre.

III. Lymphatiques de la trompe. — Les lymphatiques nés des parois du conduit tubaire vont se rendre, par deux ou trois troncules inclus dans l'aileron tubaire, dans les gros troncs lymphatiques (7, 7) qui conduisent la lymphe des parties supérieures de l'utérus aux ganglions lombaires. Ces troncules, au nombre de 2 ou 3 de chaque côté, suivent dans l'aileron le trajet des vaisseaux sanguins, branches de l'artère et des veines utéro-ovariennes. Ils sont munis de valvules dont la concavité est tournée vers les gros troncs dans lesquels ils se jettent et dont ils ne sont que des branches collatérales. Un de ces troncules suit ordinairement la frange tubo-ovarienne.

Il est certain que les lymphatiques tubaires reproduisent à leur origine la disposition des lymphatiques utérins, c'est-à-dire qu'ils naissent des trois couches du conduit.

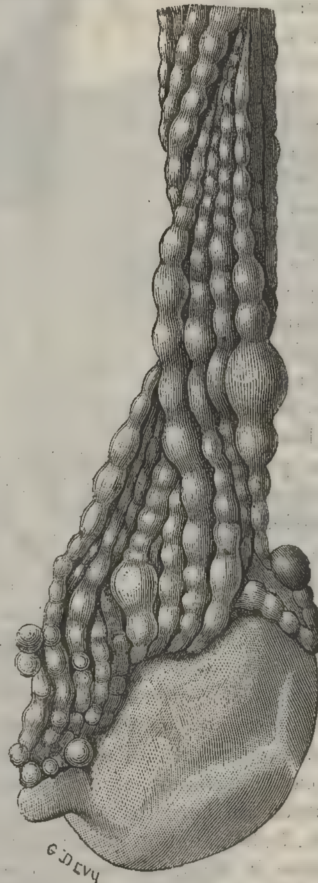


Fig. 5. — *Lymphatiques de l'ovaire* (adulte, état normal).

IV. Lymphatiques des ovaires. — « L'extrême abondance des conduits de la lymphe dans les ovaires est un des traits les plus caractéristiques de leur constitution. » Ainsi s'exprime, sur les lymphatiques de l'ovaire, M. le professeur Sappey, qui a injecté, décrit et figuré les ramuscules disposés en réseau autour. Le travail de M. Poirier arrive aux mêmes conclusions. Les troncules, nés des réseaux péri-folliculaires, convergent vers le hile de l'organe. Une seule piqûre dans ce hile, au bord même du tissu ovarien, remplit facilement un riche plexus lymphatique, dont les vaisseaux contigus ne laissent pas apercevoir le plexus veineux sous-jacent. Peu à peu le plexus diminue de volume; il se résume enfin en quatre, cinq ou six troncs lymphatiques qui prennent aussitôt une direction ascendante; ces troncs, qui accompagnent les vaisseaux utéro-ovariens, passent avec eux, sous le péritoine, au-devant des vaisseaux iliaques primitifs; plus haut ils passent au-devant de l'uretère et vont enfin se jeter, ceux du côté gauche dans deux ou trois ganglions placés au-devant de l'aorte, un peu au-dessous du hile rénal, ceux du côté droit dans un groupe ganglionnaire un peu moins élevé et placé au-devant de la veine cave.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— La composition écrite du concours de l'internat aura lieu le mercredi 15 octobre, à midi, dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu annexe (bâtiments de l'ancien Hôtel-Dieu, entrée rue de la Bûcherie, 33).

La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria.

— La date de la remise des mémoires présentés par MM. les élèves devant concourir pour le prix Civiale, qui avait été primitivement fixée au 15 octobre, est reportée au 25 décembre 1890.

— *Faculté de médecine de Paris.* — I. *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions, ouvert le jeudi 16 octobre, sera clos le samedi 22 novembre, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi.

1° Inscriptions de première, deuxième et troisième années de doctorat, — de première et deuxième années d'officiat, les jeudi 16, vendredi 17, samedi 18, mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24, samedi 25, mercredi 29, jeudi 30, vendredi 31 octobre, et les mercredi 5, jeudi 6, vendredi 7, samedi 8, mercredi 12, jeudi 13, vendredi 14 et samedi 15 novembre.

2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, — de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 19, jeudi 20, vendredi 21 et samedi 22 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et aux heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et approuvés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de quatrième année de doctorat et de troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 18 novembre 1890.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre 1889-90. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

II. *Consignations pour examens.* — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens sont délivrés, à partir du 13 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 13 et le mardi 14 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale : sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 118. — MARDI 14 OCTOBRE 1890. 63e ANNÉE. MARDI 14 OCTOBRE 1890. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Constitutions médicales et séries morbides. État catarrhal et grippe. Épidémies de fièvre typhoïde engendrées par les constitutions médicales. Individualisation des maladies les plus spécifiques.

I

Nos devanciers ont soigneusement étudié ce qu'ils appelaient les *constitutions médicales saisonnières*; ils les opposaient aux constitutions médicales *fixes*, c'est-à-dire qui ne paraissaient dépendre ni des saisons, ni des météores; les épidémies bilieuses de Stoll, par exemple, sont le fait d'une constitution médicale fixe, non saisonnière.

Les constitutions médicales saisonnières sont dominées par les conditions atmosphériques. Nous traversons actuellement (1) une phase bien particulière; nous sommes dans une constitution médicale qui dépend de la saison et des météores, et rien n'est plus intéressant que les faits observés en ce moment dans notre service.

Que voyons-nous en effet? — D'abord des *angines* simples; en second lieu, des *érysipèles;* enfin des *scarlatines*. Telles sont les principales maladies que nous observons.

Mais l'angine la plus simple nous mène de proche en proche, d'une part jusqu'à la fièvre catarrhale, d'autre part jusqu'à la diphthérie. La fièvre catarrhale confine, d'une part à la grippe, d'autre part à la rougeole. La grippe, avec un élément éruptif surajouté, confine à la fièvre dengue ou fièvre rouge de Syrie.

Dans la fièvre dengue, il y a angine et état catarrhal; de plus, il y a une éruption. Cette éruption est parfois morbilliforme : or la rougeole est, elle aussi, une fièvre catarrhale, *plus* une éruption. D'autres fois, l'éruption est scarlatiniforme.

La fièvre dengue est encore remarquable par les douleurs qui l'accompagnent; il y a surtout une douleur de rein abominable, qui est à rapprocher de la rachialgie de la variole; il y a aussi une violente céphalalgie; il y a des douleurs dans les genoux, comme dans le rhumatisme. Enfin, on a pu observer dans la dengue de l'endocardite et de la péricardite.

En un mot, la dengue emprunte ses caractères à la fièvre catarrhale, à la grippe, à la rougeole, à la scarlatine, au rhumatisme.

Or il est impossible, pour qui sait voir de haut et de loin, de ne pas apercevoir, dans ces faits morbides successifs observés par nous, une filiation graduelle en même temps qu'une aggravation, et la naissance spontanée des microbes ou la réalisation des conditions nécessaires à leur malfaisance et à leur évolution.

Pour moi, telle ou telle maladie naît par l'aggravation progressive des premiers termes d'une série morbide (angines simples, puis herpétiques, puis diphthériques; — surmenage et encombrement, puis dothiénentérie, puis *relapsing fever*, puis typhus), aggravation due soit aux conditions du milieu interne du malade, soit aux conditions de son milieu externe.

Pour les microbiens (et c'est ici que nous nous rencontrons), il leur faut admettre une modification de l'organisme (« prédisposition » de nos devanciers); cet organisme devenant une sorte de terrain fumé, et propre ainsi à l'éclosion comme au développement des germes microbiques, germes partout et toujours répandus, et comme le lion de l'Écriture : *Quærentes quem devorent.*

Quoi qu'il en soit, en ce moment, nous avons la grippe et, après la grippe, nous aurons la rougeole. Cette grippe est liée à la constitution atmosphérique. Dans la forme la plus simple, on a observé un état catarrhal avec mal de gorge, parfois avec quelques nausées, sans anorexie absolue. A un degré plus élevé, il y a fièvre catarrhale, c'est-à-dire l'état catarrhal, plus la fièvre; alors aussi l'état gastrique est plus marqué. Cela dure un, deux, trois, quatre jours au plus. Le processus s'est arrêté à la trachée, ou bien il s'est propagé aux bronches, et alors la bronchite s'ajoute au tableau morbide.

Si la constitution médicale persiste, on observe alors des individus beaucoup plus malades; à l'état catarrhal, à la fièvre, vient s'ajouter un élément nouveau : ce sont les troubles nerveux. Alors on a la vraie grippe. Il est donc admis qu'en ce moment, nous avons la grippe; mais à coup sûr, il y a quelque chose de plus : à la grippe, s'ajoute l'influence épidémique de la dengue. M. de Brun, qui a

(1) Décembre 1889.

observé la fièvre rouge de Syrie, en Orient, a prédit qu'elle gagnerait bientôt l'Europe. Or, voici ce que nous observons : quelques individus ont une fièvre catarrhale simple; d'autres une grippe saisonnière ; d'autres ont mal à la tête et aux reins; d'autres ont des douleurs articulaires. D'autres, enfin, ont une éruption, comme ce jeune garçon qui, après avoir eu la grippe, est entré dans notre service avec un érythème scarlatiniforme. Or, dans la grippe simple, il n'y a jamais d'éruptions. Donc notre grippe est compliquée d'une influence de la fièvre rouge de Syrie.

Nous subissons donc l'influence de la dengue; je ne dis pas que nous ayons la dengue; mais je dis que nous en subissons l'influence. Tout le reste est le fait de l'hiver et du froid.

Mais il est un point sur lequel je veux aussi attirer votre attention; nous avons, en ce moment, un excès de fièvres typhoïdes. Vous savez que, pour certains hygiénistes éminents, la cause de cette recrudescence n'est pas douteuse, c'est l'eau de Seine que l'on a bue qu'il en faut accuser. Je ne doute pas, quant à moi, qu'il ne soit très malsain de boire de l'eau de Seine, qui est sale, corrompue, pleine de microbes, qui renferme même le bacille d'Éberth. Seulement, l'eau de Seine n'est pas l'unique cause. Deux millions de Parisiens boivent ou ont bu de cette eau; les cas de dothiénentérie devraient, en bonne arithmétique, se chiffrer par centaines de mille, or, il y en a peut-être à peine 500 dans tout Paris. Le 10 décembre, il y en avait 23 à l'hôpital Necker; et dans mon service, il y en avait 6 cas (4 hommes, 2 femmes), ce chiffre est bien faible. Néanmoins, nous constatons une recrudescence qui constitue une petite épidémie : je dis épidémie « saisonnière ».

Car ce qui est intéressant, c'est que, tous les ans, la même chose se produit. J'en trouve la preuve formelle dans les excellents rapports que faisait naguère M. Besnier à la Société médicale des hôpitaux. Tous les ans, en octobre, en novembre, en décembre, en janvier, il y a recrudescence de fièvres typhoïdes ; et la maladie qui était endémique devient alors épidémique.

Voici pour vous édifier sur ce point intéressant de pathologie et de pathogénie :

« Le mois de janvier de 1866, dit M. Besnier, tout en se confondant encore, en partie, avec la période précédente, semble présenter quelques particularités plus accentuées : la variole continue à régner, mais une épidémie de fièvre typhoïde assez évidente se développe à côté d'elle; cette fièvre a fourni un chiffre élevé de décès (170 cas, 44 décès). On la retrouve dans tous les services, et l'épidémie paraît encore dans sa période ascensionnelle; car si, dans quelques services, celui de M. Bergeron, par exemple, on n'a reçu de typhiques que dans la première partie du mois, il en est d'autres où c'est dans les derniers jours du mois qu'ils ont été amenés en plus grand nombre.

« En février 1867, la fièvre typhoïde entrerait dans une nouvelle période d'augment, et serait et plus fréquente et plus grave. D'après des renseignements particuliers que l'on a bien voulu me communiquer, il en serait de même dans divers autres départements, et notamment dans la ville d'Amiens, où, depuis le jour où la neige est tombée, dans la première quinzaine de janvier, il n'y a plus eu un seul cas de choléra, mais on a observé un assez grand nombre de fièvres typhoïdes. »

Or, dans ces départements, où, comme dans la ville d'Amiens, la fièvre typhoïde a, ainsi qu'à Paris, sévi sous la forme épidémique, en février 1867, on ne peut évidemment pas incriminer l'eau de Seine et ses microbes.

« En décembre 1868, la mortalité a été plus grande pour la pneumonie et pour la fièvre typhoïde.

« Une épidémie de fièvre typhoïde, relativement grave, s'est généralisée pendant le mois d'octobre 1869, et a notablement dépassé le chiffre ordinaire de mortalité (55 décès sur 169 malades).

Puis, en novembre de la même année, deux maladies seulement ont prédominé et revêtu un caractère franchement et généralement épidémique : la fièvre typhoïde et la variole (comme en 1866).

L'épidémie de fièvre typhoïde persiste avec une exacerbation (en décembre 1871) : 45 décès en octobre, 37 en novembre et 71 en décembre.

L'endémo-épidémie de fièvre typhoïde a subi une exacerbation assez marquée en novembre et décembre 1872; et dès le mois d'octobre on pouvait constater, dans les hôpitaux civils et dans la ville, une recrudescence manifeste de l'endémo-épidémie de fièvre typhoïde (1). »

Voilà, vous l'avouerez, des citations édifiantes et démonstratives, qui prouvent l'influence saisonnière sur le développement et l'évolution de la dothiénentérie, abstraction faite de l'eau de Seine (puisque c'est dans les mois les plus froids que la dothiénentérie sévit épidémiquement, et que c'est dans les mois les plus chauds de l'année, où la pénurie aqueuse nous y contraint, qu'on est réduit à boire de l'eau de Seine, et puisqu'on ne peut invoquer que l'influence saisonnière dans les départements où l'on ne boit pas cette eau de Seine microbiphore et où néanmoins, comme à Paris, et en même temps qu'à Paris, la fièvre typhoïde règne épidémiquement).

Je note en passant cette remarque de M. Besnier : « Si l'on met en parallèle deux saisons entières, la saison d'hiver et la saison d'été, représentées chacune par un semestre, on est étonné des limites restreintes dans lesquelles se maintient l'écart pour un grand nombre de maladies. »

Cette remarque limite singulièrement le rôle de l'eau de Seine ; ce qui ne veut pas dire que je m'oppose à ce qu'on fasse campagne pour boire de la bonne eau, mais cela ne suffit pas. Il ne faut pas accuser l'eau seulement; M. Vaillard, agrégé au Val-de-Grâce, vient de citer tout récemment, à la Société médicale des hôpitaux, des faits très frappants où les hommes n'ont pu être contaminés par les eaux potables, mais l'ont vraisemblablement été par les poussières des casernes. Il faut donc, également, entrer en campagne pour faire respirer l'air pur aux soldats, et aussi pour ne pas les surmener, les bien nourrir et éviter leur encombrement, en un mot, pour les tenir en bonne santé.

En résumé, des documents impartiaux et sincères vous démontrent l'influence des constitutions saisonnières. Si donc le bacille est quelque chose, la constitution de l'atmosphère est beaucoup ; beaucoup aussi la constitution du sujet. Je mettrais même par ordre d'importance : 1° la constitution du sujet ; 2° celle de l'atmosphère ; 3° le bacille.

Parmi les malades de notre service, nous en trouverons dont l'histoire vient à l'appui de ce que j'avance.

Deux sœurs sont placées dans les mêmes conditions hy-

(1) E. Besnier. *Bulletins de la Société de médecine de Paris*, de 1866 à 1872

giéniques, ou plutôt antihygiéniques. L'aînée, qui a vingt-trois ans, habite boulevard Montparnasse, dans un rez-de-chaussée humide, où elle n'occupe qu'une seule chambre. Elle l'occupe d'ailleurs avec son mari et son enfant. Elle se calfeutre dans cette chambre, chauffée par un poêle, où l'air est confiné, infecté. Elle contracte la fièvre typhoïde. Qu'elle ait bu de l'eau de Seine, c'est possible; mais son mari aussi, il est pourtant resté bien portant; c'est qu'il vit au grand air.

La jeune sœur, âgée de dix-huit ans, vient soigner son aînée; elle contracte à son tour la fièvre typhoïde. Les deux sœurs entrent à l'hôpital Necker, dans la même salle. La sœur aînée a une fièvre typhoïde régulière; elle a un grand équilibre moral et intellectuel. Elle est grosse pour la quatrième fois, mais elle est mariée, elle a une grossesse avouable.

La jeune sœur a dix-huit ans et n'est pas mariée. Quand je l'examine pour la première fois, je la découvre pour chercher les taches rosées lenticulaires, et je vois des vergetures; elle a eu un enfant, ce qu'elle a avoué en pleurant. Depuis sa faute, elle est devenue quasi-folle. Elle a tenté deux ou trois fois de s'étrangler. Qu'est-il advenu ? Elle avait une fièvre typhoïde régulière d'abord; puis elle est prise, avec une fièvre très modérée (ce qui prouve que ce n'est pas l'hyperthermie qui crée le délire), elle est prise d'un délire épouvantable, d'une sorte de manie aiguë, avec idées obscènes et vociférations continuelles. Son intelligence, très compromise déjà, a chaviré, a fait naufrage par la fièvre typhoïde. On a été obligé de l'envoyer à Sainte-Anne.

Ceci montre que la fièvre typhoïde, une fois réalisée, s'individualise. Sur les deux sœurs, de constitution absolument semblable, l'une a une fièvre typhoïde sereine; l'autre une fièvre typhoïde de folle. Ce qui me permet d'ajouter que, quelles que soient les notions apportées par le bacille, cela ne change rien ni à l'hygiène, ni surtout au traitement qui varie suivant les sujets.

Voici encore un cas de fièvre typhoïde très instructif. Au n° 7 de la salle Laënnec, est couché un jeune homme qui lui aussi, a individualisé sa fièvre typhoïde. Arrivé à Paris, depuis peu, il est âgé de dix-huit ans; il est surmené, travaille quatorze heures quotidiennement, ne fait guère qu'un repas sérieux par jour. Depuis un mois, à la suite d'un coup de tête, le malade a quitté son patron; il reste sans ressources et couche à la belle étoile du 27 au 30 novembre. Pendant ce temps, il n'a presque rien mangé. Il tombe malade, cherche un asile chez sa sœur, et finalement entre chez nous avec tous les symptômes de la dothiénentérie. Je prescris, comme traitement, de la limonade vineuse, une potion avec 4 grammes d'extrait de quinquina, 50 centigrammes de sulfate de quinine, un verre d'eau de sedlitz de temps à autre, et tous les jours deux lavements. Les 10, 11 et 12 décembre, le malade se trouve bien. Le 12 décembre au soir, la température monte à 40°6. Le 13 décembre au matin, survient un fait paradoxal dans la courbe thermique : brusquement, sans hémorrhagie, sans spoliation d'aucune sorte, la température tombe à 35°4; c'est-à-dire que, du soir au matin, elle a baissé de 5 degrés. Le pouls a fait de même et est tombé à 60. Du reste, le pouls n'avait jamais été très fréquent; ce qui justifie mon dire habituel, que, dans la dothiénentérie, le pouls est bien plus important que la température pour apprécier l'état du malade.

Notre jeune homme est resté deux jours, le 13 et le 14, avec une apyrexie complète. Puis le troisième jour, la température est remontée à 38 degrés, puis à 39 degrés. Aujourd'hui, il a 37 degrés; il va guérir. Ce que je voulais faire remarquer, c'est que cette apyrexie rapproche le cas de ce malade de la « fièvre à rechutes », fièvre « de famine » ou « de fatigue ». Il a une fièvre typhoïde, mais, en raison de l'étiologie, il emprunte un caractère à la fièvre à rechutes d'Irlande; par ses conditions anti-hygiéniques, notre malade a été un Irlandais de Paris. Bacon l'a dit, et Linné après lui : *Natura non facit saltus*. Ce qui est vrai pour des espèces vivantes, l'est bien plus encore pour les maladies, qui sont des catégories intellectuelles. Aussi, en clinique, y a-t-il beaucoup d'espèces *incertæ sedis*.

Au n° 20 de la salle Laënnec, se trouve un autre malade qui a une forme insolite de dothiénentérie. Ce qui est intéressant, ce sont les conditions de développement de sa maladie. Il est d'abord entré dans le service de M. Rigal pour une angine simple, liée à la constitution médicale saisonnière. Il quitte le service parce qu'il est mécontent. Mais après quatre ou cinq jours, il rentre chez nous, avec une température de 40 degrés, un pouls qui bat 100 pulsations, une langue desséchée, et surtout avec une pâleur extrême. Pendant les deux nuits qui ont précédé sa rentrée, le malade a eu une entérorrhagie extrêmement abondante; il en est résulté une anémie formidable. Il a donc une anémie avec fièvre. De plus, il est prostré, répond lentement, se plaint beaucoup de la tête. Sa rate est un peu grosse. Sa narine droite est remplie de croûtelles sanguines, ce qui indique qu'il a eu une épistaxis. J'avais donc toute espèce de raisons pour admettre que mon malade avait la fièvre typhoïde et que son entérorrhagie était d'origine typhique.

J'examinai le ventre, il était ballonné, mais ballonné d'une certaine façon. On se demandait s'il n'y avait pas dans l'intestin du sang qui déterminait cette forme de ballonnement avec matité. Or, en prolongeant l'examen, j'acquis la certitude qu'il s'agissait de la vessie distendue par l'urine. Le malade avait pourtant uriné. Mais je fis faire le cathétérisme, et on retira un litre et demi de liquide. L'urine ainsi évacuée était très pure, ne renfermant ni pus, ni albumine. Alors, je n'eus plus aucun doute sur le diagnostic; rapprochant tous les symptômes : entérorrhagies, épistaxis, fièvre vive, paralysie vésicale, je fis le diagnostic de fièvre typhoïde, malgré l'absence des taches rosées lenticulaires.

L'auscultation acheva la confirmation de mon diagnostic; on entendait, en effet, quelques râles sibilants et muqueux.

On continue de sonder le malade. Puis la paralysie vésicale cesse. Que ce soit par le fait du cathétérisme, ou autrement, les urines étaient devenues purulentes. Nous nous sommes demandé, un instant, si l'état typhique ne tenait pas à l'état des voies urinaires. Mais nous avons écarté cette idée. L'état général s'améliore; la maladie suit son cours, et, sur le fond pâle de la peau, on distingue, enfin, des taches rosées lenticulaires.

Voilà une dothiénentérie insolite. C'est que, encore une fois, chaque sujet individualise sa dothiénentérie, comme il individualise sa variole ou son rhumatisme.

Encore un autre fait pour terminer. Un homme, électricien, a une fièvre typhoïde bénigne; il a été amélioré par une entérorrhagie. Je cite volontiers ce cas, parce que j'ai inséré dans la Clinique de Trousseau l'histoire de cette robuste Italienne qui avait la fièvre typhoïde et qui demandait à être saignée, ce que je ne lui octroyai pas, car Trousseau avait la saignée en horreur. Tout à coup, elle eut

une hémorrhagie intestinale à partir de laquelle elle alla beaucoup mieux.

Louis disait : Les hémorrhagies intestinales dans la dothiénentérie sont funestes. Il avait vu, en effet, des malades mourir d'une abondante hémorrhagie. Trousseau déclara, au contraire, que l'entérorrhagie était un phénomène salutaire. Moi je dis ceci : Les hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde, qui surviennent vers le quatorzième jour, qui sont d'origine fluxionnaire, sont ordinairement modérées et salutaires; mais celles qui surviennent à la fin de la maladie, vers le vingt et unième jour, qui sont dues à l'ulcération d'un vaisseau, sont abondantes et trop souvent funestes.

La première variété est justiciable de la révulsion; pour supprimer l'hémorrhagie, vous n'avez qu'à appliquer des ventouses scarifiées ou un vésicatoire sur la fosse iliaque droite, tandis que vous ne pouvez rien contre l'hémorrhagie par trou fait à un vaisseau, vous ne pouvez pas y mettre une pièce.

En résumé les maladies (même les plus spécifiques) se développent en série morbide progressive, allant du moins au plus, du bénin au grave ; la gravité résultant, d'une part, de la multiplicité des cas en un temps et en un lieu donnés, et, d'autre part, de la faible résistance de l'individu frappé.

En résumé les maladies (même les plus spécifiques) s'individualisent, et c'est l'individualisation de la maladie qui fournit au médecin la source des indications thérapeutiques.

HÉMOPTYSIES PÉRIODIQUES

A LA SUITE DE L'ABLATION DES OVAIRES

Par M. le docteur Paul RAYMOND.

On sait que presque toujours les femmes dont les ovaires ont été enlevés cessent d'avoir leurs règles. Il est cependant des cas où la menstruation a persisté, malgré une double ovariectomie, et quelle que soit l'interprétation donnée à ces faits, ils nous enseignent que la menstruation peut être, jusqu'à un certain point, indépendante de l'ovulation. Chez ces femmes ainsi réglées, on observe les phénomènes généraux qui, chez la plupart des femmes, annoncent la menstruation. Chez celles qui n'ont plus leurs règles, on peut voir survenir, au moment où celles-ci seraient venues, les mêmes phénomènes que l'on observe chez un grand nombre de femmes aménorrhéiques : bouffées de chaleur, migraines, douleurs des seins, douleurs abdominales ou lombaires, etc. Il semble donc que la fonction menstruelle ne soit pas éteinte ; elle reste incomplète, ébauchée en quelque sorte, dans un certain nombre de cas, mais on ne peut dire qu'elle ait disparu.

Or, de même que, chez les aménorrhéiques, l'hémorrhagie, qui ne se fait plus du côté de l'utérus, peut être remplacée par des hémorrhagies du côté d'autres organes (épistaxis, hématémèses, hémoptysies, etc.), par des fluxions et des troubles vaso-moteurs (érysipèle menstruel, œdème, purpura, dermato-névroses); de même, il semble que, chez certaines femmes, privées de leurs ovaires, ces phénomènes supplémentaires puissent se produire, les hémorrhagies notamment, tout écoulement menstruel faisant défaut.

Voici une observation d'hémoptysie périodique qui me paraît démontrer la réalité de l'opinion que je soutiens.

Albertine L..., vingt-sept ans, a toujours eu une bonne santé et ne présente aucun antécédent pathologique. Elle n'accuse qu'une fièvre typhoïde à vingt ans. Toujours bien réglée depuis l'âge de quatorze ans, elle a eu un enfant à vingt-deux ans. Au moment de sa grossesse, une sage-femme s'aperçut qu'elle avait une tumeur dans l'abdomen. La malade n'en avait jamais souffert, et ce n'est que dix-huit mois après l'accouchement, qu'elle ressentit quelques douleurs dans le ventre. A cette époque, les règles étaient revenues depuis trois mois, et elles étaient régulières. Bientôt la malade fut prise d'une métrorrhagie qui dura six semaines. Elle rentra alors à l'hôpital Pascal, où l'on constata un prolapsus utérin, avec rétroflexion. Pour les lésions de métrite coexistante, M. Pozzi pratiqua le curettage, après lequel la malade resta bien portante pendant dix mois. Mais ensuite les règles redevinrent irrégulières; à nouveau, survinrent des métrorrhagies et, après dix-huit mois de cet état, la malade rentra à l'hôpital Pascal, où l'on diagnostiqua une tumeur fibreuse de l'ovaire. A ce moment, dit-elle, le ventre était énorme, simulant une grossesse. Il avait atteint ce volume en deux ans environ. Au mois de septembre 1888, M. Pozzi lui enleva, raconte-t-elle, les deux ovaires. Les suites de l'opération furent excellentes et pendant trois mois, la malade resta à l'hôpital, très étonnée de ne plus revoir ses règles. Celles-ci ne se sont d'ailleurs jamais reproduites depuis l'opération ; mais voici ce qui se passe. Chaque mois survient un léger écoulement blanc qui dure deux ou trois jours ; la malade éprouve quelques douleurs de tête, de la pesanteur; il n'y a pas de douleurs lombaires, abdominales ou autres, mais soudain survient un vertige, des étourdissements, des rougeurs de la face et un crachement de sang apparaît. A quatre et cinq reprises dans la journée, la malade est prise d'une hémoptysie : le sang est rouge, rutilant, survient à flots, sans efforts et sans être précédé d'aucune sensation de chaleur, de pesanteur à la poitrine, sans qu'il y ait aucune odeur de l'haleine. Parfois cependant, il y a des nausées, mais il ne s'agit pas d'hématémèse.

La malade évalue d'abord à une demi-cuvette, et sur observation, à deux bons verres, la quantité de sang qu'elle perd ainsi. Tous ces phénomènes durent deux ou trois jours, la malade étant prise de son hémoptysie aussi bien le jour que la nuit et étant réveillée par son crachement de sang. Ces hémoptysies effrayaient, au début, la malade qui s'y est habituée depuis : elle les présente depuis le mois de janvier 1889, quatre mois par conséquent après l'opération. Elle les voit revenir tous les mois : le sang s'arrête naturellement, mais si la malade remue, il reparaît. Jamais elle n'a constaté d'écoulement sanguin par le vagin. Tous les organes de cette femme sont sains, à l'exception des poumons. Aux sommets, et notamment au sommet droit, on constate des craquements secs : à la percussion, on trouve, en ce point, une obscurité du son. A gauche, il y a de l'affaiblissement du murmure vésiculaire, quelques râles sous-crépitants, de la matité sous-claviculaire ; en un mot, la malade peut être considérée comme une tuberculeuse.

Cette observation est intéressante, parce qu'elle montre bien que, si l'écoulement sanguin fait défaut, le mouvement congestif mensuel et les autres signes de la menstruation n'en persistent pas moins dans certains cas, les ovaires n'existant plus. Cet écoulement sanguin peut être remplacé par des hémorrhagies en d'autres points de l'économie, et peut-être ces derniers sont-ils ceux où existe une épine

tuberculeuse, par exemple, expliquant l'hémoptysie. Cette observation doit, d'autre part, être rapprochée d'observations analogues qui semblent montrer que, bien que l'ovulation ne se fasse plus, il existe néanmoins une sorte d'habitude organique qui met la femme dans des conditions telles, qu'on croirait que cette ovulation et la menstruation persistent. Tantôt, comme dans ce cas, la fluxion utérine est remplacée par une fluxion collatérale, et il se fait une hémorrhagie par un organe autre que l'utérus, mais il semble que, dans d'autres cas, cette hémorrhagie supplémentaire n'ait pas lieu, et qu'elle soit remplacée par d'autres phénomènes.

M. A. Mathieu a publié, récemment, dans ce journal, un fait qui me paraît être de cet ordre (1). Il s'agit d'une femme à qui l'on a pratiqué l'ablation des ovaires. Or, depuis cette époque, cette femme présente tous les mois des bouffées congestives, des poussées de chaleur qui durent plusieurs jours. Sa face se congestionne, elle éprouve une sensation pénible de chaleur à la tête et de gonflement du cou. Elle éprouve aussi une sorte de sensation de turgescence, de malaise, presque d'angoisse. Il n'y a aucun suintement sanguin par le vagin. Cette femme est très nerveuse et pendant la durée de ces crises, elle est dans un état marqué d'agitation. Elle est au début d'une maladie de Basedow. Ces poussées congestives, dit M. Mathieu, paraissent s'être disciplinées, avoir pris les allures mensuelles de congestions cataméniales. La malade, tout au moins, est persuadée que ce sont ses règles absentes qui se manifestent de cette façon, et elle prétend que ces accidents reviennent aux époques auxquelles ses règles devraient se montrer.

Cette observation, à mon sens, complète celle que j'ai rapportée : toutes deux montrent qu'une femme, privée de ses ovaires, est dans l'état d'une femme aménorrhéique. Chez elle, la menstruation ne se fait plus, mais la période cataméniale n'en persiste pas moins, réagissant sur tout l'organisme et s'accompagnant de phénomènes hémorrhagiques, vaso-moteurs ou autres, qui offrent, de par leur répétition même, une véritable gravité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 octobre 1890. — Présidence de M. Nicaise.

COMMUNICATIONS

Accidents produits par l'emploi des crayons de chlorure de zinc. — M. POZZI rappelle avoir, dans une discussion antérieure, soutenu cette opinion que l'emploi de ces crayons dans le traitement de l'endométrite ne lui paraissait pas exempt de dangers et qu'il était à craindre de voir survenir consécutivement des sténoses du col ou des trompes ; ces craintes n'ont pas tardé à se réaliser. M. Pozzi rappelle l'observation présentée dans la dernière séance par M. Routier. Il a rencontré lui-même plusieurs cas analogues, il cite le suivant :

Une femme vint, ces jours derniers, le consulter pour de vives douleurs abdominales. Après un sixième accouchement, elle avait eu de graves hémorrhagies utérines qui ont été arrêtées par l'application de bâtons de chlorure de zinc. Depuis, à chaque époque menstruelle, cette malade éprouve des douleurs atroces qu'aucun traitement ne peut conjurer. L'utérus est en antéflexion ; le col présente, au toucher, une dureté comparable à celle d'une bille de billard ; il est entr'ouvert. Au delà du museau de tanche, on constate une oblitération complète, absolue, qu'aucun stylet ne peut franchir. Il y a une atrésie cicatricielle complète. La cavité utérine n'existe plus. On pouvait s'attendre à une dilatation hématique des trompes ; il n'y avait pas d'hémato-salpynx comme dans le cas de M. Routier. La menstruation avait cessé de se produire.

M. Pozzi pratiqua chez cette malade la castration ovarienne. L'ovaire gauche était sain, les trompes étaient congestionnées, d'un rouge vineux non oblitérées. L'ovaire droit contenait deux corps jaunes kystiques et deux ou trois petits kystes folliculaires. L'opération a été faite il y a quelques jours et la malade va aussi bien que possible.

Voilà donc un cas où la cautérisation de la muqueuse utérine par le crayon de chlorure de zinc, en amenant une oblitération complète de la cavité utérine, a nécessité ultérieurement une castration ovarienne, opération somme toute autrement sérieuse que le curetage de l'utérus que l'on a voulu éviter.

M. SEGOND dit qu'à côté des résultats désastreux, produits par le crayon de chlorure de zinc, semblables à ceux constatés par MM. Routier et Pozzi, il y a des résultats déplorables, ceux-là très nombreux. M. Segond soigne, en ce moment, quatre malades qui ont été traitées par les flèches au chlorure de zinc. A chaque époque menstruelle, ces malades sont atteintes d'accidents douloureux intenses, nécessitant une dilatation progressive à l'aide des bougies d'Hégar. Les rétrécissements, dont il s'agit, sont haut situés. Au spéculum, on ne soupçonne rien, le museau de tanche étant entr'ouvert. Mais aucun hystéromètre ne peut passer.

M. REYNIER a déjà signalé plusieurs cas d'atrésies consécutives à l'emploi des flèches de chlorure de zinc, qui sont à rapprocher de ceux que l'on vient de citer. Il a été obligé, dans ces cas, de recourir aux bougies d'Hégar pour favoriser la dilatation au moment des époques.

M. POLAILLON, tout en tenant compte des observations que l'on vient de rapporter, maintient que le traitement des endométrites par le chlorure de zinc donne, dans certains cas, d'excellents résultats ; mais il reconnaît que l'écueil de ce mode de traitement est sa facilité même d'exécution. Un grand nombre de praticiens peu expérimentés ont pu y recourir d'une façon trop énergique ou intempestive : chez des femmes trop jeunes, par exemple, ces praticiens auront des accidents ; ils détermineront des destructions de la cavité utérine, des atrésies consécutives du col. Il faut donc pratiquer ces cautérisations avec une extrême prudence, ainsi que n'a pas manqué de le recommander M. Polaillon dans son rapport à l'Académie sur cette question. Il est de l'avis de ses collègues sur les dangers de ces cautérisations quand elles sont mal faites ; mais il faut apprendre à les bien faire, parce que c'est un très bon moyen de traitement dans certains cas.

Il faut bien reconnaître que les endométrites sont souvent difficiles à guérir. Dans le cas de M. Routier, par exemple, est-il démontré que ce soit la cautérisation qui ait déterminé la dilatation des trompes? L'accusera-t-on, dans le cas de M. Pozzi, d'avoir produit les kystes du corps jaune? ces femmes avaient-elles les annexes absolument saines avant d'être cautérisées? Il faudrait le savoir avant d'accuser la cautérisation des lésions constatées chez elles. Nous savons, en effet, que la cautérisation, pas plus que le curetage, n'améliore les lésions des annexes de l'utérus.

En résumé, la cautérisation par les flèches de chlorure de zinc est un excellent moyen de traitement des endométrites quand elle est bien et sagement appliquée ; elle est dangereuse quand elle dépasse la mesure.

M. POZZI prend acte de ce que vient de dire M. Polaillon, à savoir que c'est un procédé qui peut être dangereux, dont le dosage est très difficile ; c'est donc une opération qui ne doit être pratiquée que par des mains expérimentées. Or, au début, elle a été, au contraire, préconisée comme une opération facile, à la portée de tous les médecins. Est-elle sans danger quand elle est pratiquée par les inventeurs mêmes de la méthode? Non, car la

(1) A. Mathieu. Goître exophthalmique consécutif à l'ablation des ovaires, *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 643.

malade dont M. Pozzi vient de communiquer l'observation a été opérée par son principal promoteur. C'est donc une opération difficile et infidèle, même entre les mains les plus expérimentées.

M. Polaillon a insisté sur les altérations des annexes; mais quelle différence, à ce point de vue, entre la cautérisation et le curetage? Tandis que celui-ci permet l'issue facile des trompes, désobstrue leurs orifices, la cautérisation les oblitère. Quant à la préexistence des lésions des annexes relativement à la cautérisation, dans le cas de M. Pozzi, ce qu'on peut affirmer, c'est que cette malade n'avait jamais souffert avant la cautérisation et n'a ressenti ses douleurs atroces qu'à partir du moment où elle a été faite. N'est-ce pas le cas de dire : *post hoc ergo propter hoc*.

M. ROUTIER rappelle également que sa malade avait des règles normales et n'avait jamais souffert avant la cautérisation.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES FISTULES RECTO-VAGINALES

M. BOUILLY estime qu'il ne faut pas traiter de la même façon toutes les fistules recto-vaginales. Il les distingue, au point de vue du traitement, en deux grandes classes : 1° les fistules réellement recto-vaginales, placées au-dessus de la portion sphinctérienne de l'anus ou sus-sphinctériennes, généralement consécutives à des ulcérations ou à des abcès; 2° les fistules recto-vaginales accompagnant la déchirure du périnée et succédant généralement à l'accouchement. Pour les premières, M. Bouilly est partisan d'une opération complexe analogue à celle qu'a préconisée M. Le Dentu. Quant aux autres, il n'est pas besoin de procédés aussi complexes et jusqu'ici M. Bouilly s'est contenté, dans ces cas, de faire la périnéorrhaphie, sans s'inquiéter de la fistule. Il avive en respectant la muqueuse rectale et réunit par-dessus la fistule. Il a toujours ainsi obtenu de bons résultats. Le même traitement n'est plus applicable aux fistules recto-vaginales haut situées.

M. QUÉNU fait des réserves sur la distinction établie par M. Bouilly, au sujet de la pathogénie des fistules recto-vaginales. Il y a aussi des fistules hautes consécutives à des eschares résultant de la pression de la tête du fœtus ou de manœuvres pendant l'accouchement. Le cas que M. Quénu a cité dans la dernière séance en est un exemple.

RAPPORT

Rétrécissement traumatique de l'urèthre. — M. HORTELOUP fait un rapport sur une observation présentée par M. Delorme relative à un rétrécissement traumatique de l'urèthre. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 619.)

PRÉSENTATIONS

Fracture de la rotule, ablation du fragment supérieur. — M. CHAPUT présente un malade qui était atteint d'une fracture de la rotule, avec impotence complète de la flexion, chez lequel il a pratiqué l'ablation du fragment supérieur sans ouverture de l'articulation. Cette opération a été suivie d'une parfaite guérison et du retour complet des fonctions des membres.

Extraction d'un drain perdu dans la plèvre. — M. SCHWARTZ présente un drain qu'il a extrait de la plèvre d'un malade. Ce drain qui avait été placé à la suite d'un empyème avait été perdu dans la plèvre et y était devenu le point de départ d'un nouvel épanchement purulent. M. Schwartz fit une pleurotomie inférieure, retira le drain et le malade fut promptement guéri.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Syphilis. Syphilis et mariage (1), par M. A. FOURNIER.

Le public médical attendait, avec impatience, la réimpression du livre de M. le professeur Fournier. La première édition, qui remonte à dix ans, était depuis longtemps épuisée, et tel avait été son succès qu'elle servait encore de modèle, tout récemment, à M. le professeur Grancher consacrant une partie de ses leçons à la question *Tuberculose et mariage*. Les préceptes que M. Fournier formulait, il y a dix ans, avaient dès lors pris force de loi pour l'universalité du monde médical : il ne pouvait donc rien avoir à y changer dans la publication présente ; mais il a enrichi son livre d'une série de preuves cliniques et expérimentales nouvelles, appuyées sur des statistiques tirées de son immense expérience personnelle. Le côté pratique de l'œuvre, après la discussion toute scientifique de l'hérédo-syphilis, des lois de Colles-Baumès et de Propheta, réside dans l'étude des conditions d'admissibilité au mariage, que le professeur de Saint-Louis résume de la façon suivante : 1° absence d'accidents spécifiques actuels ; 2° âge avancé de la diathèse; 3° stade d'immunité au delà des dernières manifestations spécifiques ; 4° caractère non menaçant de la diathèse; 5° traitement spécifique suffisant. Mais de même qu'il est impossible de constituer un programme qui réponde à toutes les éventualités à venir, ainsi le médecin ne pourra se former une règle de conduite, en dehors d'une expérience personnelle suffisamment étendue, que par l'étude et la méditation des cas complexes exposés d'une façon si savante et si intéressante dans *Syphilis et mariage*.

Disons, en terminant, que le livre de M. le professeur Fournier est imprimé de façon telle qu'il représente presque une édition de luxe, ce qui lui donne un attrait d'autant plus appréciable qu'il constitue presque une innovation dans notre littérature médicale.

Puisque nous en sommes aux réimpressions, notons, à propos de la dermato-syphiligraphie, plusieurs mémoires de J.-J. PRINGLE (de Londres), dont l'un, particulièrement intéressant, déjà cité par Kaposi dans son Traité, a pour thème un cas d'*Hématémèse à répétition coïncidant avec une urticaire*, et que l'auteur n'hésite pas à rattacher à cette dermatose.

Étude sur la prétendue lymphangite consécutive à l'induration syphilitique primitive, par S. KOULNEFF.

Dans cette thèse, soutenue devant l'Académie impériale de médecine de Saint-Pétersbourg, l'auteur, médecin de la clinique du professeur Tarnowsky, établit que le cordon sensible au palper pendant la durée de la sclérose primitive est dû, non à une lymphite, mais à l'altération d'un ou de plusieurs troncs veineux. Ce serait là de l'endo et périphlébite syphilitique. M. Koulneff conclut, en outre, de ses recherches, que le chancre n'est que la première manifestation de l'infection générale de l'organisme par la syphilis.

(1) Un vol. in-8°. 2e édition. — Paris, G. Masson.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 octobre 1890, M. Viguier, médecin-major de deuxième classe, en non-activité pour infirmités temporaires, a été nommé chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

— Par décision ministérielle, en date du 6 octobre 1890, M. Grosse, médecin-major de première classe, a été désigné pour le 128e d'infanterie et M. Choux, médecin-major de deuxième classe, pour le 133e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 7 octobre 1890, M. Kopff, médecin-major de première classe, a été désigné pour être attaché au service médical de l'état-major du gouverneur militaire de Paris.

— Par décision ministérielle, en date du 8 octobre 1890, ont été désignés pour les régiments ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Bourdon, pour le 76e d'infanterie, et Durand, pour le 81e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Pettier et de Montéty, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Burgun, de Villerupt (Meurthe-et-Moselle), décédé à peine âgé de trente ans, après une courte maladie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs; obligatoires pour les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat; facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite :

1° Les étudiants ayant seize inscriptions;

2° Les docteurs français;

3° Les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

Cartes d'étudiant. — Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1890-91, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

— *École pratique.* — *Exercices de dissection.* — Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils sont invités à se faire inscrire, dans le plus bref délai, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à trois heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 20 octobre.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du lundi 13 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures.

Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. — Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. — Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et troisième années : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C. — Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Élèves obligés, deuxième et troisième années (suivant la date de la prise de l'inscription trimestrielle : cinquième ou neuvième);

2° Élèves non obligés et docteurs.

Des lettres de convocation seront adressées au domicile des élèves.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Plusieurs communications intéressantes ont été faites à l'Académie; M. Berger a présenté deux malades également intéressants. Il s'agit d'ulcères graves de la jambe, qui avaient résisté à tous les traitements et qui ont été guéris par l'autoplastie italienne modifiée. M. Berger a montré qu'il y avait, dans cette méthode, une ressource précieuse qui a peut-être été trop négligée dans le traitement de cette affection si fréquente et si rebelle.

M. Fort a également présenté une jeune fille qu'il a guérie d'un rétrécissement cicatriciel infranchissable de l'œsophage par l'électrolyse. On trouvera plus loin cette observation.

L'Académie a entendu ensuite une série de rapports : ce sont d'abord deux rapports de M. Chauvel, l'un sur un travail de M. Vaslin (d'Angers), relatif à la trépanation dans les cas d'accidents éloignés consécutifs à des traumatismes craniens (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 805); l'autre, sur un nouveau procédé de traitement du larmoiement, par M. Galezowski.

M. Marjolin a fait ensuite un rapport sur un livre de M. le docteur Du Mesnil, intitulé : « L'Hygiène à Paris, le logement du pauvre. » Il profite de cette occasion pour adjurer l'Académie d'ouvrir une discussion sur cette importante question.

Enfin, nous signalerons un quatrième rapport, celui de M. Charpentier, sur les travaux adressés à l'Académie pour le prix de l'hygiène de l'enfance.

On trouvera, au compte rendu, le résumé de deux autres communications, l'une de M. Baudon (de Nice) sur la diathèse goutteuse chez la femme, l'autre de M. Decroix, président de la Société contre l'abus du tabac, qui signale l'influence fâcheuse de cet abus sur les fonctions de la génération et, partant, sur la dépopulation de la France.

HOTEL-DIEU. — M. TILLAUX.

Rétrécissements du rectum.

Certains individus n'éprouvent, pour ainsi dire, aucun besoin d'aller à la selle. Le réflexe normal, qui part du rectum et amène le besoin de la défécation, n'existe pas chez eux.

D'autres sujets ne vont pas à la garde-robe, parce qu'il existe, chez eux, un véritable obstacle à la défécation; mais ces malades éprouvent le besoin d'aller à la selle et ne peuvent le satisfaire. Ils ont souvent des épreintes, des faux besoins.

La forme de leurs matières fécales est caractéristique. Les matières sont petites, allongées, semblent avoir été passées à la filière. On dit que ces matières ressemblent à une ficelle, à un ruban.

Le malade atteint d'un rétrécissement rectal a généralement un écoulement par l'anus. Il rend soit du sang, soit des glaires. Souvent l'écoulement est muco-sanguinolent.

Chez tout individu qui présente les symptômes précédents, on doit procéder à une exploration directe du rectum.

Le malade est mis dans la position de la taille. On explore ainsi l'anus et la région anale. Cette position, très favorable à l'exploration directe, permet de constater l'existence et les caractères d'une lésion rectale.

Je vais vous entretenir aujourd'hui de l'histoire d'une jeune femme de trente et un ans. Sa mère et son père sont bien portants. La malade a quatre frères qui sont en bonne santé. L'étude des antécédents de cette jeune femme nous apprend qu'elle a eu une fièvre typhoïde à vingt-trois ans.

Réglée à quatorze ans, mariée à seize, cette femme a eu six enfants. Quatre d'entre eux sont morts en bas âge. Son deuxième accouchement a nécessité une application de forceps.

Il y a cinq ans, cette jeune personne éprouva, sans cause apparente, un peu de difficulté pour aller à la selle. Ses selles sont devenues de plus en plus difficiles et les matières ont changé progressivement de forme et de volume. En ce moment, ses matières fécales sont rubannées.

Quand on pratique le toucher rectal, on constate, à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'anus, une portion rétrécie.

Une première question se pose immédiatement à nous : s'agit-il d'un cancer du rectum?

Le diagnostic n'est pas toujours facile entre le cancer

rectal et un autre rétrécissement dont nous allons étudier la nature.

Il faut, tout d'abord, savoir que cancer du rectum n'est pas synonyme de rétrécissement du rectum. Le cancer peut exister sans donner lieu à un rétrécissement. Un malade, atteint de néoplasme malin du rectum, peut aller à la selle avec la plus grande facilité et ne présenter aucune constipation. Le rétrécissement, qui survient pendant l'évolution du cancer rectal, est un accident de ce néoplasme.

Comment reconnaît-on le cancer du rétrécissement? A une distance variable, 5, 7, 8, 9 et 10 centimètres, on constate, par le toucher rectal, une masse inégale, irrégulière, bosselée, indurée. Le doigt suit dans le rectum un trajet sinueux dont il ne trouve pas l'extrémité supérieure.

On reconnaît l'intégrité de l'anus, de la portion anale. La muqueuse, située au-dessous du rétrécissement, est normale. Le doigt, qui pénètre dans la dernière portion du gros intestin, arrive à buter sur une masse dure, inégale, irrégulière et bosselée.

Nous savez qu'il existe différentes espèces de rétrécissement rectal.

Le rétrécissement fibreux est exceptionnel. On peut trouver une sorte de valvule fibreuse, à une distance plus ou moins éloignée de l'anus. La dysentérie peut donner lieu à un rétrécissement cicatriciel. Somme toute, c'est une forme de rétrécissement peu commune.

Le rétrécissement valvulaire congénital doit être rangé à côté de la forme précédente.

On trouve, à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'anus, un rétrécissement. Toute la portion du rectum comprise entre l'anus et le rétrécissement est normale. La muqueuse ne présente aucune altération appréciable. Le doigt pénètre assez facilement dans le rétrécissement qui occupe la partie moyenne du calibre rectal. Ce rétrécissement est un diaphragme percé à son centre d'un orifice de grandeur variable. Cet orifice laisse passer le petit doigt ou un porte-plume. Si le doigt peut traverser le rétrécissement, il constate l'intégrité de toutes les parties situées à la partie supérieure. La muqueuse est normale. Parfois on constate un certain degré de dilatation du rectum.

La variété que je viens de décrire est le rétrécissement valvulaire congénital. Ce diaphragme est constitué par une surface lisse et régulière.

Les individus, qui portent un rétrécissement valvulaire congénital, ont eu toute leur vie une gêne plus ou moins marquée de la défécation. Jusqu'à un âge variable, cette valvule s'affaisse et laisse passer les matières. Mais avec l'âge, ou sous l'influence d'irritations répétées, elle s'indure. C'est alors qu'apparaissent des troubles plus marqués de la défécation.

Le rétrécissement syphilitique siège dans le même point que le rétrécissement valvulaire. La femme est plus souvent atteinte que l'homme. C'est de vingt à trente ans que le rétrécissement est le plus fréquent.

Quand on touche un sujet ayant un rétrécissement du rectum, on trouve au-dessus de l'anus des granulations minces qui sont l'indice d'une rectite granuleuse. Si ces granulations s'épaississent, elles déforment l'extrémité inférieure du rectum qui devient infindibuliforme. La base de l'entonnoir est à l'anus et le sommet plus ou moins haut. Toute la surface du rétrécissement est assez dure, mais moins irrégulière que s'il s'agissait d'un rétrécissement cancéreux. Le doigt arrive dans le rétrécissement et s'il parvient à le franchir, il ne trouve plus rien au-dessus de l'obstacle. Parfois, cependant, il existe une exulcération sur la muqueuse qui tapisse la portion du rectum, située au-dessus du rétrécissement.

La jeune femme, dont je vous ai parlé au début de cette leçon, a un rétrécissement syphilitique du rectum. Vous vous souvenez qu'elle a perdu quatre enfants en bas âge. C'est là un renseignement qu'il est bon de consigner pour établir le diagnostic de la nature du rétrécissement.

Vous connaissez les différentes opinions qui ont été émises sur les rétrécissements vénériens.

La rectite blennorrhagique peut donner naissance à un rétrécissement.

Le rétrécissement vénérien est souvent un rétrécissement syphilitique. M. le professeur Fournier a magistralement décrit les syphilomes rectaux. On peut voir apparaître ces rétrécissements dans toutes les périodes de la syphilis. J'ai eu l'occasion de voir une fois un rétrécissement du rectum dans la période primitive de la syphilis. J'ai constaté l'existence du rétrécissement rectal chez une jeune fille, avant l'apparition des plaques muqueuses.

Il ne faut pas croire à la bénignité de ces rétrécissements, parce qu'ils sont d'origine syphilitique. Le traitement le mieux conduit, l'association du mercure et de l'iodure de potassium, ne peuvent rien contre le syphilome rectal. Cette lésion ne peut pas guérir spontanément. Il faut avoir recours à une opération. On ne doit même pas espérer guérir complètement et du premier coup le malade.

La dilatation et l'incision sont deux moyens utiles pour obtenir la cure de ces rétrécissements.

Voici comment je vais faire pour opérer ma malade :

Après l'avoir endormie, je dilaterai l'anus et je pratiquerai des débridements multiples et peu profonds sur la portion rétrécie. Peut-être même faudra-t-il ébarber les portions exubérantes ou, au besoin, les gratter un peu avec une curette. Je mettrai ensuite dans le rectum une grosse mèche de gaze iodoformée. J'ai l'habitude de la renouveler seulement au bout de deux et même trois jours.

Quel sera le résultat de mon intervention? Je suis certain que l'opération que je dois pratiquer devant vous n'est pas grave. La vie de la malade ne sera pas en danger du fait de l'opération. La guérison de l'opération aura lieu dans un temps plus ou moins rapproché. Mais je ne suis pas sûr de guérir ma malade de son rétrécissement. Vous savez que souvent le syphilome rectal est rebelle à tous les traitements. Cependant, je suis certain d'avoir guéri quelques malades et je dois conserver l'espoir de débarrasser cette femme du rétrécissement syphilitique qu'elle présente.

SEPT CAS D'ENDOMÉTRITE

TRAITÉS, AVEC SUCCÈS, PAR LE CURAGE COMBINÉ A L'ÉCOUVILLONNAGE OU ASSOCIÉ A D'AUTRES OPÉRATIONS [TRACHÉLORRHAPHIE, OPÉRATION DE SCHRŒDER, HERSAGE] (1).

Par le docteur J. PARA (de La Ferté-Alais),

Ancien aide d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de Paris.

II

OBS. II. — *Endométrite chronique du corps. Lacération latérale gauche du col avec nodule cicatriciel douloureux. Éversion de la lèvre antérieure. Curage et écouvillonnage. Opération d'Emmet. Guérison.* — Mme V..., âgée de vingt-six ans. Réglée à quinze ans, réguliè-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1075.

rement. Mariée à vingt-trois ans. Accouchement à terme un an après. Depuis son retour de couches, elle a des douleurs hypogastriques et lombaires avec irradiation dans les membres; elle voit ses règles toutes les trois semaines; celles-ci, très abondantes et douloureuses, se prolongent pendant huit à dix jours. Dans l'intervalle, pertes blanches abondantes, état général mauvais, anorexie, maigreur, nervosisme.

Examen. — Utérus gros, en antéversion très marquée sans antéflexion. Déchirure latérale gauche du col remontant jusqu'au cul-de-sac. A la commissure existe une petite induration cicatricielle, douloureuse à la pression. Éversion de la lèvre antérieure. Point d'éversion de la lèvre postérieure. Écoulement mucopurulent.

Hystérométrie : 7 centimètres. Les culs-de-sac sont libres, les annexes paraissent saines.

Traitement préparatoire pendant huit jours, suivi de dilatation progressive de la cavité utérine.

Curage et écouvillonnage, opération d'Emmet (trachélorrhaphie) sur le côté gauche après ablation du nodule cicatriciel de l'angle de la déchirure. Suture au catgut des parties cruentées; lavage au sublimé et pansement iodoformé.

Les suites opératoires sont normales. Les douleurs s'atténuent rapidement et la malade quitte le lit au bout de quinze jours. A cette époque, les douleurs ont complètement disparu et Mme V... est très heureuse du résultat obtenu. L'appétit est meilleur; l'état général s'améliore rapidement. L'examen local démontre que le col, complètement modifié dans sa forme, est entièrement restauré, l'écoulement est supprimé.

Mme V... a été revue six mois après l'opération, la guérison s'était maintenue.

Obs. III. — *Endométrite chronique du corps et du col. Éversion des lèvres avec double lacération; petits kystes glandulaires. Curage et écouvillonnage. Opération de Schrœder. Guérison.* — Mme L..., âgée de trente-quatre ans, d'une bonne santé habituelle, a eu quatre grossesses normales, terminées par des accouchements heureux. Elle a accouché la dernière fois, il y a deux ans, d'un gros enfant venu par le siège. Depuis son dernier accouchement, elle a des métrorrhagies abondantes, qui durent quinze jours environ. Plusieurs fois les hémorrhagies ont eu une intensité telle que la malade a dû s'aliter pendant quelque temps. A ces métrorrhagies sont venues se joindre des douleurs sourdes, continues, dans la région hypogastrique, douleurs qui irradient dans les reins et dans les cuisses en augmentant par la marche et la fatigue. Troubles dyspeptiques, maux de tête fréquents, miction souvent accompagnée d'un peu de ténesme vésical, constipation opiniâtre.

Elle a consulté plusieurs médecins qui ont dirigé leur thérapeutique, soit contre l'ulcération du col, qui avait été constatée, soit contre les métrorrhagies. Le résultat de ces divers traitements ne fut guère satisfaisant : les pertes métrorrhagiques étaient aussi abondantes et aussi persistantes; l'affaiblissement augmentait de jour en jour.

Examen. — Lacération double du col, allant jusqu'aux culs-de-sac. Éversion des deux lèvres qui laisse à découvert une muqueuse érodée, semée de petits kystes glandulaires, laissant échapper, après la ponction, un liquide visqueux et gluant. Les angles de lacération sont très durs et constitués par du tissu cicatriciel. Hypersécrétion de mucus épais teinté en rouge par du sang.

Hystérométrie : 8 centimètres, les deux lèvres étant appliquées l'une sur l'autre. Léger prolapsus utérin. Rétroversion et rétroflexion légères. L'utérus est redressé à l'aide du cathéter. Les culs-de-sac sont libres; les annexes paraissent saines.

Après huit jours d'antisepsie vaginale (injections et tampons), j'introduis trois fois de suite des tiges de laminaire; la dilatation est complétée par une éponge préparée. J'abaisse l'utérus à la vulve et je confie la pince à mon confrère, M. le docteur Régoby, qui m'assiste. Je fais ensuite un curage soigneux de la cavité utérine. La curette ramène des débris épais de la muqueuse. Le curage est suivi d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée. Je termine par l'amputation biconique du col suivant la méthode de Schrœder. Sutures au catgut; trois points sur chacune des deux lèvres, et deux points sur chaque incision latérale. Lavage au sublimé et tampon de gaze iodoformée.

Suites de l'opération très simples. Pas de douleurs de ventre, pas de réaction fébrile.

L'examen au spéculum, fait au bout de dix jours, montre que la cicatrisation est à peu près complète, sauf sur un point de la lèvre antérieure. Cautérisation au nitrate d'argent.

Mme L... est revue six semaines après. La cicatrisation est parfaite; le col est bien reformé; plus de pertes blanches. Règles survenues depuis l'opération, sans douleurs, elles ont duré quatre jours. Etat général excellent.

Obs. IV. — *Endométrite hémorrhagique. Curage et écouvillonnage sans dilatation préalable. Guérison.* — Mme T..., âgée de vingt-trois ans, s'est mariée à vingt ans. A fait une fausse couche il y a deux ans. Au mois de juillet 1887, elle eut une hémorrhagie utérine qui ne survint pas à l'époque habituelle de ses règles, qui dura douze jours et fut abondante. Depuis lors elle perd du sang d'une façon irrégulière, au point qu'elle ne sait plus reconnaître l'époque de ses règles, et dans l'intervalle elle a des pertes blanches. En même temps, elle a des douleurs qui prennent naissance dans le petit bassin et irradient dans les cuisses et dans les reins.

Examen (10 septembre 1888). — Col gros, entr'ouvert, violacé, exulcéré, saignant abondamment; le cathétérisme donne 8 centimètres; les culs-de-sac sont libres, les annexes paraissent saines.

Opération, 20 septembre. Après quelques jours d'un traitement préparatoire, j'abaisse l'utérus à la vulve, et, sans dilatation préalable, je fais un curage soigneux de la cavité utérine. La curette ramène des fongosités assez abondantes. Je fais ensuite un écouvillonnage avec un écouvillon à crins durs, chargé de glycérine créosotée au tiers. L'écouvillonnage est suivi d'une injection intra-utérine à l'aide de la sonde de Doléris, avec une solution au sublimé (à 1/2000 à 45 degrés). Après l'injection, nouvel écouvillonnage avec un écouvillon souple et doux, enduit du mélange de glycérine et de créosote, qui termine la toilette de l'utérus. Tampon de gaze iodoformée. Le lendemain, absence de douleurs et de fièvre.

22 septembre. J'enlève le tampon, léger écoulement jaunâtre. Injection vaginale antiseptique; tampon de glycérine iodoformée. Les jours suivants même traitement.

20 octobre. Mme T... se trouve très bien, disparition de tout écoulement. A eu ses règles au commencement du mois, elles ont duré trois jours.

30 décembre. Elle est revue à cette époque, je constate la guérison définitive de sa métrite.

Obs. V. — *Endométrite hémorrhagique. Antéversion un peu exagérée. Curage et écouvillonnage. Guérison.* — Mme D..., âgée de trente ans. Deux grossesses normales, il y a cinq et trois ans. Depuis plus d'un an, pertes hémorrhagiques dans l'intervalle des règles, durant cinq ou six jours. Elles sont quelquefois très abondantes, au point de contraindre la malade à prendre le lit. Douleurs de ventre irradiant dans la région lombaire. Leucorrhée abondante, affaiblissement, pâleur.

Examen (8 septembre 1888). — Utérus en antéversion un peu exagérée, très mobile; les culs-de-sac sont libres. Col gros, un peu congestionné; il s'écoule de l'utérus un liquide séro-purulent. Hystérométrie : 7 centimètres et demi. Antisepsie vaginale pendant quelques jours.

14 et 15 septembre. Dilatation progressive.

16 septembre. Curage et écouvillonnage. Pansement habituel. Suites opératoires extrêmement simples.

Octobre. Mme D... va bien; pas de pertes, pas de douleurs.

Décembre. Menstruation régulière, la guérison se maintient.

(Au moment où nous allions publier cette observation, nous

avons eu des nouvelles de Mme D... Elle est devenue enceinte l'année dernière et a accouché à terme sans accident.)

Obs. VI. — *Endométrite hémorrhagique. Curage et écouvillonnage. Guérison.* — Mme R..., âgée de vingt-six ans. Constitution vigoureuse. Aucune maladie dans l'enfance ou l'adolescence. Réglée très régulièrement depuis l'âge de quatorze ans.

L'appareil génital n'a été le siège d'aucun phénomène exceptionnel jusqu'à il y a deux ans. A cette date, accouchement normal, mais depuis lors, les règles durent huit et dix jours et sont très abondantes. Dans l'intervalle, métrorrhagies alternant avec des pertes blanches; douleurs dans le ventre, crampes d'estomac, pertes d'appétit.

Examen (10 mai 1889). — Col gros, congestionné, entr'ouvert, écoulement muco-purulent.

Hystérométrie, 7 centimètres. Culs-de-sac libres et souples. Antisepsie vaginale. L'orifice du col est assez dilaté pour rendre inutile la dilatation préalable.

16 mai. Curage et écouvillonnage, suites très simples, ni douleurs, ni fièvre.

20 juin. Les règles sont revenues, sans douleurs, elles ont duré quatre jours.

6 août. Mme R... va bien à tous les points de vue.

Obs. VII. — *Endométrite du corps et du col. Légère éversion des lèvres. Dilatation progressive. Curage et écouvillonnage. Hersage du col. Guérison.* — Mme D..., âgée de vingt-cinq ans. Mariée depuis quatre ans. Deux grossesses, deux accouchements normaux, les enfants bien portants. Le dernier accouchement remonte à dix-huit mois. Depuis cette date, elle ne se porte pas bien, elle a des hémorrhagies utérines tous les quinze jours ou toutes les trois semaines, durant huit et dix jours. Leucorrhée abondante. Douleurs hypogastriques et lombaires, avec irradiation dans les cuisses. Troubles gastriques, maux de tête, perte d'appétit, affaiblissement.

Examen (10 août 1889). — Col gros, violacé, peu d'éversion des lèvres, légère érosion. Écoulement de glaires muco-purulentes.

Hystérométrie : 7 centimètres; culs-de-sac libres et souples, annexes saines. Antisepsie vaginale. Dilatation progressive.

18 août. Curage et écouvillonnage du corps. Hersage du col par le procédé de M. Doléris : dilacération de la muqueuse. Une curette tranchante, promenée ensuite dans la cavité cervicale, achève le travail commencé par la herse et égalise la paroi intracervicale. Soins appropriés les jours qui suivent. Les douleurs cessent, l'appétit revient avec la gaieté.

Le 3 septembre, je procède à un examen local; tout écoulement a cessé; seule l'érosion du col persiste. Cautérisations à la créosote pure, tampons de glycérine iodoformée. Au bout d'un mois guérison parfaite.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE

GUÉRI PAR L'ÉLECTROLYSE LINÉAIRE, COMBINÉE A LA DILATATION.

Par le docteur J.-A. Fort.

La malade nous fut adressée, le 8 juin 1890, par M. le docteur Rivière, de La Ferté-Milon, avec les renseignements suivants :

Il s'agit d'une jeune fille, âgée de dix-neuf ans, qui a avalé par inadvertance, le 29 avril 1889, une gorgée de potasse d'Amérique, liquide employé par les peintres en bâtiments pour nettoyer les peintures. A la suite de l'absorption de ce liquide corrosif, cette jeune fille a présenté deux rétrécissements de l'œsophage, l'un à la partie supérieure, et l'autre à 12 centimètres environ au-dessous du premier. Au mois de janvier, la malade a été atteinte d'influenza et, depuis ce moment, le rétrécissement inférieur a été infranchissable. Jusqu'alors, elle pouvait absorber des aliments liquides et solides; mais, depuis, l'obstruction est complète. M. le docteur Rivière suppléa à ce défaut par des lavements nutritifs, mais l'insuffisance de ce moyen, dit-il lui-même, ne tarderait pas à se manifester par une terminaison fatale.

Nous la voyons pour la première fois, le 18 juin 1890. Son état de maigreur est extrême; elle a à peine la force de marcher. Le découragement le plus absolu, la tristesse la plus profonde sont peints sur son visage. Ce n'est pas sans peine qu'elle se résigne à se faire examiner. Nous prenons l'olive œsophagienne la plus petite, le rétrécissement l'arrête. Nous introduisons une petite olive de 4 millimètres de diamètre, fabriquée tout exprès pour un malade ayant un rétrécissement très étroit, l'obstacle est infranchissable. Après nous être vainement servi de longues bougies œsophagiennes fines, nous prenons une bougie uréthrale n° 12, de la filière Charrière, et nous avons la satisfaction de franchir ce rétrécissement presque infranchissable.

A quel traitement aurait-on pu soumettre cette malade pour guérir son rétrécissement? On ne pouvait proposer autre chose que la gastrotomie, opération dont on connaît la gravité.

Me basant sur les faits antérieurs que j'ai fait connaître au Congrès de chirurgie de 1889 et que j'ai rappelés au récent Congrès de Berlin, c'est au traitement de l'électrolyse linéaire, combinée à la dilatation, que j'ai soumis cette malade, traitement inoffensif et facile à diriger. Dans le cas dont il s'agit, nous avons fait un nombre inaccoutumé de séances, étant donné la longueur du rétrécissement et l'état d'induration de ses parois.

Nous l'avons souvent dit et nous le répétons encore, qu'il s'agisse de l'urèthre ou de l'œsophage, dès qu'on a pu franchir l'obstacle, dès qu'on a pu introduire la plus petite bougie, la victoire est à moitié gagnée.

C'est ainsi que nous avons raisonné dans le cas de Mlle L. L... Nous avons franchi la sténose avec une bougie uréthrale n° 12; il ne s'agissait plus, maintenant, que de faire fabriquer un petit électrolyseur pouvant pénétrer dans un canal si étroit.

Voyons d'abord le siège et les dimensions du rétrécissement. Les olives étaient arrêtées à 31 centimètres des incisives. Au moyen de sondes de divers calibres, nous avons constaté les particularités suivantes : le rétrécissement avait une longueur de 7 centimètres; il était légèrement infundibuliforme dans son quart supérieur, où il avait 5 millimètres de diamètre environ; dans le reste de son étendue, il avait un peu plus de 3 millimètres de diamètre, et ses parois, très rugueuses, présentaient une série de saillies et de dépressions très sensibles à une petite boule de bougie exploratrice.

Avant de commencer le traitement, nous avons soumis la malade à l'examen de M. Dujardin-Beaumetz, qui a constaté personnellement l'état dans lequel se trouvait cette jeune fille. Cet examen a eu lieu le 23 juin.

Habituellement, les rétrécissements œsophagiens nécessitent trois, quatre ou cinq séances d'électrolyse. Mais, dans le cas qui nous occupe, les parois du rétrécissement étant particulièrement indurées sur une étendue considérable, nous avons cru devoir, par extrême prudence, procéder avec une grande lenteur, ce dont nous avons eu à nous féliciter, puisque la malade a été guérie.

Nous avons fait la première séance le 25 juin. A ce moment, la malade était dans un état déplorable : faiblesse extrême, démoralisation complète, alimentation presque nulle. Quelques gouttes de bouillon et de lait traversaient le rétrécissement, mais souvent rien ne passait, et cette malheureuse jeune fille présentait tous les symptômes de l'inanition. Le thermomètre ne montait pas au-dessus de 36 degrés, et l'amaigrissement était tel que la malade était réduite à l'état de squelette. Avant l'accident, elle pesait 65 kilos; aujourd'hui, elle pèse 42k500.

Elle a donc maigri de 45 livres par suite de l'alimentation insuffisante. En un mot, elle a perdu plus du tiers de son poids, ce qui est considérable.

C'est dans de telles conditions que nous avons commencé le traitement. Nous avons combiné l'électrolyse linéaire, la dilatation et l'alimentation artificielle.

Première séance, le 25 juin : P. 60; T. 36 degrés. Pouls petit,

à peine perceptible. Nous employons un électrolyseur uréthral, vu l'étroitesse du rétrécissement. Après avoir placé le pôle positif sur le côté droit du thorax, nous mettons l'électrolyseur en place et nous dirigeons sa lame vers la droite. Ayant mis ensuite l'instrument en contact avec le pôle négatif de la pile, nous prenons 13 éléments de la pile de Chardin qui nous donnent seulement 6 milliampères. Pendant l'opération qui dure une minute, le pouls monte à 100; il se développe un peu, mais il n'offre pas d'intermittence. L'instrument a traversé le rétrécissement.

Deuxième séance, le 27 juin : Même instrument, 14 éléments donnant 5 milliampères. Pôle positif à gauche. Le pouls, avant l'opération, était à 88. Il est monté jusqu'à 100 pendant l'opération. Nous réussissons à faire passer une sonde œsophagienne très fine, et nous injectons dans l'estomac le mélange suivant :

Poudre de sucre.	30 grammes.
Jaunes d'œufs.	n° 2.
Poudre de viande.	15 grammes.
Bouillon concentré.	250 —

Nous prescrivons un lavement de bouillon à prendre, le soir, en se couchant, et à conserver. L'opération a duré trente secondes. Le rétrécissement s'élargit manifestement.

Troisième séance, le 30 juin : La malade a pu prendre du potage en assez grande quantité. Elle a augmenté de poids et pèse 43k500. L'état moral est déjà amélioré.

Le pouls, avant l'opération, est à 92. Nous prenons 21 éléments de la pile de Chardin, qui donnent 20 milliampères. L'opération dure quarante secondes et le pouls s'élève à 108. Pôle positif sur le sternum, lame de l'électrolyseur dirigée en avant.

Même ingestion de la bouillie alimentaire formulée ci-dessus. On passe une bougie n° 15 de la filière Charrière.

Quatrième séance, le 3 juillet : La malade a mangé du potage, des œufs et du fromage. Pouls avant l'opération, 112; pendant, 124. Nous prenons 21 éléments, nous obtenons 25 milliampères. L'opération dure une minute. A partir de cette séance, nous avons la précaution d'électrolyser, chaque fois, un point nouveau du rétrécissement. Ingestion de la bouillie alimentaire.

A cette séance, nous avons pris un instrument à lame plus haute.

Cinquième séance, le 4 juillet : Amélioration très sensible. On passe une bougie n° 18. La malade pèse 47 kilos; elle a donc augmenté de 9 livres depuis le commencement du traitement. 20 éléments, 35 milliampères; durée trente secondes. (La durée de l'opération est limitée par l'intolérance de l'œsophage, qui se remplit de mucosités remontant jusqu'au pharynx. Ces opérations sont toutes indolores; la malade n'accuse qu'une gêne produite par la présence de l'instrument dans le pharynx.) Bouillie alimentaire. Continuation du lavement de bouillon.

Sixième séance, le 7 juillet : La malade peut manger du pain, elle acquiert de la force. On passe la bougie n° 21. 21 éléments, 25 milliampères; durée trente secondes. Bouillie alimentaire.

Septième séance, le 9 juillet : 20 éléments, 30 milliampères; durée quarante-cinq secondes.

Huitième séance, le 11 juillet : 20 éléments, 25 milliampères; durée trente secondes.

Neuvième séance, le 13 juillet : 15 éléments, 20 milliampères; durée trente secondes.

La malade est plus forte, sa santé s'améliore visiblement. Elle pèse 49 kilog.; elle a donc gagné 13 livres depuis le commencement du traitement. La peau est chaude; le thermomètre marque 37°2 à la région axillaire. Avant l'opération, le pouls est à 96. Pendant l'opération, il monte à 112. La malade s'alimente beaucoup mieux. On continue l'usage de la bouillie alimentaire.

Dixième séance, le 16 juillet : Cette séance a été faite à la clinique de M. Dujardin-Beaumetz, dans son amphithéâtre : 10 éléments, 8 milliampères; durée quarante-cinq secondes. Pouls, avant, 80; pendant, 96.

Onzième séance, le 18 juillet : 10 éléments, 15 milliampères; durée trente secondes.

Douzième séance, le 21 juillet : 12 éléments, 25 milliampères; durée quarante secondes.

Treizième séance, le 23 juillet : 14 éléments, 30 milliampères; durée trente secondes.

Quatorzième séance, le 25 juillet : 10 éléments, 15 milliampères; durée trente-cinq secondes.

Quinzième séance, le 28 juillet ; 14 éléments, 15 milliampères ; durée une minute.

Jusqu'au 30 juillet, nous avons augmenté progressivement la hauteur de la lame de l'électrolyseur. La malade est considérablement améliorée. On passe la bougie n° 25 de la filière Charrière. Elle mange toutes sortes d'aliments, même de la salade. Il n'y a plus de dysphagie, et elle peut se mettre à table et prendre ses repas comme tout le monde. Elle pèse 55 kilos. Elle a augmenté, par conséquent, de 25 livres depuis un mois environ. La malade peut être considérée comme guérie. Nous lui conseillons d'aller passer un mois dans sa famille.

Elle revient le 29 août. Du 29 août au 13 septembre, nous lui faisons cinq séances supplémentaires d'électrolyse linéaire. On peut passer une sonde de la dimension de l'annulaire. Le rétrécissement s'est maintenu dilaté pendant son séjour à la campagne. La malade est gaie, elle a de l'entrain, elle se porte admirablement, prenant toutes sortes d'aliments et vivant de la vie commune. Elle pèse aujourd'hui 60 kilogrammes. C'est là un cas de guérison complète.

Voilà une malade qui se trouvait, au début du traitement, dans un état lamentable, avec un rétrécissement presque infranchissable. Elle était vouée à la gastrotomie, car il n'est pas admissible qu'on l'eût laissée mourir sans lui donner tous les secours possibles de l'art. Or, nous l'avons guérie, sans avoir eu recours à aucun instrument tranchant, sans souffrance, sans lui faire courir aucun danger, par un procédé absolument inoffensif, qu'on pourrait appeler procédé de douceur pour les rétrécissements œsophagiens.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 octobre. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Des lettres de MM. Kelsch, candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale, Richelot et Lucas-Championnière, candidats pour la section de pathologie chirurgicale;

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Bourgeois.

PRÉSENTATION DE MALADES

Traitement des rétrécissements œsophagiens par l'électrolyse. — **M. Fort** présente une malade qu'il a traitée d'un rétrécissement de l'œsophage par l'électrolyse. (Voir plus haut.) [Comm. : MM. Duplay et Dujardin-Beaumetz.]

Traitement des ulcères de jambe par l'autoplastie italienne modifiée. — **M. Berger** présente deux malades qu'il a guéris d'ulcères de jambe, ayant résisté à tous les traitements, par l'autoplastie pratiquée par la méthode italienne.

Chez l'un de ces malades, l'ulcère, probablement d'origine syphilitique, était circulaire; la rétraction des tissus sous-jacents avait déterminé un étranglement circulaire au niveau du tiers inférieur de la jambe, étranglement qui avait eu pour conséquence un œdème persistant du pied, des altérations trophiques de la peau, des rétractions tendineuses qui portaient les orteils en griffe, et une raideur totale des articulations du pied et du cou-de-pied. L'amputation de la jambe semblait la seule opération à tenter.

Par quatre opérations successives pratiquées en dix-huit mois, M. Berger est parvenu à reconstituer les téguments normaux sur toute la circonférence de la jambe, et à guérir l'ulcère, en empruntant quatre vastes lambeaux cutanés pourvus de leur tissu cellulaire, soit à la cuisse correspondante, soit à la jambe ou à la cuisse opposée. Le pédicule de ces lambeaux a été coupé en moyenne le vingt et unième jour. Les troubles trophiques du pied et les raideurs ont disparu, et le membre est redevenu tout à fait bon pour la marche.

M. Berger insiste sur le but qu'il se propose de remplir par ces autoplasties; ce n'est pas seulement d'obtenir une cicatrice résistante, mais de pourvoir le membre de téguments normaux, doublés d'un tissu cellulaire qui en permette le glissement; c'est en même temps de faire disparaître la rétraction cicatricielle et ses conséquences, et de libérer les parties profondes en extirpant non seulement l'ulcère, mais les parties sur lesquelles il repose. Ni les greffes de Reverdin, ni celles de Thiersch ne peuvent donner un semblable résultat. Mais pour que l'on puisse obtenir la guérison d'un ulcère par la méthode italienne d'autoplastie, il faut que le membre sur lequel on prend les lambeaux soit sain; ce sont des opérations qui ne doivent être entreprises que sur des sujets jeunes et bien portants; aussi sont-elles peu applicables aux véritables ulcères variqueux.

Le second malade avait des ulcères incurables des deux jambes siégeant au centre de cicatrices fort étendues de brûlures qui ne pouvaient arriver à une réparation complète. M. Berger a comblé une de ces pertes de substance en y transportant un lambeau emprunté à la cuisse correspondante dans la flexion forcée du membre, où le malade fut maintenu jusqu'à la section du pédicule. Le résultat est aussi bon que possible. L'autre jambe doit être opérée prochainement de la même façon.

RAPPORTS

Trépanation dans les traumatismes du crâne. — M. CHAUVEL fait un rapport sur un travail de M. Vaslin (d'Angers) contenant trois observations de malades atteints de traumatismes du crâne, en apparence guéris, mais qui furent pris, au bout d'un temps variable, d'accès épileptiformes. M. Vaslin pensant, à juste titre, à des lésions persistantes au niveau du traumatisme, dont on pouvait encore constater les traces sur chacun de ces malades, fit la trépanation, enleva des esquilles et les malades guérirent. M. Vaslin tire de ces observations les conclusions suivantes :

1° Dans les lésions traumatiques du crâne il faut être réservé, au début, dans son pronostic, même dans les cas d'apparence bénigne;

2° La lésion doit être tenue en observation constante, malgré des apparences de guérison complète;

3° Il faut agir promptement quand des troubles nerveux graves surviennent même à une période éloignée;

4° Alors la trépanation, appliquée à temps suivant les règles de l'antisepsie, produit les plus heureux résultats.

Ces conclusions, d'ailleurs devenues classiques, sont adoptées par M. le rapporteur.

Traitement du larmoiement. — M. CHAUVEL lit un second rapport sur un travail de M. Galezowski, relatif à un nouveau procédé de traitement du larmoiement. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 805.)

Ce procédé aurait pour avantage de favoriser l'absorption des larmes, qui se fait mal lorsqu'on emploie le procédé classique, en raison du manque de contractilité du canalicule lacrymal sur une certaine longueur de son étendue. Tout en félicitant l'auteur des succès qu'il a obtenus, M. Chauvel trouve les explications qu'il donne pour le moins discutables. Il regrette qu'il n'ait pas donné une statistique plus détaillée des faits.

Cela paraît d'autant plus nécessaire que, du moment où M. Galezowski recourt à la dilatation progressive, du moment où il divise le sphincter lacrymal, on ne saisit pas *a priori* l'avantage de porter la section en dehors plutôt qu'en dedans.

Logements insalubres. — M. MARJOLIN lit un rapport, à propos d'un ouvrage de M. le docteur Du Mesnil, sur le logement du pauvre à Paris. Il rappelle les conditions si grandes d'insalubrité que l'on rencontre encore dans un trop grand nombre de logements parisiens, principalement dans des quartiers habités par des ouvriers. Après avoir montré combien cette insalubrité apporte d'éléments de transmission aux maladies épidémiques et à toutes les causes de dégénérescence physique et sociale, il signale de nouveau l'insuffisance de la législation française qui a eu pour but de remédier à l'insalubrité des habitations. Son rapport se termine par l'invitation adressée à ses collègues de mettre cette question à l'ordre du jour de leurs discussions.

Cette proposition est adoptée.

M. CHARPENTIER lit un rapport sur les travaux envoyés à la Commission de l'hygiène de l'enfance pour le concours du prix de 1890.

LECTURE

Diathèse goutteuse chez la femme; multiplicité de ses formes; transformation apparente de ses manifestations. — M. BAUDON (de Nice) lit un travail sur ce sujet. Si l'on entend par goutte la simple fluxion articulaire, on peut dire avec raison que la goutte est rare chez la femme; mais, si l'on prend la goutte dans une acception plus large du mot, on peut être convaincu, au contraire, que ses manifestations sont d'une extrême fréquence dans le sexe féminin. Chez la femme, un grand nombre de troubles morbides disparaissent sous l'influence d'un traitement par les alcalins, le massage, etc. Tels sont les troubles divers portant sur les organes innervés par le pneumogastrique. M. Baudon a pu suivre plusieurs malades dont la santé semblait gravement compromise et qui ont été guéries à la suite d'un traitement anti-goutteux. D'autres médecins, M. le docteur Mabboux, en particulier, sont arrivés pour d'autres maladies, les affections de l'appareil utérin surtout, à des conclusions identiques.

Si, à ces formes d'accidents, on ajoute toutes les formes de troubles menstruels, d'épistaxis, d'hémorrhoïdes, d'acne rosacea, d'affection de la peau, les migraines, les névroses, certaines formes de phthisie manifestement en rapport avec la diathèse goutteuse, et si communes chez la femme, on ne doutera plus que la goutte ne soit aussi fréquente chez la femme que chez l'homme; la forme seule des manifestations diffère. Nous avons pu, ainsi que M. Mabboux, constater qu'au moment des accès, les urines étaient épaisses, rouges, et contenaient, en grande abondance, de l'acide urique. Ce dernier auteur aurait même constaté que le sang des règles, chez les femmes atteintes de troubles utéro-ovariens d'origine goutteuse, contenait également de l'acide urique en suspension.

Influence de l'abus du tabac sur la dépopulation de la France. — M. DECROIX, président de la Société contre l'abus du tabac, signale l'influence néfaste du tabac sur les fonctions de la génération. Il appuie cette affirmation de nombreuses observations et conclut en demandant que l'Académie émette un vœu qui interdise aux mineurs au-dessous de seize ans, de faire usage du tabac.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 13 octobre 1890, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Lafosse, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— La composition écrite du concours de l'internat a eu lieu le mercredi 15 octobre, à midi.

Le jury était composé de MM. Polaillon, président; Richelot,

Tuffier; Albert Robin, Letulle, Raymond; Champetier de Ribes.

Le sujet qui a été tiré était : « Pancréas (anatomie et physiologie); Diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac. »

La lecture des copies commencera le lundi 20 octobre, à quatre heures. Elle aura lieu dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont maintenus pour un an, à partir du 1er novembre 1890, dans les fonctions de chef de clinique :

MM. Foubert, Pignol et Marfan (clinique médicale), Rochard et Clado (clinique chirurgicale), Tissier (clinique obstétricale), Rouillard (clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale), Guinon (clinique des maladies du système nerveux), Feulard (clinique des maladies cutanées et syphilitiques), Chaffard (clinique ophthalmologique).

MM. Guillemain, Jacob, Arron, Lafourcade et Blaise sont nommés, pour trois ans, à partir du 1er octobre 1890, aides d'anatomie, en remplacement de MM. Lyot, dont le temps d'exercice est expiré, Legueu et Regnauld, appelés à d'autres fonctions, Rollin et Récamier, démissionnaires.

MM. Legueu et Regnauld sont nommés, pour quatre ans, à partir du 1er octobre 1890, prosecteurs, en remplacement de MM. Hartmann et Boiffin, dont le temps d'exercice est expiré.

Sont institués pour un an, à partir du 1er novembre 1890 :

Chef de clinique médicale : M. Ménétrier, en remplacement de M. Duflocq, dont le temps d'exercice est expiré ;

Chef de clinique chirurgicale : M. Lejars, en remplacement de M. Beurnier, dont le temps d'exercice est expiré ;

Chef de clinique obstétricale : M. Potocki, en remplacement de M. Boissard, dont le temps d'exercice est expiré ;

Chef de clinique des maladies des enfants : M. Martin de Gimard, en remplacement de M. Deschamps, dont le temps d'exercice est expiré ;

Chef adjoint de clinique des maladies des enfants : M. Guinon.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. de Girard, agrégé, est maintenu en exercice pendant l'année scolaire 1890-1891.

Sont nommés pour deux ans, à partir du 1er novembre 1890 :

Aide de physique : M. André, en remplacement de M. Brugnerolle, dont la délégation est expirée.

Aide de chimie : M. Castan, en remplacement de M. Mainguy, dont la délégation est expirée.

Aide de médecine opératoire : M. Capmann, en remplacement de M. Marrel, démissionnaire.

Aide de clinique des maladies syphilitiques et cutanées (emploi transformé) : M. Debru.

— Le ministre de l'Intérieur vient de décerner une médaille d'honneur en argent à M. le docteur Boisson, médecin-major de deuxième classe des hôpitaux militaires de Tunisie, en récompense de son dévouement exceptionnel, lors de diverses épidémies.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Moreau-Marmont (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 120. — SAMEDI 18 OCTOBRE 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 18 OCTOBRE 1890. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les paralysies saturnines.

Par le docteur G. LYON,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Depuis les remarquables travaux de Tanquerel des Planches jusqu'à ces quinze dernières années environ, l'étude des paralysies saturnines n'a fait que des progrès peu sensibles et le nom de Duchenne (de Boulogne) est le seul qu'il faille mentionner de 1834 à 1875.

A partir ce cette époque, l'attention des médecins s'est de nouveau portée sur les accidents nerveux du saturnisme et les travaux récents ont éclairci nombre de points restés jusqu'alors dans l'ombre.

Au point de vue clinique, on a sensiblement élargi le cadre des paralysies; à côté du type classique de la paralysie localisée aux extenseurs, qui semblait distinguer la paralysie saturnine des autres paralysies toxiques, on a décrit un certain nombre d'autres localisations qu'il importe de bien connaître; d'autre part, la nature de la lésion causale a été définitivement fixée; on sait, aujourd'hui, que les paralysies saturnines, comme, d'ailleurs, les paralysies alcooliques, mercurielles, arsenicales, etc., procèdent d'une névrite périphérique et l'on s'explique aisément que tous les nerfs périphériques puissent être indifféremment touchés par le poison, bien que l'on n'ait pu encore déterminer, d'une façon satisfaisante, la raison de certaines localisations. Enfin, on a pu constituer un groupe clinique absolument distinct, celui des paralysies saturnines d'origine hystérique; ces paralysies diffèrent essentiellement des paralysies organiques par leurs caractères cliniques et par leur cause purement dynamique.

Nous exposerons, dans cette Revue, les différentes variétés de paralysies saturnines, organiques et hystériques, et nous donnerons les caractères de la névrite segmentaire péri-axile, tels que les ont établis les travaux de M. Gombault et de Mme Déjerine-Klumpke.

II

HISTORIQUE. — Bœrhave semble avoir été l'un des premiers à signaler des paralysies chez les ouvriers maniant le plomb et à les rapporter à leur véritable cause. Après lui, il faut citer les noms de Slockhusen (1656), de van Swieten, Stoll, Bordeu, et surtout celui de Haœn (1771); toutefois, c'est à Tanquerel des Planches qu'est dû le premier travail important sur la question; sa thèse (1834) a fait époque et a servi de base jusqu'à nos jours aux descriptions classiques; jusqu'en 1872, nous ne trouvons à signaler aucun travail de marque; cette année, Duchenne (de Boulogne) publia son traité de l'électrisation localisée, où il fit connaître l'ordre dans lequel les différents muscles sont intéressés et signala l'immunité du long supinateur (nous verrons plus loin que cette immunité, donnée longtemps comme un critérium certain pour le diagnostic, n'est pas absolue); peu après, Eulenburg et Erb poursuivirent les recherches sur l'état électrique des muscles et décrivirent la réaction de dégénérescence. Duchenne (de Boulogne) avait, en outre, appelé l'attention sur les formes exceptionnelles de la paralysie saturnine, et principalement sur la forme généralisée qui fut complètement étudiée quelques années plus tard par Vulpian et Raymond (1), Heugas (2), Le Meignen (3), Samsœn (4), etc.; d'autre part, les différentes formes localisées furent minutieusement étudiées par Remak (5), notamment la paralysie à type brachial supérieur (paralysie du deltoïde, du biceps, du brachial antérieur et du long supinateur) et la paralysie des membres inférieurs cantonnée aux péroniers, aux extenseurs commun et propre des orteils. Remak était un partisan convaincu de l'origine spinale de la paralysie saturnine, il faisait remarquer « que la paralysie ne suit pas dans sa distribution les branches d'un même tronc périphérique, mais qu'elle frappe successivement les musles ayant une action synergique et formant des groupes physiologiques distincts, sans aucun égard pour la distribution des filets nerveux ».

En même temps que l'on classait les différentes variétés de paralysie qui peuvent se rencontrer chez les saturnins,

(1) RENAUT. Thèse d'agrégation, 1875.
(2) HEUGAS. Thèse de Paris, 1877.
(3) LE MEIGNEN. *Idem*, 1878.
(4) SAMSŒN. *Idem*, 1878.
(5) REMAK. *Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, 1876, VI, p. 1, et 1877, IV, p. 603 et 622.

on étudiait les atrophies musculaires qui apparaissent au cours de ces paralysies; citons à cet égard les travaux de Vulpian (1), de M. Gombault (2), d'Appolinaro et M. Grasset (3), Sukling (4), Fitz (5), etc.

En ce qui concerne les paralysies d'origine organique, le dernier travail en date et non le moins important est l'excellente thèse de Mme Déjerine-Klumpke (1889), thèse que nous avons fréquemment mise à contribution; Mme Déjerine-Klumpke passe en revue toutes les variétés de paralysies saturnines, en insistant particulièrement sur les formes à localisations plus rares et dont l'histoire est moins connue; parmi les nombreuses observations personnelles contenues dans cette thèse, nous devons citer la neuvième qui acquiert une importance toute spéciale, en ce qu'elle relate l'autopsie du malade et met hors de contestation l'origine périphérique de la paralysie saturnine.

Les paralysies hystériques des saturnins sont de connaissance récente, mais on peut retrouver dans les auteurs nombre d'observations qui se rattachent évidemment à l'hystérie; la plus ancienne et l'une des plus curieuses peut-être est celle que rapporte Strack de Mayence (1765) dans l'ancien *Journal de Médecine*; il cite le cas d'un ecclésiastique qui, ayant bu du vin sophistiqué, eut, après colique, une paraplégie avec hémi-anesthésie totale; « il ne lui restait ni mouvement, ni sentiment dans ces parties; on aurait pu les couper sans qu'il les eût senties ». Tanquerel des Planches et Duchenne ne firent aucune distinction entre les différentes paralysies que l'on peut rencontrer chez les saturnins; le premier ne mentionne pas l'hémi-anesthésie; quant à Duchenne, s'il distingue les paralysies vraies et celles qu'il appelle douteuses, dans lesquelles les muscles sont à peine atrophiés et aussi sensibles à l'électricité que les muscles sains, il ne fait de différence entre les premières et les secondes qu'au point de vue du pronostic, « la guérison étant plus certaine et plus rapide pour les dernières ».

Les premiers auteurs qui ont observé l'hémi-anesthésie et la parésie à forme hémiplégique, chez les saturnins, ont remarqué les analogies frappantes de ces troubles de la sensibilité et du mouvement avec ceux que l'on constate chez les hystériques, mais ils se sont ingéniés à trouver des éléments de diagnostic différentiel entre eux; quant aux troubles sensoriels comme l'amblyopie, l'amaurose, on les rapportait à une névrite optique spéciale; cependant, Brochin (6) rapporta l'autopsie négative d'un ouvrier cérusier hémi-anesthésique; pour toute lésion, on n'avait trouvé qu'une anémie très prononcée des centres nerveux; en 1878, Petit (7) divise l'hystérie en hystérie essentielle et en hystérie symptomatique, et pour lui l'influence étiologique de l'empoisonnement plombique est telle que la névrose ne constitue qu'un simple symptôme de l'intoxication; en 1878, M. Debove rapporta un cas de guérison par l'aimant de l'hémi-anesthésie chez un saturnin; d'autres observations semblables furent publiées peu après; mais c'est seulement en 1886 à la suite des leçons de MM. Charcot et Potain (8), que l'on admit définitivement la nature hystérique de certaines paralysies chez les saturnins; à partir de ce moment les travaux se suivent sans interruption; il nous suffira de citer les thèses d'Hischmann (1888) et de Guinon (1889), où se trouvent réunis tous les éléments de la question.

L'histoire anatomo-pathologique de la paralysie saturnine se confond avec celle des névrites périphériques en général; l'existence des altérations du système nerveux chez les saturnins a été démontrée par MM. Lancereaux (1), Gombault (2), Westphal (3), Mayor (4) et, en dernier lieu, par Mme Déjerine-Klumpke; ce n'est pas que l'on ait admis sans contestation l'origine périphérique de la paralysie saturnine; on a cité un certain nombre de lésions du *système nerveux central* rencontrées à l'autopsie, mais ces lésions ne présentaient aucun caractère constant de siège et de nature; en dehors des cas de lésions cérébrales (ramollissement, hémorrhagies) qui ne peuvent évidemment entrer en ligne de compte, on a mentionné le ramollissement de la moelle dans la région cervicale (Friendlænder), des ramollissements vasculaires et des apoplexies capillaires, depuis la sixième jusqu'à la huitième paire nerveuse [Œller (5)], l'état colloïde des grandes cellules motrices du renflement cervical où le nerf radial prend son origine [Vulpian (6)], la diminution du nombre des cellules [Zunker (7)], la disparition des cellules des cornes antérieures sur une grande hauteur, correspondant assez exactement à la région qui tient sous sa dépendance le territoire musculaire paralysé et atrophié [Oppenheim (8)]. De tous ces cas, celui d'Oppenheim est le seul dans lequel la lésion des cellules antérieures soit nette et indiscutable, et puisse être, par conséquent, invoquée en faveur de la pathogénie spinale de la paralysie saturnine; mais ce cas isolé ne peut prévaloir contre les nombreuses observations où l'autopsie a été absolument négative; MM. Duplaix et Lejars (9) n'ont rencontré que des lésions vasculaires; MM. Charcot et Gombault, Bernhardt et Westphal, Moritz, Eisenlohr, Dreschfeld, etc. ont obtenu également des résultats contradictoires en ce qui concerne l'état des *racines;* si Vulpian a signalé la névrite interstitielle et parenchymateuse des racines cervicales antérieures chez un saturnin (1874), M. Déjerine n'a trouvé aucune lésion dans 3 autopsies sur 5; d'autre part, Zunker, Birdsall, Oppenheim, Friendlænder ont rapporté nombre de cas où l'intégrité des racines a été constatée.

Quelques auteurs, tout en admettant la névrite, la considèrent comme une lésion secondaire et la rattachent à une lésion médullaire indéterminée, impossible, sans doute, à déceler, mais certaine à cause de la bilatéralité de la paralysie.

III

ÉTIOLOGIE. — La paralysie saturnine survient généralement au cours d'une intoxication chronique; il est exceptionnel qu'on la constate dans l'empoisonnement aigu;

(1) Vulpian. *Cliniques médicales de la Charité*, 1878, p. 727.
(2) Gombault. *Archives de physiologie*, 1873, p. 593.
(3) Appolinaro et Grasset. *Montpellier médical*, 1877, p. 239 et 329,
(4) Sukling. *Brit. Med. Journ.*, 1885, p. 696.
(5) Fitz. Thèse de Wurtzbourg, 1882.
(6) H. Brochin. *Gazette des hôpitaux*, 1875, p. 186.
(7) Petit. Thèse de Paris, 1878.
(8) Charcot. *Bulletin médical*, 1887, nº 25. — Potain. *Idem*, nº 34.

(1) Lancereaux. *Gazette médicale de Paris*, 1862.
(2) Gombault. Loc. cit., p. 592; — *Archives de neurologie*, t. I, 1880.
(3) Westphal. *Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, 1874.
(4) Mayor. *Gazette médicale de Paris*, 1877.
(5) Œller. Dissert. inaug., Munich. 1883.
(6) Vulpian. *Maladies du système nerveux*, 1879, p. 158.
(7) Zunker. *Zeitschr. f. Klin. Med.*, 1880, p. 496.
(8) Oppenheim. *Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, 1885, p. 476.
(9) Duplaix et Lejars. *Archives générales de médecine*, 1883.

rappelons à cet égard le cas intéressant publié par M. Frémont (1) : le malade avait transporté un baril de céruse dont le contenu se répandit sur le plancher ; pour la ramasser, il ramena la céruse avec sa main et son avant-bras gauche sur une planche, d'où il la remit dans le baril ; ce travail ne dura que quatre à cinq minutes ; mais le malade ne s'essuya qu'incomplètement et il resta sur sa main et son avant-bras une certaine quantité de céruse ; le lendemain il avait une paralysie des extenseurs du côté gauche ; ce cas pourrait être invoqué à l'appui de l'opinion qui attribue à l'action du plomb sur la peau une influence sur la production de la paralysie.

La paralysie constitue rarement l'accident initial ; elle est habituellement précédée d'attaques de coliques ou d'arthralgies et l'on constate généralement, chez les individus qui en sont atteints, les stigmates d'une imprégnation plombique ancienne, c'est-à-dire le liséré des gencives, les plaques ardoisées de la peau et surtout la cachexie spéciale à cette intoxication ; on peut, toutefois, observer des paralysies chez des individus qui n'ont jamais eu de coliques de plomb (cas d'Haen, Tanquerel, Andral, Trousseau, etc.).

D'après Tanquerel, par sa fréquence et son époque d'apparition, elle occuperait le troisième rang ; cet auteur a observé :

1 217 cas de coliques ;
715 — d'arthralgie ;
105 — de paralysie ;
72 — d'encéphalopathie.

Sur les 102 cas de paralysies :

9	ont été observés	dans le premier mois ;
14	—	les deux premiers mois ;
36	—	les deux premières années ;
32	—	après dix ans ;
13	—	après vingt ans ;
1	—	après cinquante-deux ans.

La cause déterminante est, le plus souvent, une intoxication professionnelle ; il est bien rare que l'intoxication soit de cause alimentaire ou médicamenteuse, sauf cependant chez les enfants ; chez ces derniers, la paralysie peut s'observer après l'ingestion de boissons ou d'aliments frelatés, l'usage de bonbons et de jouets colorés au plomb ; on l'a constatée également chez les nouveau-nés nourris avec des biberons à bout de plomb, etc. ; il est rare que la paralysie soit unique ; le plus souvent, surviennent plusieurs attaques ; en effet, les malades reprennent généralement leur profession, une fois guéris de la première atteinte ; cependant, la récidive peut survenir, alors même que le malade est soustrait aux causes d'intoxication (Tanquerel) ; elle apparaît alors sous l'influence de surmenage ou surtout d'excès alcooliques.

Ces mêmes causes (surmenage et alcoolisme), nous avons à les invoquer comme prédisposant à l'éclosion de la première atteinte de paralysie ; celle-ci, comme la colique, survient de préférence à la suite de fatigues ou d'excès de boissons, ou bien encore, elle frappe l'ouvrier à un moment où il absorbe une quantité de plomb plus considérable qu'à l'ordinaire (grattage ou ponçage de vieilles peintures) ; elle peut, d'ailleurs, se manifester, sans que l'on puisse retrouver l'une de ces causes. D'autre part, s'il existe des prédispositions indéniables, il existe aussi des immunités individuelles, que l'on ne peut guère expliquer ; on voit des ouvriers qui, sans s'astreindre à des précautions hygiéniques, séjournent, pendant des années, dans des ateliers saturés de poussière plombique, et restent néanmoins indemnes de toute paralysie ; d'autres, au contraire, sont frappés pour ainsi dire instantanément, comme cet ouvrier de Tanquerel, qui avait une paralysie huit jours après son début dans le métier de peintre.

(1) Frémont. *France médicale*, 1882, p. 892.

La paralysie saturnine atteint de préférence le membre supérieur droit chez les droitiers et le gauche chez les gauchers (Manouvrier) ; on a voulu expliquer cette localisation par l'action directe du plomb à travers la peau ; on peut faire intervenir avec plus de vraisemblance, comme cause prédisposante, la fatigue du groupe musculaire fonctionnel atteint ; la même explication peut être fournie pour la paralysie des tailleurs de limes ; chez eux, la paralysie ne débute pas par les extenseurs ; elle se cantonne d'abord aux petits muscles de la main, ainsi que l'a montré Mœbius, s'accompagne rapidement d'atrophie, et la main présente le même aspect que dans la paralysie musculaire progressive du type Aran-Duchenne.

Quant à la paralysie hystérique, elle survient des névropathes par hérédité ; MM. Charcot, Potain, Letulle admettent que l'intoxication plombique ne constitue qu'une cause occasionnelle de l'hystérie et ne fait « que préparer admirablement le terrain organique pour le développement de la névrose chez les sujets prédisposés ». Dans quelques cas, il s'agit du simple réveil d'une hystérie antérieure [Dutil (1)].

IV

Symptomes. — 1. *Paralysies organiques*. — Les paralysies saturnines organiques, quelle que soit leur localisation, présentent un certain nombre de caractères communs que nous passerons en revue, puis nous étudierons les paralysies localisées et les formes généralisées.

A. *Caractères communs*. — La paralysie est habituellement bilatérale et symétrique ; mais elle prédomine, ainsi que nous l'avons vu, à droite chez les droitiers, à gauche chez les gauchers. Son apparition est précédée de quelques prodromes, le plus souvent légers et de courte durée ; ces prodromes consistent en fourmillements, engourdissements dans le groupe musculaire qui va être atteint ; ce sont beaucoup plus rarement des élancements le long des trajets nerveux, des douleurs à la pression des nerfs (Vulpian) ; ainsi que le fait remarquer Mme Déjerine-Klumpke, ces phénomènes douloureux diffèrent essentiellement par leur bénignité et leur fugacité de ceux que l'on peut observer au début ou dans le cours des paralysies alcooliques ou des poly-névrites infectieuses ; les alcooliques éprouvent des douleurs lancinantes ou fulgurantes, la pression des muscles détermine chez eux une vive douleur qui, jointe à la paralysie flaccide, est presque pathognomonique de l'alcoolisme, suivant M. le professeur Charcot ; disons, cependant, que l'on a observé quelques cas de paralysie saturnine, avec phénomènes douloureux très accentués.

Le début de la paralysie est brusque ou chronique, c'est-à-dire que la paralysie peut se déclarer en quelques heures ou s'installer lentement en plusieurs semaines ; le début

(1) Dutil. *Gazette médicale de Paris*, 31 décembre 1887.

brusque s'observe généralement au cours ou au déclin d'une colique; en une nuit, la paralysie peut être constituée; mais le début lent est habituel; lorsque le malade est un peintre, il devient maladroit, exécute difficilement certains mouvements et son pinceau finit par lui échapper des mains.

Le début est absolument apyrétique; on n'observe de la fièvre que dans quelques formes généralisées. Une fois constituée, la paralysie reste localisée, soit à un muscle, soit à un groupe musculaire, soit à l'ensemble des muscles innervés par le même nerf moteur, ou bien elle se généralise, soit d'emblée, soit successivement.

Peu importe d'ailleurs le mode de début, la nature de la localisation, l'intensité de la paralysie; on observe constamment un certain nombre de phénomènes qui sont les mêmes dans tous les cas; ce sont les troubles de la contractilité électrique, l'atrophie musculaire, les troubles de la sensibilité, l'abolition des réflexes, les troubles vaso-moteurs et trophiques.

Contractilité électrique. — La contractilité des muscles a été remarquablement étudiée par Duchenne; les réactions signalées par lui sont caractéristiques de la névrite périphérique. Lorsqu'on fait passer le courant faradique dans les muscles paralysés, on constate une diminution, puis une abolition de leur contractilité; la réaction faradique disparaît avant que l'atrophie ne se produise; dans les formes graves, elle est totalement abolie au bout de sept à huit jours; par contre, il existe une augmentation souvent légère de l'excitabilité galvanique des muscles; pour les nerfs, il y a diminution et abolition de l'excitabilité galvanique et faradique; mais, ce qui caractérise surtout la réaction de dégénérescence, c'est la forme de la contraction; celle-ci est lente et vermiculaire.

La constatation de l'état électrique est d'une importance capitale pour le pronostic; la contractilité existe-t-elle encore, même à l'état d'ébauche, la guérison surviendra plus ou moins rapidement. Est-elle complètement abolie, la paralysie aura une durée minimum de plusieurs mois.

Il ne faudrait pas croire cependant que tous les muscles paralysés présentent les mêmes réactions électriques; ainsi dans la forme classique, la paralysie des extenseurs, quelques-uns des muscles paralysés peuvent se comporter d'une façon presque normale à l'égard du courant faradique; la zone des altérations électriques peut donc être plus limitée que celle de l'impotence motrice; par contre, dans les formes rares de paralysie saturnine, on peut observer une anomalie inverse; tout un groupe musculaire peut être atteint dans ses réactions électriques, alors qu'un ou deux muscles seulement de ce groupe sont réellement paralysés; ce fait intéressant a été signalé par Remak et confirmé par Mme Déjerine-Klumpke.

La disparition de la contractilité faradique des muscles s'accomplit dans le même ordre que l'établissement de la paralysie; Duchenne a montré que les muscles les premiers paralysés étaient ceux qui présentaient les altérations électriques les plus prononcées, et à la période de déclin, ce sont les muscles, dont la contractilité électrique a été le moins touchée, qui récupèrent, les premiers, leur activité fonctionnelle; la contractilité volontaire réapparaît toujours avant la contractilité électrique, lorsque celle-ci a été complètement abolie (Duchenne, Vulpian, Raymond). Vulpian a signalé un signe qui est particulier aux formes graves; lorsqu'on électrise, par exemple, les extenseurs de la main, dans le cas de paralysie intense, ce sont les fléchisseurs qui se contractent; le courant ne se perd pas dans les muscles paralysés; ceux-ci lui servent ici de masse conductrice.

Atrophie musculaire. — L'atrophie est constante, sauf quand la perte de la fonction n'a duré qu'une semaine, et elle est presque contemporaine de la paralysie; elle détermine, dans la forme et les reliefs du membre, des déformations souvent considérables; à l'avant-bras, notamment, le radius et le cubitus font saillie sous la peau, qui semble collée sur le ligament inter-osseux; la déformation est d'autant plus saisissante, que, le plus souvent, le long supinateur est respecté et garde son relief et ses dimensions. L'atrophie ne frappe, le plus souvent, que les muscles paralysés; il peut arriver cependant qu'elle intéresse des muscles qui semblent avoir échappé à la paralysie; tel est le cas des muscles des éminences thénar et hypothénar et des adducteurs de la cuisse; dans ce cas, l'impotence fonctionnelle se mesure au degré de l'atrophie; celle-ci siège le plus souvent aux membres supérieurs; elle est rare aux membres inférieurs, où Romberg ne l'a constatée qu'une fois sur six cas; là, elle affecte les extenseurs et les péroniers et le pied prend l'attitude du pied-bot équin.

Nous n'avons pas à nous occuper ici des cas où l'atrophie évolue, sans être accompagnée d'aucune paralysie, et présente ainsi l'aspect clinique de l'atrophie musculaire progressive. Vulpian a rapporté un fait de ce genre et Fitz (1) a étudié les atrophies musculaires des saturnins, évoluant sans paralysie.

L'atrophie de la paralysie saturnine ne s'accompagne pas habituellement de contractions fibrillaires; cependant Remak les a signalées dans quelques cas; il est plus fréquent d'observer un tremblement qui se montre au début et qui peut réapparaître au moment de la guérison; ce tremblement existe à l'état de repos et s'exagère à l'occasion des mouvements volontaires.

Sensibilité. — Les troubles de la sensibilité sont nuls ou très peu accusés; c'est par là surtout que la paralysie saturnine se distingue des autres paralysies; cependant, on peut observer de l'anesthésie au niveau du groupe musculaire paralysé; cette zone d'anesthésie est d'ailleurs mal limitée et n'occupe pas exactement tout le territoire atteint; dans la forme classique, l'anesthésie prédomine à la partie externe de la face postérieure de la main, en particulier au niveau du pouce et de l'index; par contre, les paralysies du type brachial supérieur (groupe Erb) ne s'accompagnent pas d'anesthésie, tandis que les troubles de la sensibilité sont constants dans les paralysies des membres inférieurs et y revêtent même un degré d'intensité particulière; dans ce dernier cas, les malades éprouvent des fourmillements, des crampes dans les mollets et, comme dans la paralysie alcoolique, la malaxation des muscles détermine une vive douleur.

Réflexes. — Si les troubles de la sensibilité sont variables, par contre l'abolition des réflexes est constante.

Phénomènes vaso-moteurs. — Parmi les troubles vaso-moteurs, il faut ranger la cyanose, le refroidissement; Mme Déjerine-Klumpke y fait rentrer la tumeur dorsale du métacarpe, bien étudiée par Gubler (2); cette « tumeur » n'est autre chose qu'un gonflement des gaines des exten-

(1) Fitz. Loc. cit.

(2) Gubler. Société médicale des hôpitaux, 1868.

seurs, déterminé par l'infiltration œdémateuse ou subinflammatoire des parois de ces gaines ; M. Brissaud préfère la dénomination de ténosite hypertrophique ; Gubler en attribuait la cause à la traction permanente des extenseurs par leurs antagonistes, d'où résulterait une irritation de la synoviale ; d'autre part, on a invoqué l'influence directe du plomb ; mais cette dernière hypothèse tombe devant ce fait que la tumeur dorsale n'appartient pas, en propre, à la paralysie saturnine ; on l'observe également dans la paralysie alcoolique (Œttinger) et dans certaines paralysies d'origine cérébrale ou spinale ; en somme, l'accord est aujourd'hui unanime pour placer la tumeur dorsale sous la dépendance de la névrite.

Troubles trophiques. — Le gonflement de la tête des métacarpiens a été indiqué par Remak et Rosenthal ; ce gonflement peut également se rencontrer dans l'atrophie musculaire progressive, les paralysies spinales, la syringomyélie (Schulze), etc.

B. *Formes localisées* — Avec Mme Déjerine-Klumpke, nous distinguerons : *a.* le type anti-brachial ; *b.* le type supérieur ou brachial ; *c.* le type Aran-Duchenne ; *d.* le type inférieur, péronier ; *e.* les paralysies laryngées.

a. *Type anti-brachial* (Remak). — La paralysie des extenseurs des doigts et du poignet est la forme classique, normale de la paralysie saturnine ; elle débute, en général, par l'extenseur commun des doigts et tout d'abord par les extenseurs du médius et de l'annulaire ; dans les formes légères, la paralysie peut même être limitée aux doigts du milieu, et il en résulte une attitude spéciale de la main ; le malade semble faire les cornes ; habituellement, les extenseurs propres de l'index du petit doigt et du pouce se prennent à leur tour, puis les muscles radiaux et, en dernier lieu, le court extenseur. Finalement, tous les muscles innervés par le radial sont paralysés, à l'exception des deux supinateurs et de l'anconé, et quelquefois du long abducteur du pouce (celui-ci n'est pris que dans les formes graves).

Lorsque la paralysie est constituée, la main est pendante, en pronation, les doigts ne peuvent être relevés ; le pouce est porté en dedans vers la paume de la main et celle-ci est inclinée vers le bord cubital, le radial étant extenseur abducteur ; quant aux muscles fléchisseurs, s'ils paraissent se contracter faiblement, cela tient uniquement à la parésie des radiaux ; il suffit, en effet, de tenir le poignet solidement relevé pour voir les fléchisseurs des doigts se contracter avec énergie. Telle est la paralysie saturnine habituelle, mais l'intégrité du long supinateur, donnée pendant longtemps comme un signe constant, peut manquer ; dans ces cas, on a une paralysie radiale, semblable de tous points à la forme grave de la paralysie radiale par compression.

b. *Type supérieur ou brachial* (Remak). — Dans ce type, la paralysie intéresse les muscles du groupe Duchenne-Erb, c'est-à-dire le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur et le long supinateur ; il s'y joint également une paralysie partielle du grand pectoral (le faisceau claviculaire étant respecté). M. Gaucher (1) a fait remarquer que le long supinateur n'est paralysé qu'après tous les autres et qu'il est le premier à récupérer ses mouvements.

La paralysie du groupe Duchenne-Erb, bilatérale comme celle du groupe précédent, est primitive ou secondaire. Primitive, elle débute, en général, par le deltoïde et peut se limiter à lui, ou bien le long supinateur est seul pris ; lorsqu'elle est secondaire, ce qui est le plus fréquent, elle succède à la paralysie des extenseurs et souvent, n'est que le prélude d'une paralysie généralisée, à marche lente. Oppenheim (1) a signalé une paralysie saturnine du deltoïde, des éminences thénar et hynothénar, des muscles extenseurs des membres inférieurs, enfin du long supinateur.

Voici quelle est l'attitude du membre : le bras pend inerte le long du tronc, l'humérus est dans la rotation en dedans et le malade ne peut ni élever le bras, ni fléchir l'avant-bras sur le bras ; lorsqu'on exerce une traction sur l'avant-bras fléchi, le malade résiste à peine et l'on ne voit pas se dessiner sous la peau la corde du long supinateur. D'autre part, les mouvements de supination sont abolis par suite de la paralysie du court supinateur, la rotation du bras en dehors ne peut se faire (paralysie du sus et du sous-épineux), tandis que la rotation en dedans s'exécute aisément (intégrité du sous-scapulaire). Enfin, quand le grand pectoral est paralysé, l'adduction est impossible.

Mme Déjerine-Klumpke a fait remarquer que, dans ce type, les troubles de la contractilité électrique et l'atrophie sont beaucoup moins prononcés, comme intensité, que dans le type anti-brachial ; ainsi, il est rare de constater une abolition complète de la contractilité faradique ou galvanique des muscles ; d'autre part, au début ou dans les types incomplets, il n'est pas rare de voir la zone des troubles électriques plus étendue que la zone de paralysie ; ici donc, la perte de la contractilité électrique précède bien la perte de la contractilité volontaire.

c. *Type Aran-Duchenne.* — Ce type par sa localisation rappelle absolument l'atrophie musculaire progressive ; en effet, il s'agit d'une paralysie avec atrophie des muscles des éminences thenar et hypothenar et des inter-osseux ; il ne s'en distingue que par les réactions électriques et la simultanéité de l'atrophie et de la paralysie, souvent la paralysie des muscles de la main est primitive et n'est suivie qu'à longue échéance de la paralysie des extenseurs ; ou bien, au contraire, elle complique le type classique ; dans ce dernier cas, elle peut être partielle et ne porter que sur le court abducteur du pouce et le premier inter-osseux dorsal ; Duchenne avait primitivement attribué l'atrophie du court abducteur du pouce à la compression exercée par le manche du pinceau, mais il a abandonné plus tard cette interprétation.

d. *Type inférieur.* — Aux membres inférieurs la paralysie se montre, suivant Tanquerel, dans la proportion de 20 p. 100 environ ; elle succède à la paralysie des extenseurs ou à celle de tous les muscles du membre supérieur, ou bien intervient dans une paralysie généralisée. Elle porte surtout sur les péroniers latéraux, les extenseurs communs des orteils et l'extenseur propre du gros orteil, tandis que le jambier antérieur reste indemne ; elle correspond donc au type anti-brachial et le jambier antérieur peut être pris exceptionnellement tout comme le long supinateur ; dans ce cas, il existe souvent une paralysie du biceps sural.

Lorsque le malade atteint de cette variété de paralysie fait quelques pas, il écarte sa base de sustentation, marche sur le bord externe du pied, la pointe traînant sur le sol ; à

(1) Gauchez. *France médicale*, 1882, p. 244-245. — Voir également Piedra. Thèse de Paris, 1875, p. 36.

(1) Oppenheim. Loc. cit., 1887, p. 476.

chaque pas, il imprime au pied un mouvement de circumduction et le bord interne se relève fortement par suite de la prédominance du jambier antérieur. Si la marche se poursuit, le malade steppe, lorsqu'il monte un escalier, mais surtout lorsqu'il le descend; il est obligé de poser successivement les deux pieds sur chaque marche.

Les paralysies des membres inférieurs persistent souvent pendant plusieurs mois et ne cèdent qu'à de nombreuses séances d'électrisation. Nous avons fait remarquer que les troubles de la sensibilité étaient surtout prononcés dans cette forme; ils consistent en fourmillements, hyperesthésie au niveau des muscles atteints, fréquemment aussi il existe de l'arthralgie du cou-de-pied et des poignets; par contre, l'atrophie est peu accusée.

e. *Paralysies laryngées.* — Ces paralysies ont été signalées par Tanquerel; elles peuvent exister seules ou combinées à celle des lèvres et de la langue; elles débutent lentement, restent longtemps stationnaires et décroissent aussi très lentement. Duchenne rappelle que les chevaux employés dans les usines de blanc de céruse peuvent être atteints de paralysies laryngées, nécessitant souvent la trachéotomie.

C. *Formes généralisées.* — On peut distinguer des formes à généralisation lente, à généralisation rapide, et des formes généralisées avec fièvre.

a. La généralisation lente s'établit chez les vieux saturnins, porteurs, depuis longtemps, d'une paralysie des extenseurs; la paralysie envahit, à un moment donné, les muscles de la main, ceux du bras et les muscles de la région antéro-externe de la jambe, quelquefois aussi ceux de la cuisse et du mollet. Quant aux muscles du tronc, ils ne sont intéressés que dans le cas où la paralysie revêt une forme rapide. Comme dans les formes suivantes, la paralysie s'annonce par des fourmillements, des douleurs dans les membres; la pression des troncs nerveux est douloureuse; très rapidement la contractilité électrique est diminuée et les réflexes sont abolis.

b. Dans la forme rapide, la paralysie se généralise également chez des individus atteints, depuis longtemps, d'une paralysie localisée; mais elle peut être primitive et envahir en peu de jours les muscles des membres et du tronc (Heugas). Il en résulte une impotence absolue, l'impossibilité, pour le malade, de manger, de se mettre sur son séant, etc.; il existe une aphonie complète et une dyspnée intense, par suite de la paralysie du diaphragme, des muscles intercostaux et laryngés. En dépit de ces symptômes alarmants, le pronostic est, en général, relativement bénin; en effet, la paralysie du diaphragme disparaît rapidement, aussi la mort par asphyxie est-elle exceptionnelle; cependant, Straus et Heugas en ont signalé un cas; quant aux autres muscles, une partie d'entre eux recouvre ses mouvements au bout d'un temps plus ou moins long; quelques-uns, comme les petits muscles de la main, restent impotents pendant des mois ou des années.

c. La forme fébrile a été signalée pour la première fois par M. Renaut (de Lyon) en 1878, et étudiée dans la thèse de Le Meignen (1878), qui apporta deux nouvelles observations; le début est le même que celui de la paralysie spinale de l'adulte. Après un grand frisson, accompagné d'un malaise général, de maux de tête violents, de courbature et de nausées, la température s'élève rapidement et la paralysie s'installe; puis la température redescend à la normale, mais les accès fébriles peuvent se reproduire après un temps variable d'apyrexie; ces accès indiquent que la paralysie va prendre une nouvelle extension.

Quelles que soient les allures revêtues par une paralysie généralisée, que l'évolution soit rapide ou non, apyrétique ou accompagnée de fièvre, le pronostic est rarement fatal; en effet, tous les muscles ne sont pas atteints de paralysie au même degré; nombre d'entre eux ne sont que parésiées et reprennent rapidement leurs fonctions; par contre, l'atrophie persiste et ne disparaît que très longtemps après le retour de l'énergie motrice.

2. *Paralysies hystériques.* — Nous ne ferons que mentionner les manifestations de l'hystérie saturnine, car elles ne diffèrent en aucune façon de celles de l'hystérie vulgaire et ne se distinguent que par leur cause.

L'hystérie saturnine apparaît soit brusquement à la suite d'un ictus apoplectique, d'une véritable apoplexie hystérique (Debove et Achard), soit lentement et d'une façon insidieuse, souvent sans que le malade ait conscience de son hémi-anesthésie.

Quel que soit le mode de début, on constate une hémianesthésie absolue, avec perte du sens musculaire, et les troubles sensoriels habituels (diminution de l'acuité auditive, perte du goût, de l'odorat, rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie, etc.); on peut observer, en outre, des accès convulsifs, trouver des zones hystérogènes, l'aptitude à l'hypnose, en un mot tout ce qui constitue le bagage habituel des hystériques; quant aux troubles moteurs, ils occupent le second plan et consistent en une parésie le plus souvent peu marquée, le malade traîne plus ou moins la jambe en marchant et on trouve, à l'aide du dynamomètre, une diminution variable de la force musculaire du membre supérieur; cette paralysie est ordinairement flasque, on a, cependant, signalé quelques cas avec contractures (Gaucher, Letulle). M. Letulle s'est démandé s'il n'existe pas un certain nombre de monoplégies et de paralysies plus ou moins circonscrites, que l'on ne saurait mettre sur le compte de la névrite, et qui pourraient aussi bien relever de l'hystérie.

M. Potain a cité un cas de paralysie hystérique des extenseurs; enfin, on a signalé l'hémiplégie faciale, et on s'est demandé à cette occasion s'il s'agissait d'une hémiplégie vraie ou bien de cet hémispasme décrit par M. Charcot.

M. Letulle a observé un tremblement limité à une moitié du corps, paraissant et disparaissant plusieurs fois par jour, et que l'on peut rattacher à l'hystérie.

V

Diagnostic. — Il est, en général, facile de reconnaître une paralysie saturnine, lorsqu'on a des renseignements sur les antécédents du malade, sur sa profession, lorsque la paralysie revêt le type classique, qu'elle est bilatérale et que l'on constate les signes généraux de l'intoxication par le plomb; il n'en est plus ainsi lorsque la cause de l'intoxication n'est pas professionnelle, lorsque la paralysie survient assez tôt pour que la cachexie saturnine n'ait pas eu le temps de s'établir, enfin, lorsque la paralysie n'a plus cette localisation aux muscles extenseurs des doigts, qui en fait d'emblée soupçonner la cause, alors même que le malade n'est pas exposé par sa profession aux accidents du saturnisme.

Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que deux intoxications peuvent se combiner; « pour être saturnin, on n'en est pas moins homme », rappelle spirituellement M. Brissaud, c'est-à-dire qu'alcoolisme et saturnisme vont souvent de pair; nous nous bornons à signaler ces associations morbides, le caractère essentiellement pratique de cette revue ne nous permettant pas d'entrer dans l'analyse des cas complexes; nous allons mentionner les différentes affections du système nerveux central ou périphérique que l'on peut confondre avec les types principaux de paralysie saturnine, précédemment décrits.

a. *Type anti-brachial.* — Ce type ne peut être confondu qu'avec la paralysie radiale par compression; il est vrai que celle-ci est habituellement unilatérale, mais la paralysie des extenseurs peut l'être également dans certains cas; d'autre part, la paralysie radiale, par compression, se distingue par la participation à la paralysie des muscles long supinateur, anconé et long abducteur du pouce, par la conservation de l'excitabilité électrique des muscles et du nerf radial au-dessous du point comprimé; enfin, par l'absence d'atrophie dans les muscles paralysés. Ce dernier signe ne présente pas un caractère absolu; en 1886, Vulpian et M. Déjerine (1) ont signalé, dans un cas de paralysie radiale, l'atrophie du long supinateur avec diminution légère de sa contractilité faradique et tendance à la réaction de dégénérescence; l'atrophie existe aussi dans les paralysies radiales consécutives à des traumatismes ou des compressions prolongées; mais ces paralysies se distinguent encore par la participation du long supinateur et de l'anconé à la paralysie.

Lorsque la paralysie n'intéresse plus le tronc du radial, mais seulement une de ses branches, on peut avoir un tableau symptomatique, qui reproduit celui de la paralysie saturnine des extenseurs; ainsi, lorsque le nerf radial est paralysé au-dessous du point où se détache le rameau du long supinateur (compression du radial par une fracture mal consolidée du col du radius), ou bien lorsque la paralysie radiale est consécutive à une injection d'éther: ces paralysies intéressent particulièrement la branche profonde du nerf, c'est-à-dire celle qui innerve les extenseurs communs des doigts, propre du pouce, le cubital postérieur, le long abducteur du pouce. Arnozan a cité des paralysies de ce genre et nous-même en avons observé un cas; il s'agissait d'un malade atteint de tuberculose laryngée et chez qui, au moment d'une crise de dyspnée, on avait fait malencontreusement une injection d'éther au niveau de l'avant-bras gauche. Dans tous ces cas, où le long supinateur est respecté, où il existe de l'atrophie musculaire et des troubles électriques, on ne peut faire le diagnostic avec la paralysie saturnine que par l'unilatéralité de la lésion, et la connaissance des antécédents du malade.

Deux autres intoxications peuvent produire des paralysies analogues à la paralysie saturnine : l'alcoolisme (Lancereaux, Œttinger, Dreschfeld, Thomsen) et l'empoisonnement par l'oxyde de carbone (Rendu); il n'est pas très rare d'observer chez les alcooliques des paralysies des extenseurs des doigts et du poignet, qui restent localisées à ces muscles pendant un certain temps, nous avons observé chez deux malades, pendant notre année d'internat chez M. le professeur Germain Sée, des paralysies des extenseurs qui ne pouvaient être attribuées qu'à l'alcoolisme; le diagnostic est difficile, s'il n'existe pas simultanément de paralysie des membres inférieurs; on ne songe guère qu'à l'intoxication saturnine et on recherche vainement une cause d'intoxication par le plomb, professionnelle ou alimentaire.

On devra rechercher avec soin les troubles de la sensibilité qui ne manquent jamais chez les alcooliques et qui mettront sur la voie du diagnostic.

Les paralysies des tabétiques diffèrent par l'absence de troubles de la contractilité électrique et aussi par l'absence de troubles de la sensibilité; de plus, elles guérissent rapidement.

Dans les névrites infectieuses, la paralysie limitée exclusivement au nerf radial est exceptionnelle.

Mme Déjerine-Klumpke mentionne l'atrophie musculaire progressive et la paralysie infantile, comme pouvant s'accompagner, mais bien rarement, de paralysie localisée aux extenseurs.

b. *Type brachial.* — Les paralysies du groupe Duchenne-Erb peuvent se rencontrer dans des affections d'origine médullaire, périphérique, myopathique.

Il faudra donc les distinguer d'avec : les myopathies du type facio-scapulo-huméral de MM. Landouzy et Déjerine, et de la forme juvénile d'Erb; la paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial; l'atrophie progressive myélopathique du type scapulo-huméral de Vulpian.

La paralysie du type brachial peut aussi se rencontrer chez les tabétiques; elle est tout à fait exceptionnelle chez les malades atteints de syringomyélie.

Nous avons vu que les paralysies saturnines du type brachial étaient rarement primitives, qu'elles succédaient habituellement à une paralysie des extenseurs, dont la constatation empêchera les erreurs de diagnostic.

c. *Type Aran-Duchenne.* — Les paralysies de ce groupe peuvent être confondues avec toute une série d'affections médullaires qui ont pour lésion commune une altération des cellules des cornes antérieures, lésion paraissant débuter dans la région cervicale inférieure au niveau des cellules correspondant aux racines antérieures des huitièmes paires cervicales et premières dorsales; la paralysie peut être également de cause périphérique ou d'origine myopathique.

Parmi les affections médullaires, il faut citer, en premier lieu, l'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne, puis la paralysie spinale de l'enfant ou de l'adulte qui, dans certains cas, peut être exactement limitée aux petits muscles de la main (cas de Sahli, de Prévost et de David).

Dans la syringomyélie, on a plusieurs fois noté une atrophie musculaire présentant les mêmes localisations; la scoliose, les troubles dissociés de la sensibilité (analgésie, thermo-anesthésie avec conservation de la sensibilité tactile) éviteront l'erreur de diagnostic.

On peut observer des paralysies de même ordre dans la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique, les myélites transverses cervicales et cervico-dorsales, la compression soit de la moelle, soit des racines cervicales et premières dorsales. Nous ne faisons que signaler ces diverses maladies, car les signes qui leur sont propres ne laissent le champ libre pour aucune méprise.

Parmi les affections d'origine périphérique, la paralysie radiculaire totale ou inférieure du plexus brachial pourrait prêter à quelque confusion; elle se différencie par les

(1) *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1886, p. 187.

troubles oculo-pupillaires (myosis et rétrécissement de la fente palpébrale par suite de la paralysie du muscle de Muller innervé par le sympathique, enfin quelquefois la petitesse et la rétraction du globe oculaire); s'il s'agit, au contraire, d'une paralysie traumatique portant sur les branches terminales du plexus brachial et intéressant plus particulièrement le cubital et le médian, la notion de cause lèvera tous les doutes. Dans les paralysies toxiques, autres que le saturnisme, l'atrophie des petits muscles de la main est assez rare; de même, dans les névrites consécutives aux maladies infectieuses. On peut citer, à cet égard, les cas de paralysies du nerf cubital dans la fièvre typhoïde, observés par Nothnagel, MM. Bernhardt, Pitres et Vaillard; on a signalé également ces névrites dans la syphilis et la lèpre anesthésique.

On ne confondra pas les paralysies du type Aran-Duchenne avec la maladie de Morvan; les malades atteints de cette dernière affection, s'ils présentent de l'atrophie des muscles de la main, ont eu plusieurs panaris, présentent des troubles trophiques multiples (chute des ongles, éruptions pemphigoïdes), analgésie totale du bras et de l'avant-bras, etc.

Il nous reste à signaler la myopathie du type facio-scapulo-huméral, où l'on peut observer également le même syndrome à la période de généralisation; mais cette maladie apparaît dans la seconde enfance, débute par la face; la contractilité électrique des muscles, normale comme qualité, ne diminue que comme quantité, les réflexes tendineux persistent pendant très longtemps, etc.

d. *Type inférieur.* — Les paralysies localisées aux péroniers latéraux et aux muscles extenseurs peuvent s'observer dans la paralysie infantile où cette localisation est fréquente et dans la paralysie spinale de l'adulte; on sait que la paralysie atrophique de l'enfance apparaît, en général, à l'âge de deux à trois ans, et que son début est accompagné de fièvre.

e. *Paralysies généralisées.* — Mme Déjerine-Klumpke fait remarquer que la paralysie saturnine, à généralisation rapide, présente les plus grandes analogies avec la paralysie générale spinale antérieure subaiguë, décrite par Duchenne; aussi pense-t-elle que cette dernière maladie doit être rayée du cadre des entités morbides et considérée comme un syndrome clinique, relevant de causes multiples, ainsi, du reste, que la paralysie ascendante aiguë.

Le diagnostic des paralysies hystériques ne souffre, en général, aucune difficulté; il peut être délicat, lorsque la paralysie est localisée; dans le cas de M. Potain, où la paralysie des extenseurs simulait, par son siège, une paralysie organique, la paralysie au lieu d'être symétrique était unilatérale; il n'existait pas d'atrophie, bien que le début remontât à deux ans, et pas d'altération de la contractilité électrique.

VI

Anatomie pathologique. — A. *Lésions des nerfs.* — Nous avons vu, précédemment, que les diverses lésions du système nerveux central, rencontrées à l'autopsie de certains saturnins, ne peuvent être invoquées comme la cause des paralysies, nous n'étudierons donc ici que la névrite périphérique. Cette névrite, M. Gombault l'a provoquée expérimentalement chez les cobayes et remarquablement étudiée; nous suivrons de près sa description :

On a voulu assimiler la névrite saturnine à celle de la dégénérescence wallérienne, c'est-à-dire à la névrite qui se produit dans le bout périphérique d'un nerf sectionné; les recherches expérimentales de M. Gombault et les recherches anatomo-pathologiques de Mme Déjerine-Klumpke ont montré qu'en réalité, les lésions nerveuses sont fort différentes; il s'agit, en effet, dans la névrite saturnine, de *lésions segmentaires;* un ou plusieurs segments inter-annulaires sont intéressés, alors que ceux qui sont au-dessus ou au-dessous restent inaltérés; d'autre part, les lésions ne portent (primitivement au moins) que sur la myéline et sur le noyau du segment; en aucun point, le cylindre-axe ne présente de solutions de continuité, aussi M. Gombault a-t-il donné à cette variété de névrite, le nom de *névrite périaxile;* le même auteur a montré que, dans la névrite alcoolique, la localisation segmentaire fait défaut. En somme, conservation du cylindre-axe et dissémination segmentaire de la lésion, tels sont les caractères distinctifs de la névrite saturnine; est-ce à dire qu'il ne s'y joint jamais la dégénérescence wallérienne? M. Gombault a, au contraire, constaté cette dégénérescence, mais celle-ci est toujours secondaire, intimement subordonnée à la névrite périaxile dont elle constitue le dernier terme d'évolution; en un mot, l'apparition de cette lésion dégénérative est toujours précédée d'une *phase pré-wallérienne*, suivant l'expression de M. Gombault.

Entrons maintenant dans le détail : on peut distinguer des cas où le segment inter-annulaire est modifié dans toute son étendue et des cas où les lésions segmentaires sont circonscrites.

1. *Lésions segmentaires totales.* — A la période de dégénération, la fibre ne subit pas de réduction de volume, elle est plutôt élargie; la gaine de myéline, au lieu de se segmenter en blocs volumineux, comme cela s'observe dans le bout inférieur des nerfs sectionnés, est finement granuleuse, comme émulsionnée; le picro-carmin révèle au milieu de ces granulations l'existence de masses protoplasmiques volumineuses, teintées en jaune, et au niveau desquelles on distingue un nombre, quelquefois considérable, de noyaux colorés en rouge ou en rose.

On peut rencontrer certains segments modifiés de cette façon dans toute leur étendue, et se continuant à leurs extrémités, avec une fibre d'aspect tout à fait normal; le plus habituellement, la lésion se modifie d'une extrémité à l'autre du segment altéré; tout d'abord, la gaine de myéline granuleuse cesse d'être continue et on voit, au niveau des points où elle est interrompue, se dégager un tractus présentant une striation longitudinale, coloré en rose par le carmin; ailleurs, la gaine de myéline tend de plus en plus à disparaître; la fibre est devenue moniliforme; les portions renflées, constituées par des blocs protoplasmiques chargés de granulations colorées en noir par l'acide osmique, et renfermant parfois un grand nombre de noyaux, sont reliées entre elles par le tractus rosé; ce tractus, parfois, disparaît dans l'intérieur des portions renflées, parfois, et le plus souvent, se trouve rejeté sur l'un des côtés de la fibre; ailleurs enfin, les amas de myéline granuleuse ont disparu à peu près complètement; il n'en existe plus de vestiges qu'autour de quelques noyaux et la fibre est entourée d'un peu de protoplasma accompagné par des noyaux nombreux; ce tractus va, sans solution de continuité sur son trajet, plonger à ses deux extrémités dans l'intérieur d'une gaine de myéline normale.

Le tractus, accompagné de la gaine de Schwann, peut même, dans certains cas exceptionnels, demeurer pour ainsi dire comme le dernier survivant des divers éléments du segment inter-annulaire, car les noyaux et les amas de myéline peuvent disparaître presque complètement; ce tractus représente le cylindre-axe plus ou moins modifié dans son aspect, mais ininterrompu dans sa continuité.

A la période de restauration, au lieu d'un segment en voie de dégénérescence granuleuse ou représenté seulement par un cylindre-axe, on observe une fibre mince, pourvue d'une gaine de myéline, à bords nettement arrêtés; cette gaine est moniliforme, déprimée de distance en distance par des noyaux irrégulièrement alternants. Bientôt une autre modification se produit; sur certains points, la gaine de myéline se déprime, puis s'interrompt, et ainsi se forment de véritables rétrécissements annulaires; les segments minces, ainsi délimités, sont souvent pourvus de nombreux noyaux; en fin de compte, le segment inter-annulaire ancien se trouve remplacé par une série plus ou moins longue de segments minces et courts.

2. *Lésions segmentaires circonscrites.* — Au lieu d'envahir la totalité du segment inter-annulaire, les altérations peuvent rester limitées à une très petite étendue de ce segment; elles ne diffèrent pas d'ailleurs des précédentes. La localisation se fait sur l'une des extrémités du segment; puis, lorsqu'après s'être cantonnée quelque temps sur l'une des extrémités de ce segment, la névrite péri-axile tend à l'envahir dans sa totalité, il semble qu'elle s'attaque à l'extrémité opposée, avant de frapper la partie moyenne.

« Ces lésions diffèrent essentiellement de celles que l'on observe dans la partie périphérique des nerfs sectionnés. D'un côté, lésions identiques et à peu près simultanées sur toute l'étendue de la fibre, disparition rapide du cylindre-axe, destruction fatale et nécessaire de tous les éléments nerveux du tube, et plus tard régénération possible du nerf par formation de tubes nouveaux, développés par une sorte de bourgeonnement du segment supérieur. Ici, au contraire, lésions localisées, segmentaires, conservation du cylindre-axe, puis restauration des parties atteintes par formation d'une nouvelle gaine de myéline autour du cylindre-axe conservé. » (Gombault.)

Le cylindre-axe peut cependant être modifié et sa disparition peut s'effectuer; les altérations rappellent alors, mais dans ce cas seulement, la dégénérescence wallérienne. M. Gombault a suivi toutes les phases de la transformation. Il a vu sur quelques fibres d'aspect normal, jusqu'à un certain niveau, se produire des modifications de la gaine de myéline et du protoplasme, puis le cylindre-axe se renfle de distance en distance, et enfin présente une première solution de continuité au delà de laquelle on ne le retrouvait plus que sous forme de tronçons contenus dans des blocs de myéline.

Dans les parties atteintes de névrite péri-axile on trouve, du côté du protoplasma, un bourgeonnement infiniment plus actif que dans la dégénérescence wallérienne, de plus, la myéline est finement émulsionnée, alors qu'elle est segmentée en blocs volumineux dans l'autre. Plus on s'avance vers la périphérie et plus grand est le nombre des fibres affectées de dégénération wallérienne, et à partir du moment où le calindre-axe disparaît sur un point quelconque de sa continuité, chaque fibre présente des portions d'aspect très différent: au-dessous de la section, elle sera atteinte de dégénérescence wallérienne, lésion d'apparence uniforme jusqu'à la terminaison de la fibre; au-dessus, elle sera normale ou atteinte de névrite péri-axile qui frappe le tube d'une façon irrégulière et laisse, dans l'intervalle des points malades, un certain nombre de segments non altérés ou restaurés d'une façon suffisante.

Bien que la lésion soit essentiellement parenchymateuse, le travail pathologique retentit sur le tissu conjonctif intra-fasciculaire, ses fibres sont plus apparentes que d'habitude, ses cellules sont gonflées, quelques-unes contiennent plusieurs noyaux, et les parois des capillaires intra-fasciculaires sont également manifestement irritées; la gaine lamelleuse est au contraire normale.

MM. Duplaix et Lejars (1) ont entièrement confirmé la description de M. Gombault; ils ont rarement trouvé la limitation de la lésion à un seul segment inter-annulaire; le plus habituellement les portions malades s'étendaient à deux, trois et quatre segments et même davantage; ils ont également constaté la co-existence de la névrite péri-axile et de la dégénérescence wallérienne, cette dernière dominant dans des ramifications terminales; ils admettent, avec M. Gombault, qu'elle est secondaire à la névrite péri-axile.

B. *Lésions des muscles.* — Leur coloration varie suivant le degré d'atrophie qu'ils présentent; si l'atrophie est peu prononcée, leur coloration est simplement un peu plus pâle qu'à l'état normal; dans le cas contraire, la coloration des muscles est jaunâtre. M[me] Déjerine-Klumpke n'a pas retrouvé les altérations décrites par M. Gombault comme appartenant au troisième degré de la paralysie saturnine, à savoir : l'aspect de chair de jambon fumé, l'hypertrophie musculaire avec dureté ligneuse. Tous les muscles étaient souples dans le cas observé par elle.

Au microscope, on rencontre toutes les phases anatomiques de l'atrophie simple; ainsi quelques fibres sont simplement diminuées de volume, la striation transversale est conservée; d'autres fibres, au contraire, sont absolument détruites et il ne reste plus que la gaine de sarcolemme absolument vide. Entre ces deux états extrêmes, on peut trouver tous les degrés intermédiaires; quelques faisceaux primitifs peuvent présenter un aspect moniliforme dû à la distension de la gaine de sarcolemme vide de substance musculaire, par des amas de noyaux. « Ailleurs l'aspect moniliforme tient à ce que la substance musculaire est, pour ainsi dire, sectionnée de place en place par les noyaux augmentés de volume et de nombre. » (M[me] Déjerine-Klumpke.) Enfin, on peut trouver dans des gaines de sarcolemme presque vides de leur contenu, des éléments fusiformes vaguement striés en travers, avec de nombreux noyaux et qui sont très probablement des fibres musculaires en voie de régénération. On ne constate qu'exceptionnellement, dans quelques fibres, des granulations soit pigmentaires, soit albumineuses, soit graisseuses. Ces diverses altérations sont essentiellement diffuses dans les muscles malades; on trouve, en effet, à côté de faisceaux de diamètre normal, d'autres extrêmement atrophiés. Le tissu conjonctif présente des altérations légères; il existe sur les coupes transversales un léger degré de myosite interstitielle sans sclérose véritable. Les vaisseaux, en particulier les artérioles, présentent un certain degré d'endo et de péri-artérite.

---

(1) Duplaix et Lejars. Loc. cit.

VII

Pathogénie. — En ce qui concerne la pathogénie des paralysies saturnines, on est encore réduit aux hypothèses. Pourquoi le plomb exerce-t-il son influence toxique sur les nerfs périphériques, plutôt que sur les centres; d'autre part, pourquoi l'intoxication saturnine prédispose-t-elle [à des paralysies motrices pures, tandis qu'une autre paralysie toxique, la paralysie alcoolique, s'accompagne de troubles importants de la sensibilité? L'expérimentation n'a pu encore donner la solution de ces questions; en effet, les névrites expérimentales provoquées par M. Gombault chez les lapins et les cobayes n'ont pas été suivies de paralysies. Nous ne pouvons que rappeler l'identité d'action du plomb et des agents infectieux; quant à la localisation si fréquente de la paralysie saturnine aux muscles extenseurs, alors que dans les autres névrites périphériques les fléchisseurs sont également pris, quoiqu'à un moindre degré, elle est inexplicable; on a fait observer que cette même localisation peut se rencontrer dans un certain nombre d'affections médullaires, périphériques ou myopathiques.

D'après M. Potain, l'insuffisance de l'irrigation sanguine serait la cause de la localisation de la paralysie aux extenseurs, ceux-ci ne recevant leurs vaisseaux que de l'interosseux, alors que les fléchisseurs reçoivent le sang de deux grosses artères.

En ce qui concerne la nature de la névrite, M. Gombault fait remarquer que la gaine du nerf, gonflée et rendue plus claire dans ses couches externes, subit une modification très comparable à celle qu'elle présente après l'imbibition d'un nerf par l'eau salée; aussi pense-t-il qu'il faut faire rentrer l'altération dans la catégorie des œdèmes inflammatoires, et cela avec d'autant plus de raison qu'elle se montre tout d'abord aux extrémités du segment, au voisinage des étranglements annulaires, c'est-à-dire au niveau du point d'entrée des liquides nutritifs (Ranvier) et que, d'autre part, elle s'accompagne d'un gonflement du protoplasma et d'une multiplication nucléaire affectant la même localisation initiale (la marche du processus est précisément inverse dans la dégénérescence wallérienne, puisque c'est à la partie moyenne du segment que se montre l'altération à son début).

VIII

Pronostic. — La forme classique de la paralysie saturnine est curable dans la grande majorité des cas; il existe cependant quelques rares exceptions; ainsi Mme Déjerine-Klumpke rapporte l'observation d'un malade atteint depuis seize ans de paralysie des extenseurs. Le pronostic est également bénin dans les paralysies du type Duchenne-Erb, il est moins favorable dans la paralysie du type Aran-Duchenne, car l'atrophie musculaire persiste souvent pendant de longues années; enfin, si les malades, atteints de paralysies généralisées, guérissent habituellement comme ceux atteints de névrites multiples d'origine infectieuse, ils peuvent parfois succomber à une paralysie des muscles de la respiration.

N'oublions pas que les paralysies saturnines sont éminemment sujettes à récidive, parce que les malades, une fois guéris, se soumettent de nouveau aux causes d'intoxication; nous avons vu, d'autre part, que, dans quelques cas très rares, les paralysies pouvaient reparaître chez des individus ayant depuis longtemps cessé la profession de peintre.

Le pronostic de chaque cas, en particulier, se déduit de l'état de la contractilité électrique. Si celle-ci persiste, même à un faible degré, on peut espérer la guérison dans un plus ou moins bref délai; si elle a complètement disparu, plusieurs mois sont nécessaires pour le retour des mouvements dans les muscles paralysés.

IX

Traitement. — Le seul traitement de la paralysie saturnine est l'emploi de l'électricité; on a successivement eu recours aux courants continus, aux courants interrompus, à l'électricité statique.

Les courants galvaniques sont surtout employés en Allemagne. Erb, imbu de l'idée que la paralysie saturnine est d'origine médullaire, conseille d'appliquer sur la première vertèbre cervicale et sur la première dorsale une large électrode, l'autre étant placée sur le sternum; on laisse passer le courant pendant une ou deux minutes, puis on le renverse et ainsi de suite; ce n'est qu'après avoir institué ce traitement, que l'on électrise les muscles paralysés, en appliquant le pôle positif sur le renflement cervical, le pôle négatif à la périphérie.

En France, on n'emploie guère que le courant d'induction; les intermittences doivent être rapides et le courant aussi intense que possible (Brissaud); chaque séance doit être de dix minutes environ, et aura lieu tous les deux jours.

Enfin, M. Vigouroux a préconisé l'emploi de l'électricité statique.

Lorsque le mouvement sera en partie revenu, on espacera les séances d'électrisation, auxquelles on pourra joindre le massage et les douches sulfureuses; il ne faudra pas négliger non plus le traitement interne par l'iodure de potassium.

Le traitement de la paralysie hystérique est des plus simples; la faradisation avec le pinceau, l'emploi de l'aimant en feront tous les frais.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 14 octobre 1890, ont été accordées aux élèves du service de santé de la marine:

1° Vingt-deux bourses entières et trousseau complet;
2° Trente deux bourses entières et demi-trousseau;
3° Trente-deux demi-bourses et demi-trousseau;
4° Cinq bourses sans trousseau;
5° Quatorze demi-bourses.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gustave Monod, chirurgien honoraire des hôpitaux, décédé dans sa quatre-vingt-septième année.

Le service funèbre aura lieu demain samedi à une heure très précise au temple de l'Oratoire.

— *Hôpitaux de Rouen.* — Un concours pour la nomination d'internes en pharmacie s'ouvrira le 11 décembre prochain. Le registre d'inscription, ouvert à la direction des hospices de Rouen, enclave de l'hospice général, sera clos le 26 novembre.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont nommés pour l'année scolaire 1890-1891 :

1° Chefs des travaux de laboratoire: MM. Rodet (médecine expé-

rimentale et comparée), Bard et Vialleton (anatomie générale et histologie), Didelot (physique médicale), Linossier (chimie minérale), Reboul (physiologie), Beauvisage (matière médicale et botanique), Hugounenq (chimie organique et toxicologie), Coutagne (médecine légale), Florence (pharmacie), Roux et Barral (clinique médicale), Rochet (médecine opératoire), Mondan (clinique chirurgicale), Despeignes et Michon (clinique médicale [travaux de biologie]);

2° Préparateurs de laboratoire : MM. Courmont (médecine expérimentale et comparée), Doyon (physiologie), Pic (médecine opératoire), Eybert (anatomie), Poisat (matière médicale et botanique), Lacroix (anatomie générale et histologie), Saint-Cyr (médecine légale), Genoud (zoologie), Métroz (pharmacie), Nicolle (chimie organique et toxicologie), Givaudan (chimie minérale), Bret (anatomie pathologique);

3° Aides de clinique : MM. Goullioud (clinique des maladies des femmes), Givre (clinique des maladies des enfants).

— *École de médecine de Grenoble.* — Un congé, pendant l'année scolaire 1890-1891, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Raoult, chargé d'un cours de chimie et de toxicologie.

M. Labatut, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé d'un cours de chimie et toxicologie, pendant la durée du congé accordé à M. Raoult.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Perrin de la Touche est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *École de médecine de Tours.* — M. Wolff, chef des travaux physiques et chimiques, est prorogé dans ses fonctions pour une période de trois ans, à partir du 18 août 1890.

M. Brissonnet est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de pharmacie et matière médicale.

— M. le docteur Péan reprendra ses leçons de clinique chirurgicale et ses opérations, à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 25 octobre, à neuf heures, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numero : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 20 octobre 1890.

A la fin de l'année scolaire, on ne parlait partout que de réformes à introduire dans l'enseignement médical. Le grand maître de l'Université avait donné l'exemple, et un esprit quelque peu révolutionnaire avait, un instant, animé les hautes sphères de l'enseignement officiel. On avait consulté les Facultés de province, les Facultés de Paris, sur telles ou telles réformes jugées indispensables. On parlait d'Universités régionales, on laissait entrevoir la création de Facultés nouvelles. On se serait cru à la veille d'un bouleversement devant remédier à un état de choses suranné et que personne, aujourd'hui, n'osait plus ouvertement défendre. On avait espéré que la routine qui, jusqu'ici, régnait en maîtresse dans notre haut enseignement médical, était enfin délogée.

Hélas ! il n'en est rien. Après cette apparence de tempête, le calme le plus plat s'est désespérément établi, et la nouvelle année scolaire va s'ouvrir comme s'est terminée l'ancienne, et comme se sont écoulées toutes les précédentes années. Nous avions démontré combien notre enseignement laissait à désirer, nous avions fait entrevoir quelles immenses réformes étaient indispensables, nous avions signalé le danger, attendant quelque chose ! Rien n'est venu.

Cependant, on peut dire que les avertissements n'ont pas manqué. La presse médicale a, durant ces vacances, été agitée par ces questions de réformes universitaires. Toutes les Facultés de province ont demandé leur transformation en Universités, les Écoles ont réclamé une augmentation de leurs attributions, trop restreintes suivant elles ; des vœux se sont fait entendre de toutes parts, et les appréciations les plus diverses ont vu le jour, en ces circonstances.

Maintenant que le calme s'est un peu rétabli, que tous les documents ont été fournis et discutés, il est bon de reprendre cette question des réformes de l'enseignement médical, et de rappeler à nos gouvernants qu'il y a, en France, un enseignement médical dont ils ont la garde, et que cet enseignement reste en souffrance, malgré les indispensables perfectionnements qu'exige son insuffisance.

HOPITAL NECKER. — M. Peter.

Encore les constitutions médicales et les séries morbides. Épidémie de fièvre typhoïde à Bourg, malgré l'absence de bacilles typhiques dans l'eau de la boisson.

II

Dans une des leçons précédentes (1), je vous parlais des constitutions saisonnières; je vous disais que la constitution médicale actuelle n'était pas épuisée, et que nous verrions d'autres processus morbides. J'ai été quelque peu prophète de malheur, comme vous le montre cette épidémie de grippe que nous venons de traverser. Tous les ans, et particulièrement à cette époque de l'hiver, on observe un état catarrhal, tantôt sans fièvre, tantôt avec fièvre ; si à cet état s'ajoutent des phénomènes nerveux, on assiste à un développement de grippes, ordinairement peu redoutables, mais pouvant cependant prendre le caractère infectieux, comme nous l'avons observé. Je vous disais encore qu'après cette période, on constatait l'apparition de fièvres catarrhales et souvent des éruptions de rougeole. Cela s'est encore réalisé. Voici, en effet, ce qui vient d'être relevé par un médecin du Bureau de bienfaisance, exerçant dans le quartier de l'Élysée. A lui seul, il a constaté, du 5 janvier au 10 février 1890, 10 cas de rougeole chez de jeunes enfants; sur ces 10 cas, il y a eu 4 morts; ce médecin a aussi observé des cas de diphthérie, et cela ne doit pas nous étonner, étant donné que nous nous trouvons au milieu d'une constitution saisonnière, qui paraît évoluer dans un sens plus grave. Dans la plupart de ces cas de rougeole, l'éruption a été boutonneuse dès le début, ce qui indique toujours une forme intense. Dans les cas suivis de mort, l'éruption s'est effacée, a pris une teinte livide. L'un de ces enfants est mort au milieu de convulsions; un autre a succombé dès le début avec du coma.

Nous observons aussi des cas de fièvre typhoïde.

Vous savez que certains bactériologistes ont professé que, s'il existait des cas de fièvre typhoïde, à Paris, pendant les mois de décembre et janvier, sous forme de petite épidémie, cela était dû à ce que, deux mois auparavant, les conduites d'eau avaient été souillées par les eaux de Seine. J'ai cherché ce qui s'était passé les années précédentes.

Dans les statistiques de M. Besnier, à la Société médicale des hôpitaux, pour 1866, M. Besnier constate déjà que tous

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1 90, p. 1093.

les ans se montre une épidémie de fièvre typhoïde, en janvier et février. Le même fait s'observe alors à Amiens.

Il faut donc supposer que tous les ans on distribue exprès, à la même date, de l'eau de Seine. Et, comme il en est de même à Amiens, il faut également que l'eau d'Amiens soit méchamment contaminée.

J'ai à vous parler, à ce propos, de quelques faits instructifs.

Je viens de recevoir la relation, faite par M. le médecin-major Aubert, d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi, en décembre et janvier (1888-1889), sur le 23e régiment d'infanterie, et sur la population de la ville de Bourg, où est caserné ce régiment. Cela a été une véritable épidémie, à début brusque, et, du 7 novembre au 15 janvier, on a compté 52 cas en ville et 22 à la caserne. Le début et la fin de l'épidémie ont été également brusques. Mais ce qui justifie encore ce que je vous disais des séries morbides, c'est qu'à Bourg les cas d'embarras gastrique et de fièvre gastrique ont augmenté avant le début de la fièvre typhoïde.

Ainsi, en octobre, on relève	10	embarras gastriques.
en novembre,	15	—
en décembre,	72	—
en janvier,	35	—
Total	132	cas.

La fièvre typhoïde a donc éclaté au milieu d'une constitution médicale antérieure. L'auteur de ce mémoire, M. Aubert, ajoute : « Ces types morbides apparaissant simultanément dans un milieu soumis aux mêmes conditions hygiéniques et présentant, en outre, un groupe de symptômes communs, susceptibles de faire naître des erreurs de diagnostic, du moins dès le début de leur apparition, paraissent sous la dépendance d'un même « génie épidémique », variable dans ses effets, suivant l'intensité de la cause et le degré de réceptivité ou de réaction de l'individu. » On ne peut pas mieux dire !

Vous remarquerez que cette épidémie de fièvre typhoïde s'est développée en décembre et janvier, c'est-à-dire à cette période de l'année signalée par M. Besnier dans ses statistiques.

Cependant, une commission, nommée par le préfet de l'Ain, a voulu savoir si l'eau, bue par les soldats et les habitants, n'était pas la cause de l'épidémie.

On recueillit de cette eau, prise en plusieurs endroits, et elle fut envoyée à un bactériologue de Paris; or, voici textuellement la conclusion de ce médecin : « L'analyse microbiologique des différents échantillons des eaux de Bourg, que j'ai faite et répétée plusieurs fois, ne m'a montré dans aucun d'eux la présence du bacille typhique. Je ne crois pas que, dans ces échantillons, recueillis à la date du 19 décembre, il y ait des microbes de la fièvre typhoïde. Je n'ai pas trouvé non plus certains microbes qui ne sont pas ceux de la fièvre typhoïde, mais qui existent en grand nombre dans les eaux de matières fécales (1). »

Il est difficile d'être plus explicite : ni microbe typhique, ni même microbe habituel des matières fécales dans l'eau bue par les soldats; et cependant, épidémie de fièvre typhoïde chez ces soldats.

Si l'on avait trouvé dans cette eau les bacilles des matières fécales, on aurait pu attribuer l'épidémie typhoïdique à leur présence, car il résulte de recherches récentes faites à Lyon que le bacille d'Eberth ne serait autre que le *bacillus coli communis*, que tout le monde possède dans son intestin. Ce sont donc les matières fécales qui sont dangereuses et non ce fameux bacille; les Grecs avaient trouvé cela avant nous; ne disaient-ils pas que les matières fécales étaient « choses mauvaises » (κακα)? C'est même pour cette raison que nous les rejetons loin de nous et qu'il est malsain de les trouver dans l'eau de sa boisson.

Or, comme il n'y avait pas même dans l'eau de boisson des soldats les bacilles banals des excréments, et qu'il y eut, nonobstant, épidémie typhoïdique chez ces soldats, il faut bien rapporter cette épidémie à d'autres causes qu'à l'eau de la boisson. Lesquelles causes sont l'influence saisonnière et peut être aussi le surmenage et le séjour prolongé dans les chambres surchauffées de la caserne pendant les temps froids.

Pour surcroît de preuves, l'analyse chimique de ces mêmes eaux de Bourg, faite par un autre bactériologue de Paris, a montré « qu'elles pouvaient être considérées comme excellentes : il n'y a rencontré aucun germe qui fût analogue au bacille typhique ».

En même temps que ces deux bactériologues, un troisième fit, au Val-de-Grâce, des analyses de l'eau de la caserne, et il y trouva non seulement le *bacillus coli communis*, le 21 janvier, mais encore le bacille d'Eberth le 12 février. Enfin, le 18 février, il n'y rencontrait plus de bacilles suspects.

Ainsi trois hommes compétents analysent en même temps la même eau : deux n'y trouvent aucun bacille malfaisant (l'un d'eux conclut même à « l'excellence de cette eau »); un troisième y trouve tout le contraire, et, plus tard, il n'y trouve plus rien.

Cela fait songer à ces paroles de Koch, au Congrès de Berlin : « Dans le sol, l'eau, les poussières atmosphériques, on rencontre un grand nombre de bacilles qui ressemblent beaucoup au bacille typhique, et que, *seul*, un bactériologue très expérimenté *arrive à discerner*, et encore seulement *avec une certitude relative*; des indices constants et évidents nous font encore défaut. C'est pourquoi il ne faut accepter qu'avec réserve les nombreuses constatations de ce bacille, récemment faites dans le sol et les conduites d'eau. »

C'est donc, je le répète, la constitution saisonnière qui a provoqué cette épidémie de Bourg; elle a déterminé, chez des soldats fatigués, surmenés, la fièvre typhoïde, comme, en d'autres circonstances, la constitution saisonnière détermine la grippe, la diphthérie. C'est nous-mêmes qui faisons nos maladies et en individualisons les formes.

En soutenant ces idées je suis, je l'avoue, un pécheur impénitent, car, dès 1859, dans ma thèse de doctorat, j'ébauchais cette doctrine des séries morbides, à propos de quelques cas de diphthérie. J'ai vu ces séries réalisées dans une même famille. Ainsi, j'ai observé un douanier qui, ayant pris froid, fut atteint d'une angine simple, fébrile, mais légère; cet homme était marié à une cuisinière. Rentré chez lui, il était guéri au bout de quarante-huit heures. Quelques jours après, sa femme présentait une angine plus grave, avec exsudat abondant, la véritable angine couenneuse simple. On ne prit aucune précaution, cette angine ne paraissant pas conta-

(1) Aubert. *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde à Bourg*, 1890, pp. 8 et 9.

gieuse. La maîtresse de la maison avait un enfant de deux ans, chétif, maladif, soigné par cette femme, qui l'aimait beaucoup, l'embrassait. Quelques jours après, l'enfant était atteint, à son tour, d'une angine couenneuse infectieuse, avec exsudat énorme. Il eut ensuite le croup et mourut malgré la trachéotomie que je lui pratiquai. Le médecin de la famille avait ramené l'enfant en voiture de Montlignon à Paris; ce médecin était vieux, fatigué, atteint de trachéite. Deux jours après la trachéotomie faite à l'enfant, il eut une angine avec exsudat considérable, énormes ganglions. Il se rassurait pensant, en raison de la blancheur de l'exsudat, que l'angine n'était pas diphthérique. Quant à moi, bien que lui disant partager son avis, j'étais très inquiet. Au bout de quarante-huit heures il mourait par suffocation. La série morbide était ici des plus nettes. C'était une série morbide croissante.

Vous trouverez dans ma thèse des faits du même ordre; mais dans lesquels la série est décroissante. Les voici :

Un enfant est atteint d'angine couenneuse grave, il meurt. Sa mère, qui le soigne, a une angine grave, avec fièvre intense, mais elle guérit. La femme de chambre a une angine avec exsudat léger; la cuisinière, éloignée de l'enfant, n'a rien. Le père, qui était obligé de sortir et voyait peu l'enfant, est pris d'angine simple.

Le même génie morbide peut aussi déterminer des cas plus ou moins graves. En ce moment, à la grippe a succédé une épidémie de rougeole; c'est dans l'ordre naturel des choses. Aux Enfants-Assistés, à l'hôpital Trousseau, règne en ce moment une épidémie de rougeole, à cas nombreux et assez graves. La grippe a précédé la rougeole, comme l'embarras gastrique, les fièvres de surmenage ont précédé la fièvre typhoïde chez les soldats de M. le docteur Aubert.

DU NETTOYAGE DE L'UTÉRUS

ET DES DANGERS DE L'ERGOT DE SEIGLE APRÈS LA DÉLIVRANCE.

Par Mme Gaches-Sarraute, docteur en médecine.

Au mois d'août dernier, j'ai fait, au Congrès de Limoges (1), une communication sur les dangers de l'ergot de seigle en obstétrique.

Je rappelais, à cet égard, l'opinion professée par M. Pajot, opinion qui avait été généralement adoptée. Depuis les leçons de ce maître, on ne donne plus d'ergot de seigle avant la délivrance. Il paraît également que M. Pinard, prenant dans un sens plus général, et plus vrai aussi, la formule : « Ne donnez pas d'ergot de seigle tant qu'il y a quelque chose dans l'utérus », et considérant que la délivrance seule, ou l'extraction du placenta, ne suffit pas à vider la cavité utérine, ne donne plus dans sa pratique, depuis trois ans, d'ergot de seigle, sauf à de très rares exceptions.

Après avoir étudié la question je suis allée plus loin et j'ai dit : « Ne donnez jamais d'ergot de seigle, après l'accouchement dans aucun cas. C'est une pratique dangereuse, car il reste toujours quelque chose dans l'utérus », et pour compléter la proposition, j'ai ajouté : « Il est rationnel et très utile de débarrasser complètement la cavité utérine des caillots et débris membraneux qu'elle contient, et on doit pour cela, aussitôt après la délivrance, pratiquer avec la main le nettoyage complet de l'utérus. »

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 869.

M. le docteur Lepage vient de faire des objections à la pratique de cette méthode (1). Ce sont ces objections qu'il convient de réfuter.

Au point où nous en sommes arrivés avec les progrès de l'antisepsie, il est aussi peu dangereux d'introduire la main dans la cavité utérine après la délivrance qu'il est peu dangereux d'explorer toute surface saignante. L'utérus n'est pas plus susceptible qu'un autre organe; il l'est peut-être moins. Je dis donc que, lorsqu'on est propre, qu'on agit soi-même en préparant tous les accessoires, cette pratique est inoffensive et présente des avantages beaucoup plus importants qu'on ne le croit. Il est indiqué d'agir ainsi dans l'intérêt de la santé des femmes.

Par contre, si on n'est pas absolument et chirurgicalement propre et si on ne connaît pas les règles absolues de l'antisepsie, il faut se garder d'intervenir, on ne pourrait faire que du mal.

Je ne m'adresse donc, en formulant cette proposition, qu'aux accoucheurs bien au courant des principes de l'antisepsie, et je désire que le nombre en soit accru de plus en plus.

Ces manœuvres ont des avantages qui sont évidents, et on les reconnaît immédiatement.

Elles permettent la régression complète de l'utérus en quelques jours, pour ne pas dire en quelques heures. Elles mettent à l'abri des hémorrhagies qui suivent la délivrance. Elles suppriment les lochies. Et, enfin, chose extrêmement importante, elles préservent les femmes des affections utérines postérieures.

L'expérience est facile à faire, la comparaison facile à établir. Prenez deux femmes accouchées dans les mêmes conditions. Videz l'utérus de la première et contentez-vous de faire à la seconde des injections vaginales. Le résultat sera évident deux jours après l'accouchement. Mais il sera bien plus net encore quelques mois après.

En vidant l'utérus aussitôt après l'extraction du placenta, vous lui faites faire en quelques minutes un travail qu'il met quinze jours ou trois semaines à faire. Vous le débarrassez de son contenu, et ce n'est pas peu de chose; il est facile de s'en convaincre, puisqu'on retire, par ce nettoyage, des poignées de caillots, qui, comme on le sait, constituent un milieu des plus favorables à l'infection. Il y a une foule de femmes malades, à la suite de leurs couches : je suis dans le vrai en disant 90 p. 100. Si la pratique que je préconise permet d'éviter ces conséquences si pénibles de l'accouchement, elle vaut la peine d'être expérimentée.

Cette méthode est logique, les résultats qu'elle m'a donnés sont excellents. Il convient de l'essayer d'abord avant de la critiquer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 octobre 1890. — Présidence de M. Nicaise.

COMMUNICATIONS

Traitement de l'endométrite par les crayons de chlorure de zinc. — M. **Quénu**, nouveau témoin à charge dans le procès fait à cette méthode de traitement, communique l'observation d'une jeune femme de vingt-six ans qui, ayant accouché il y a trois ans, eut, dix mois après, une métrite sans douleur. Toujours atteinte de cette métrite, elle entra, le 3 septembre 1889,

(1) *Concours médical*, 23 septembre 1890.

à l'Hôtel-Dieu, où elle fut traitée par l'application d'un crayon au chlorure de zinc. Après cette application, elle a souffert cruellement pendant quarante-huit heures.

Il n'y a pas eu d'élimination d'eschare ; elle est sortie de l'hôpital une quinzaine de jours après, étant considérée comme guérie. Quelques jours plus tard, elle a été prise de nouveau de phénomènes douloureux, dont la description se rapporte aux symptômes d'une salpingite; elle a dû rester trois mois couchée et actuellement elle souffre encore de sa métrite. Elle n'a donc eu aucune amélioration du côté de cette affection et a présenté, au contraire, une aggravation du côté des altérations des annexes. Ce qu'il y a de particulier chez cette malade et ce en quoi elle diffère de celles de MM. Pozzi et Routier, c'est qu'elle ne présente pas de rétrécissement du col; l'hystéromètre pénètre bien dans la cavité utérine, en donnant lieu seulement à une sensibilité douloureuse : du côté du bord gauche de l'utérus, on sent les annexes gonflées et douloureuses. Il n'y a pas de doutes sur l'existence d'une salpingite; c'est donc encore un fait à ajouter au passif de la cautérisation par le chlorure de zinc comme traitement de la métrite. Ces accidents de salpingite consécutive ne s'observent jamais à la suite du curetage.

Ablation d'un drain ayant séjourné dans la plèvre. — **M. MARCHAND**, à l'occasion du fait présenté dans la dernière séance par M. Schwartz, communique l'observation d'un garçon de douze ans, chez lequel il a retiré un drain qui a séjourné pendant quatre mois dans la cavité pleurale. Il a dû faire une large ouverture et réséquer une côte pour arriver à retirer ce drain qui entretenait une suppuration grave.

DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. BERGER prend la parole sur la discussion soulevée à ce sujet par M. Reclus dans la séance du 30 juillet (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 824).

On sait les difficultés et les incertitudes du diagnostic, en pareil cas, et les hésitations qui en résultent pour le traitement. La question mérite donc toute l'attention des chirurgiens.

M. Berger a apporté trois cas de pérityphlite dans lesquels il est intervenu chirurgicalement et qui se sont terminés par la mort, puis un quatrième fait dans lequel l'abstention a été suivie d'une guérison. Il ne veut pas en conclure qu'il n'y a pas lieu d'intervenir dans ces cas.

Dans le premier, l'opération a été faite *in extremis*. Il s'agissait d'un malade présentant tous les signes d'une péritonite grave par perforation : ventre douloureux, ballonné, tympanique, sonore; facies péritonitique, fièvre ardente, pouls petit, incomptable, vomissements fécaloïdes. M. Berger pratique la laparotomie sur la ligne blanche; il s'écoule de la cavité péritonéale un liquide louche; dans la fosse iliaque droite existait une collection purulente; au milieu de pseudo-membranes il finit par découvrir l'appendice vermiculaire rouge, tuméfié; ne pouvant l'attirer au dehors, il se contente d'appliquer un drain, après avoir fait un lavage, puis de refermer le ventre. Le malade a succombé immédiatement après l'opération. Il s'agissait donc là d'un cas d'appendicite perforante ayant déterminé une péritonite généralisée mortelle.

Peu de jours après, M. Brissaud appelle M. Berger auprès d'un petit ouvrier présentant des signes de péritonite ou d'étranglement interne. Cinq jours auparavant, ce garçon, âgé de seize ans, avait été pris d'une douleur subite dans la fosse iliaque droite, bientôt suivie de vomissements. Au moment où M. Berger le vit, pour la première fois, cinq jours après le début des accidents, l'état de cet enfant était déjà grave ; ventre ballonné, sonore, facies abdominal, vomissements brunâtres fécaloïdes, suppression des matières et des gaz depuis le début des accidents; dans la fosse iliaque droite existait un engorgement, une tumeur manifeste non fluctuante. Le petit malade fut aussitôt transporté à l'hôpital et M. Berger fit une incision au niveau de la tumeur; il arriva aussitôt sur une énorme collection purulente en avant du cæcum, trouva un calcul stercoral et, en arrière du cæcum, une autre collection purulente. Il attira l'appendice vermiforme au dehors, l'excisa, fit une suture en bourse, une toilette péritonéale soigneuse et le drainage. Le malade succomba vingt-quatre heures après à des phénomènes de septicémie péritonéale. Il s'agissait encore là d'une perforation de l'appendice ayant amené une péritonite foudroyante. Comme dans le premier cas, l'intervention avait été trop tardive.

M. Duguet, quelque temps après, appelait M. Berger auprès d'un malade de son service atteint de pérityphlite. Deux ans et demi auparavant, ce malade avait eu une première poussée qui avait cédé à des vésicatoires, aux frictions mercurielles et aux opiacés. Il fut repris, il y a quelques jours, d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Malgré les opiacés, les émissions sanguines, les phénomènes s'aggravèrent : facies grippé, vomissements brunâtres; localement, on sentait une tumeur assez volumineuse, dure, mate, dans la fosse iliaque droite. M. Berger fit une incision en ce point, arriva sur une collection purulente, trouva un calcul stercoral et chercha l'appendice vermiculaire; mais il était tellement adhérent qu'il ne put l'amener au dehors et dut l'abandonner; il fit un lavage soigneux et le drainage. Après avoir éprouvé un grand soulagement, le malade succomba vingt-quatre heures après l'opération.

Il résulte de ces faits que, dans les appendicites avec perforation, il n'y a qu'une seule chance de salut : c'est l'intervention immédiate; mais celle-ci devient inutile quand la péritonite est confirmée.

La perforation est-elle un accident fréquent dans l'appendicite? Ne doit-on pas distinguer la pérityphlite de l'appendicite? Faut-il, dans les cas douteux et difficiles, traiter cette dernière comme si elle devait toujours aboutir à la perforation? M. Berger examine ces diverses questions et s'applique à y répondre. D'après une opinion récemment soutenue par M. Talamon, il n'y aurait pas de pérityphlite sans appendicite. M. Berger ne partage pas cette opinion et croit à l'existence de pérityphlites sans appendicite. L'intervention ne s'impose donc pas d'une façon absolue en vue d'une complication qui peut ne pas se produire.

Dans les appendicites elles-mêmes, il y a plusieurs variétés que M. Berger divise ainsi : 1° appendicites perforantes aiguës primitives; 2° appendicites perforantes subaiguës, avec adhérences; avec perforation dans une sphère d'adhérences constituant un abcès; 3° appendicites simples, sans perforation, avec production d'adhérences purement et simplement, affection récidivante, sérieuse, mais jamais mortelle; 4° colite appendiculaire présentant tous les phénomènes d'une appendicite, mais ces phénomènes sont passagers et disparaissent rapidement, correspondant, en somme, au passage d'un calcul stercoral. Quelle est la gravité relative de ces quatre variétés? Il n'y a aucun moyen, aucun caractère qui permette de distinguer la pérityphlite de l'appendicite. Parmi les appendicites elles-mêmes, il est extrêmement difficile de reconnaître celles qui sont perforantes de celles qui ne le sont pas. Roux (de Lausanne), dans un mémoire sur ce sujet, donne, comme signe important d'appendicite perforante, le début brusque par une douleur vive dans la fosse iliaque droite; en second lieu la diffusion immédiate des phénomènes, l'apparition rapide de phénomènes péritonéaux généralisés; en troisième lieu, enfin, l'existence d'une tumeur particulière très petite comme un simple calcul stercoral. Ce dernier signe est incertain, mais les deux premiers sont très importants. A côté de ces faits très graves où le diagnostic est possible de bonne heure, il y a des cas plus légers où le diagnostic est impossible. Est-il possible de prévoir la perforation, la formation d'un abcès ou la résolution? Certainement non, les éléments manquent absolument pour le pronostic. Un début subaigu n'exclut pas une perforation; un début brusque peut s'allier avec une terminaison par résolution. M. Berger en cite des exemples; c'est d'abord un malade pris assez gravement, dès le début, mais non de façon, cependant, à nécessiter une intervention. Quelques jours après, les phénomènes s'amendent et la guérison survient après des frictions

mercurielles, les émissions sanguines et l'emploi des opiacés. Il y a vingt ans, un parent de M. Berger est pris de pérityphlite bientôt suivie d'accidents péritonéaux généralisés; les troubles se localisèrent dans la fosse iliaque droite. La guérison survint après un mois ou six semaines. Mais le malade conserva pendant longtemps une douleur persistante dans la fosse iliaque droite, qui l'empêchait de marcher longtemps. Tous ces phénomènes ont fini par disparaître complètement et voilà plus de quinze ans que cette guérison se maintient. Il y a donc des cas très graves, dès le début, qui peuvent se terminer par une résolution complète et définitive. Si l'on interroge les médecins, on voit qu'il y a de nombreux cas de résolution temporaire ou définitive, nous ne savons pas dans quelle mesure.

En présence de ces incertitudes et de ces difficultés de diagnostic, quelle thérapeutique faut-il adopter? Dans les cas graves, il faut intervenir d'une manière précoce, aussitôt que l'on peut saisir des signes permettant de faire le diagnostic. Dans les cas légers, il faut s'abstenir. Dans les cas moyens, on ne peut intervenir dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures, à cause des faits nombreux de résolution spontanée. On est alors réduit à une expectation limitée. Quand il y a une pérityphlite véritable, si, après quarante-huit heures, il y a une aggravation des phénomènes locaux et généraux, il ne faut plus hésiter à intervenir entre le second et le troisième jour. Si l'on intervient le cinquième ou sixième jour, il est trop tard.

Il reste à déterminer la mode d'intervention. Dans la grande majorité des cas, c'est à l'incision latérale, c'est-à-dire dans la fosse iliaque droite qu'il faut avoir recours. Il faut réserver l'incision médiane pour les cas de péritonite généralisée. Les ponctions exploratrices doivent être rejetées d'une façon absolue. Si l'on doit intervenir, c'est par l'incision avec le bistouri. Il n'est pas toujours possible d'attirer l'appendice au dehors; on peut quelquefois y parvenir en attirant le cæcum lui-même au dehors. Toutefois, il faut éviter les recherches prolongées, et, dans les cas où on ne trouve pas immédiatement l'appendice, se contenter de laver et de drainer.

M. RICHELOT. L'appendicite est plus difficile encore à diagnostiquer chez la femme, en raison de sa confusion possible avec les lésions des annexes de l'utérus. Pour peu que le cas présente quelque gravité, il est partisan d'une intervention précoce. Il vaut mieux agir trop vite que de laisser mourir les malades par abstention. Aussitôt qu'il s'agit de phénomènes aigus et graves d'emblée, il faut intervenir, sans même attendre la fluctuation; c'est le seul moyen d'éviter les adhérences, la formation d'abcès, la péritonite généralisée et les récidives. M. Richelot cite plusieurs exemples à l'appui de sa manière de voir; il rapporte l'observation d'une jeune femme de vingt ans, soignée par trois médecins qui ont voulu attendre, et qui est arrivée mourante à l'hôpital. Il a lui-même récemment observé une jeune fille de dix-huit ans qui, depuis quelque temps, était malade au moment de ses époques. Elle entre à l'hôpital avec des signes de lésions ovariennes franchement inflammatoires; comme il s'agissait d'une vierge, comme il n'y avait aucun trouble intestinal, les signes étaient difficiles à interpréter. L'affection devenant de plus en plus grave, M. Richelot fit, le 8 juillet 1890, une laparotomie; il pratiqua l'incision sur la ligne médiane, trouva un ovaire droit sain, normal, de nombreuses adhérences épiploïques; il constata l'existence d'un cylindre fluctuant et arriva sur l'appendice vermiforme, étroit, accolé à la trompe et à l'ovaire. Il put peu à peu l'énucléer, lier et exciser après avoir fait trois points de suture et avoir réintégré la trompe et l'ovaire. L'appendice était rempli de pus. L'ovaire gauche était le siège d'un petit kyste séreux qui fut excisé. La fièvre tomba après l'opération et la guérison ne se fit pas attendre. L'appendice, chez cette malade, était transformé en un abcès enkysté. L'affection datait de dix-huit mois. La lésion étant intimement liée aux annexes, cela devait donner le change pour le diagnostic. Le diagnostic d'appendicite est donc plus difficile encore chez la femme que chez l'homme.

Au point de vue du siège de l'incision, M. Richelot préfère l'incision médiane qui mène à tout. Il reconnaît toutefois les avantages de l'incision latérale dans les cas où le diagnostic est précis. Il termine par les conclusions suivantes :

1° Le diagnostic de l'appendicite est plus difficile chez la femme que chez l'homme;

2° Il faut penser à cette affection, même quand il y a douleur également du côté gauche;

3° L'intervention chirurgicale doit être hardie et précoce.

M. ROUTIER a observé récemment un cas où le diagnostic était également difficile et où il n'a pas été fait. Il s'agissait d'un jeune homme qui avait été pris d'une douleur vive et brusque dans l'hypochondre gauche. Il n'y avait plus eu, depuis ce moment, d'évacuation intestinale, ni de matières, ni de gaz; douleur vive, facies anxieux, température 38 degrés, ventre ballonné, douloureux. La vessie et le rectum étaient vides. Le diagnostic fut : péritonite, sans cause appréciable. Glace sur le ventre, opium, lavement électrique. On croyait avoir affaire à une obstruction, dont le siège était haut situé. Ce jeune homme fut transporté à l'hôpital où il eut une débâcle abondante, dix selles en quelques heures. Il y eut de l'amélioration. Trois jours après, il fut pris de vomissements violents, de selles diarrhéiques et succomba.

A l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée, avec un appendice perforé. Si la douleur avait été à droite au lieu d'être à gauche, on aurait pu penser à une appendicite et, en réséquant l'appendice, on aurait pu sauver ce malade. Il faut donc serrer le diagnostic, agir le plus promptement possible et, dans ces cas, recourir à l'incision latérale.

COMMUNICATION

Résection des veines variqueuses. — M. CERNÉ lit un travail sur l'ablation d'un paquet variqueux dans un cas de vaste ulcération variqueuse de la jambe. (Rapp. M. Quénu).

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Carie des parois du sinus sphénoïdal. — M. QUÉNU présente un malade qui était atteint, depuis plusieurs années, d'une suppuration aboutissant au milieu du nez. Deux opérations successives, pratiquées sur le nez, furent suivies de récidives. M. Quénu fit alors une incision sur la paroi latérale du nez, la rabattit, incisa la pituitaire et arriva ainsi jusqu'aux parois du sinus sphénoïdal; il plaça un drain dans ce sinus, en le faisant ressortir par la fosse nasale, remit le nez en place. Le malade guérit et sa guérison date aujourd'hui d'un an.

Encéphalocèle. — M. PICQUÉ présente un enfant nouveau-né qu'il a opéré d'une encéphalocèle (sera publié).

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Médecins américains.

A la suite d'un livre de M. S. V. Clevenger, consacré à l'étude de la commotion spinale, se trouve un chapitre intitulé : « Considérations médico-légales. » L'auteur y juge avec une grande sévérité les médecins et les écoles des États-Unis. Un Américain seul pouvait se permettre un réquisitoire aussi dur : nous lui en laissons toute la responsabilité.

Si M. Clevenger n'a pas trop poussé les choses au noir; s'il n'a pas trop forcé la note pessimiste, on doit penser que, s'il y a aux États-Unis des praticiens instruits et honorables, des savants de premier ordre, la moyenne est déplorable tant au point de vue du savoir que de la conscience professionnelle.

Tout n'est pas parfait chez nous, même en fait de médecine; mais nous aurions beaucoup à descendre pour en venir au même

point. La politique et la médecine ont l'air de se traiter là-bas d'après les mêmes principes.

M. Clevenger déplore l'insuffisance des médecins appelés devant les tribunaux en qualité d'experts. Rien d'étonnant à cela, si l'on considère le piteux état de la plupart des écoles. Les examens d'entrée sont si élémentaires qu'un enfant de dix ans les subirait avec succès.

Obtenir le plus rapidement possible son diplôme est le seul but de cet étudiant, si mal préparé par son instruction première. Qu'il puisse formuler quelques prescriptions, et il abordera la clientèle sans hésiter. Il se soucie fort peu d'être réellement instruit; on lui enseigne, du reste, fort mal l'anatomie et la pathologie. Les sciences accessoires sont tout à fait négligées.

Sur les 227 écoles qui existent aux États-Unis et au Canada, 30 seulement exigent un stage de trois ans; dans certaines d'entre elles, la durée des études ne dépasse pas QUATRE MOIS!!

Grâce à l'organisation de ces fabriques de diplômes et de diplômés, on lâche chaque année par le monde 5000 prétendus médecins qui pourront, dès lors, comme le dit le professeur Adams, exercer leur ignorance sur l'humanité.

Les écoles se fondent par souscription; tout souscripteur peut devenir professeur; il suffit de verser une somme donnée.

La grande occupation des élèves, c'est de rabattre les malades vers le cabinet du professeur; les diplômes servent à payer leurs bons offices. Plus tard, devenus eux-mêmes praticiens, ils amèneront à leurs maîtres d'autant plus de consultants qu'ils seront capables de rendre justice à leur propre ignorance.

Tandis qu'en Europe, le titre de professeur implique une grande honorabilité et une science consommée, on trouve dans les chaires américaines « des médecins politiciens, médiocres et ignorants, dont les leçons sont des exposés de leur vanité, remplis de solécismes et d'argot médical.

Ce serait une erreur pour un juge que de choisir un expert parmi les professeurs de nos écoles, si ce juge présume que ce titre est une preuve de science.

C'est par hasard qu'on rencontre des médecins distingués parmi les médecins des hôpitaux, ou des asiles, car ces places sont obtenues par l'intrigue et grâce aux sommes versées entre les mains des hommes politiques. »

Quelle impartialité, quelle lumière attendre de semblables personnages dans les affaires médico-légales? Le médecin appelé devant les tribunaux ignore souvent à fond les sujets soumis à son étude et à son appréciation. Il est, en général, le serviteur aveugle de l'autorité et des puissances. Non seulement il ne sait pas, mais il n'a même pas l'ignorance impartiale. Aussi arrive-t-il que le gain du procès est attribué aux gros bataillons. Celle des deux parties remporte la victoire qui a fait comparaître le plus grand nombre de médecins devant le tribunal. Personne ne voit que l'avis d'un seul médecin instruit, compétent et honnête, vaudrait mieux pour éclairer la justice que les affirmations contraires d'ignorants plus ou moins diplômés, plus ou moins qualifiés.

Dans un semblable milieu on voit éclore et s'épanouir en pleine efflorescence un charlatanisme éhonté. Connaissez-vous le médecin orificialiste? « Il y a dans cette ville un médecin spécialiste qui se dit orificialiste; il gagne 25000 dollars (125000 francs) par an. Il soigne la goutte, le rhumatisme, les maladies nerveuses et mentales par la chirurgie rectale, et le monde afflue chez lui. Il a une grande notoriété comme spécialiste pour le traitement des maladies nerveuses et mentales. Il s'est fait payer 3000 dollars (15000 francs) pour faire une dilatation du rectum à une hystérique; il soigne aussi la sclérose latérale amyotrophique en pratiquant des incisions du sphincter anal. »

Go ahead! Brave oncle Sam!

Les accidents de la succion. — Sous ce titre, on lit, dans le dernier numéro de la *Médecine moderne*, une note du docteur Klein. Il s'agit de la circoncision, ce que le titre n'indique pas suffisamment. On sait que, d'après les rites anciens, l'opérateur doit terminer le sanglant baptême du nouveau-né israélite par la succion buccale. Le docteur Klein est d'avis qu'il n'y pas de raison pour renoncer à cette pratique. On a accusé la succion d'exposer le jeune circoncis à la transmission de maladies contagieuses, la syphilis, la tuberculose. Le danger est très exagéré, d'après M. Klein; il se demande même s'il existe. Dans les cas que l'on a cités de tuberculose ainsi inoculée, l'enfant était tuberculeux déjà, par hérédité, et la tuberculose n'a fait que se localiser sur la plaie pénienne.

Que l'on suce des plaies produites par la morsure d'un reptile ou d'un chien enragé, rien de mieux, puisqu'on peut n'avoir rien d'autre à sa disposition. En résulte-t-il que l'on doive panser par la salive des plaies intentionnellement faites?

Pour que la succion qui termine la circoncision soit acceptée, considérée comme chose naturelle, il faut qu'elle ait été donnée comme une institution religieuse devant laquelle on se courbe avec toute la sincérité de la foi. Là où le croyant s'incline, le chirurgien doit-il aussi s'incliner? A nous, profanes, la succion paraîtra toujours chose singulière, d'aspect peu religieux. Comme médecin, il nous sera difficile de l'accepter comme une manœuvre sans danger pour l'opéré, sinon pour l'opérateur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 17 octobre 1890, M. Guibal, médecin aide-major de première classe au 1er spahis, a été désigné pour le 1er bataillon de chasseurs à pied, par permutation avec M. le médecin aide-major de première classe Beno.

— Un certain nombre de jeunes gens, appelés à ne faire qu'une année de service militaire, ont demandé à faire leur service dans les villes où leurs études les retiennent. Le ministre de la Guerre a refusé cette autorisation et décidé que les jeunes gens appelés pour un an sous les drapeaux seront incorporés dans les subdivisions de la région où ils auront tiré au sort.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Caubet, directeur, est maintenu, pour trois ans, dans lesdites fonctions, à partir du 1er novembre 1890.

— Le 16 octobre dernier a eu lieu à Lille, l'inauguration d'un hôpital d'enfants, annexé à l'Université libre de Lille. M. le docteur Augier est nommé médecin de cet hôpital, qui prend le nom de « Saint-Antoine de Lille ».

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jean-Louis Bremond, médecin honoraire de l'asile national de Vincennes, décédé à Paris dans sa soixante-dix-septième année.

— Le prix du docteur Blache vient d'être décerné à M. le médecin de première classe de la marine Le Dantec; des témoignages de satisfaction à MM. les médecins de première classe Castellan et Ortal, et à M. le pharmacien principal Porte.

— Le Congrès de médecine mentale se tiendra, en 1891, à Lyon. MM. les docteurs Max-Simon, A. Carrier, H. Coutagne, Brun et Chaumier sont chargés de centraliser les documents.

— M. le docteur Brun, médecin-adjoint, est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bron, en remplacement de M. Max-Simon, qui prend sa retraite.

— M. le docteur Tournay, agrégé-suppléant, est nommé chef de service à la Maternité de Bruxelles.

— La *Gazette des hôpitaux* a publié, en 1887 (nos 35, 38, 42 et 46), une série d'articles sur les appareils à fracture en zinc laminé du docteur Raoult-Deslongchamps. Ce travail, qui n'était que le résumé de l'ouvrage de l'inventeur, édité en 1882 par MM. Baillière et fils, qui avaient bien voulu nous prêter leurs planches, fut très favorablement accueilli par les lecteurs de la *Gazette*, et contribua, dans une certaine mesure, à faire adopter ces appa-

reils par les ministères de la Marine et de la Guerre, la Société de secours aux blessés militaires, etc., et à vulgariser leur usage qui, de jour en jour, tend à se généraliser, non seulement en France, mais encore à l'étranger.

Le service de santé de l'armée (7e direction), qui a enfin obtenu son autonomie complète et a maintenant sous sa direction, non seulement le personnel de santé, mais encore le matériel qui, jusqu'ici, était resté dans les attributions de l'intendance militaire, fait mettre en adjudication, pour la fin du mois d'octobre, une très importante fourniture de matériel, d'ustensiles et d'objets de pansement, etc., pour l'approvisionnement des ambulances et hôpitaux militaires. En parcourant le cahier des charges, nous avons été heureux d'y constater la demande de 36000 appareils Raoult-Deslongchamps en zinc laminé : 18000 pour la cuisse, 9000 pour la jambe et 9000 pour le membre supérieur. Ces appareils, tout fabriqués d'avance et prêts à être appliqués, sont destinés à remplacer les appareils à attelles et à coussins, les grossières gouttières en fil de fer, le plâtre, etc., dont nos magasins sont encombrés et dont l'emploi a été si justement critiqué et si sévèrement condamné par MM. Chauvel et Nimier, dans leur excellent traité de chirurgie de guerre, récemment paru.

— Un concours, pour un emploi vacant de chef titulaire de clinique chirurgicale, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 17 novembre 1890, à neuf heures du matin.

— Le lundi 15 décembre 1890, à midi précis, s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, rue Lobau, 2, un concours pour la nomination à trois places d'internes titulaires en médecine des établissements d'aliénés du département de la Seine.

Le registre d'inscriptions restera ouvert, à la Préfecture de la Seine, bureau des aliénés, 2, rue Lobau, de onze heures à quatre heures, du jeudi 13 au samedi 29 novembre 1890 inclusivement.

— Le lundi 8 décembre 1890, à une heure précise, il sera ouvert à l'Asile clinique (Sainte-Anne), rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination dans lesdits établissements à quatre places d'internes titulaires en pharmacie.

Le registre d'inscriptions restera ouvert, à la Préfecture de la Seine, bureau des aliénés, 2, rue Lobau, de onze heures à quatre heures, du jeudi 6 novembre au samedi 22 novembre 1890 inclusivement.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques d'histologie du premier semestre commenceront, sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux, le samedi 15 novembre 1890, et se continueront les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de deux heures et demie à quatre heures de l'après-midi (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine).

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires pendant le semestre d'hiver, pour tous les élèves de première année.

MM. les étudiants seront convoqués individuellement par une lettre spéciale.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur de Lacaze-Duthiers commencera le cours de zoologie, anatomie et physiologie comparée le mardi 4 novembre à trois heures et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera des organes et des fonctions de relation.

— MM. les docteurs Calmettes, Lubet-Barbon et Alfred Martin, commenceront un cours particulier de laryngologie, rhinologie et otologie, le mardi 4 novembre, à une heure. — La durée du cours sera de deux mois.

Pour les conditions, s'adresser à la clinique, 19, rue des Grands-Augustins, les mardis, jeudis et samedis, de deux à quatre heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 122. — JEUDI 23 OCTOBRE 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 23 OCTOBRE 1890. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. D. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Lorsque, dans la dernière séance, M. Dujardin-Beaumetz a déposé sur le bureau la note de M. Decroix, relative à l'influence de l'abus du tabac sur la dépopulation, une voix s'est élevée pour faire entendre cette simple objection : « Et l'Allemagne ? » M. Lagneau a repris, à son tour, l'objection et a rappelé l'opinion qu'il avait déjà émise, en 1881, à ce sujet. Il a ensuite répondu à M. Rochard et s'est plu à reconnaître l'accroissement notable de notre population en 1889, constatée dans la dernière statistique publiée par le *Journal officiel*. Cet accroissement est dû surtout au faible nombre des décès ; la nuptialité et la natalité continuent à décroître, et il en résulte que nos conditions démographiques sont encore loin d'être bonnes.

Au début de la séance, la parole a été donnée à M. de Valcourt (de Cannes), pour la lecture d'une note sur les mesures prophylactiques adoptées, en France et aux États-Unis, pour combattre la propagation des maladies contagieuses. Il résulte de la comparaison qu'a faite M. de Valcourt de ce qui se passe chez nous avec ce qui se fait en Amérique, que nous avons encore bien des progrès à réaliser dans cette voie.

La fin de la séance a été consacrée à la lecture de rapports de prix dont, suivant l'habitude, les conclusions ont été discutées en comité secret.

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE. — M. G. PHOCAS.

Torticolis musculaire; son traitement; ténotomie à ciel ouvert.

La méthode antiseptique, après avoir chassé des salles hospitalières toutes les causes d'infection et aplani d'une façon merveilleuse les suites opératoires, a eu pour résultat d'encourager les chirurgiens à entreprendre des opérations jugées jusqu'alors téméraires ou inutiles. Et, par un retour inattendu, on a été amené peu à peu à employer les vieux procédés opératoires qui étaient tombés en désuétude, à cause de leur caractère radical. L'orthopédie a reçu, de ce chef, une véritable poussée en avant. Une grande quantité de procédés opératoires ont été mis en exécution pour guérir le genu valgum ; on n'a pas craint d'ouvrir l'articulation du genou et de sectionner les condyles du fémur, d'ailleurs sains. Il était naturel de se comporter de la même façon à l'égard des tendons et des muscles. La ténotomie sous-cutanée fut, sans doute, une grande découverte, elle a permis de réaliser l'antisepsie, à une époque où celle-ci n'était pas découverte, en recouvrant, d'un pansement occlusif formé par la peau restée intacte, la plaie tendineuse. Ce résultat n'était naturellement obtenu qu'au prix de certains sacrifices. Avec l'antisepsie, il semblerait que l'ouverture et la fermeture de la peau ne devraient plus être qu'une question insignifiante. Et, cependant, les mêmes chirurgiens qui préconisent, avec juste raison, les opérations sur les os pour une difformité osseuse, et qui n'hésitent pas, le cas échéant, à ouvrir pour cela largement la peau, paraissent hésiter quand il s'agit d'aller sectionner franchement la même peau pour découvrir un tendon. Je sais bien que la question n'a pas été posée de cette façon, mais je crains fort que, sous les arguments produits en faveur de la méthode sous-cutanée, il ne se cache quelque peu de respect pour la vieille méthode.

Toujours est-il que l'ostéotomie avait pris droit de domicile depuis longtemps dans la chirurgie, avant que la ténotomie antiseptique à ciel ouvert eût fait ses premiers pas. Et, il faut bien l'avouer, ce n'est qu'avec circonspection, que ces pas ont été franchis par Volkmann. Ce chirurgien, n'ayant pas été satisfait de la ténotomie sous-cutanée dans certains cas de torticolis grave et invétéré, a eu l'idée de sectionner la peau et de procéder à la section tendineuse à ciel ouvert. Ces tentatives furent couronnées de succès. Volkmann, en préconisant cette opération, n'a pas eu en vue de détrôner la ténotomie sous-cutanée, mais tout simplement de guérir certains torticolis, incurables par la méthode sous-cutanée. Il a naturellement profité de la méthode antiseptique pour conduire à bien son opération, mais ce ne fut pas la méthode antiseptique qui lui dicta sa conduite. A la suite de Volkmann, nous voyons une grande quantité de chirurgiens s'engager dans la même voie. Lorenz, Heincke, Billroth, en Allemagne, Bradfort et Keetler, en Angleterre, MM. Kirmisson, Lannelongue, Levrat et beaucoup d'autres chirurgiens, en France.

A M. Kirmisson revient le mérite d'avoir vulgarisé le premier la ténotomie à ciel ouvert en France. Ce chirur-

gien publia, dans le *Bulletin médical* (20 mars 1889), une leçon clinique où il exposait la méthode et donnait une nouvelle observation. Il s'agissait d'un garçon âgé de quatorze ans, atteint d'un torticolis classique, avec la tête fortement inclinée vers l'épaule droite, d'une hémi-atrophie de la face, et d'une rétraction du sterno-mastoïdien. Une incision parallèle à la clavicule mit à découvert le muscle, qui fut divisé sur une sonde cannelée. Il eut ensuite à couper une grande quantité de brides tendineuses profondes. Suture de la peau sans drainage, pansement iodoformé. La réunion fut parfaite. Le malade fut guéri rapidement et présenté à la Société de chirurgie.

Deux ans auparavant, M. le professeur Lannelongue eut à pratiquer la même opération chez un enfant de son service, dans les circonstances suivantes (1). Il s'agissait d'un torticolis congénital droit, le sterno-mastoïdien droit était raccourci, dur et fibroïde ; par la palpation, on sentait la carotide primitive droite, par moment appliquée si exactement à la face profonde du muscle, que l'on pouvait croire à une adhérence du vaisseau, due peut-être à une inflammation ancienne de la gaine du sterno-mastoïdien. Une incision de la peau permet d'arriver sur le chef sternal et de le sectionner. Guérison. Après deux mois, toute déviation a disparu.

Bradfort rapporte (2) deux autres observations qui ont été suivies du même résultat heureux.

Dans la discussion à la Société de chirurgie, de nouveaux faits ont été produits par MM. Jalaguier, Lucas-Championnière, Quénu (3).

M. Quénu a opéré, à ciel ouvert, une fille de deux ans et demi, chez laquelle existait un torticolis congénital très marqué, avec tension des deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien. Il a été étonné de l'épaisseur et de la largeur des fibres claviculaires dégénérées. D'autre part, en coupant le chef sternal, il a ouvert une grosse veine qu'il ne voyait pas, a pu jeter facilement sur elle une pince hémostatique, puis un fil, mais une plaie sous-cutanée eût pu causer des accidents graves. Grâce à un pansement aseptique simple, la réunion a été complète. Le redressement et les mouvements de la tête sont parfaits, sans l'intervention d'aucun appareil.

M. Jalaguier a eu recours une fois à l'incision à ciel ouvert sur une fille de quinze mois, chez laquelle il existait une anomalie de la jugulaire externe. Il a obtenu la réunion immédiate, et néanmoins la cicatrice est devenue difforme.

La discussion précédente s'est engagée à la suite du rapport de M. Kirmisson sur une note que j'avais adressée à la Société. Voici mon observation :

Le nommé G... (Jules), âgé de six ans, est venu, le 10 mars 1890, à la consultation externe de l'hôpital Saint-Sauveur, avec un torticolis chronique.

Le début de la maladie n'a pu être précisé. La mère se rappelle toujours son enfant avec la tête inclinée à gauche. Mais, dans ces derniers temps, la difformité a augmenté.

Il s'agit d'un enfant bien portant et bien conformé, n'ayant jamais eu de convulsions, ni aucune maladie sérieuse, sauf une rougeole en bas âge. Il est frère de six enfants, tous bien portants.

La tête est inclinée à gauche. La face est en légère rotation du côté opposé. L'épaule gauche est élevée. Le menton est en avant et à droite. Le cou, du côté gauche, est raccourci, concave. Il est allongé et convexe à droite. Il existe une légère courbure de compensation de la colonne vertébrale. Il n'y a pas d'asymétrie appréciable de la face, ni de troubles oculaires.

A la palpation, on constate une saillie du sterno-mastoïdien gauche, dont le chef sternal devient tendu, comme une corde rigide, pendant les tentatives de redressement. Le chef claviculaire devient alors apparent. Le sterno-mastoïdien droit est flasque. Les apophyses épineuses de la colonne vertébrale ne sont pas douloureuses. Il n'y a pas de tuméfaction de ce côté. Les tentatives de redressement sont légèrement douloureuses et la petite correction qu'on obtient, de la sorte, est vite perdue.

Le 20 mars 1890, après avoir donné le chloroforme, j'ai constaté l'irréductibilité de la déformation, sous le sommeil anesthésique. J'ai procédé, séance tenante, à l'opération suivante :

Après avoir lavé la peau à l'eau savonneuse et au sublimé, j'ai fait une incision de 2 centimètres et demi à 3 centimètres le long du tendon saillant du chef sternal, à un petit travers de doigt au-dessus de la clavicule. Après avoir coupé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, j'ai fait écarter les bords et je suis arrivé rapidement sur le tendon, que j'ai dénudé. Prenant alors une sonde cannelée, légèrement recourbée, j'ai chargé le tendon sur la sonde et je l'ai incisé. Une fois ce tendon incisé, je me suis trouvé en présence d'une plaie profonde, au fond de laquelle il existait encore un autre faisceau tendineux, qu'il a fallu couper au bistouri. La correction obtenue m'a paru très suffisante ; cependant, j'ai senti une petite résistance du côté du chef claviculaire du muscle, que j'entamais partiellement. La plaie n'a saigné que très médiocrement ; je n'ai pas eu de vaisseaux à lier. Elle fut touchée avec la solution phéniquée forte, lavée au sublimé et suturée à l'aide de quatre points de suture au fil d'argent. Pas de drainage. Le pansement a consisté dans la gaze iodoformée et une couche d'ouate.

La tête se redressa très bien, malgré la légère saillie que faisait encore la portion claviculaire du muscle.

Le redressement fut maintenu à l'aide d'un appareil de Sayre, confectionné de la manière suivante : Une bande de flanelle entoure la tête ; par-dessus cette bande, quelques circulaires de diachylon fixent l'extrémité supérieure d'un tube en caoutchouc qui, par son extrémité inférieure, vient entourer l'épaule gauche et s'enrouler autour du thorax.

La correction obtenue de cette façon était *complète*. J'ai souvent vu des appareils placés immédiatement après la ténotomie sous-cutanée et j'ai été témoin de la force déployée pour arriver à un résultat, qu'une simple bande de caoutchouc obtenait si facilement chez l'enfant qui a subi la ténotomie à ciel ouvert.

Les suites opératoires furent très simples. L'enfant fut transporté chez lui. Je n'ai pas cru devoir l'hospitaliser pour une si petite opération.

Le lendemain, j'allai le voir. Il a un peu souffert la nuit, mais il n'a pas eu de fièvre et le pansement est en bon état.

Le quatrième jour de l'opération, l'enfant est venu à l'hôpital, à pied, j'ai enlevé les points de suture. Réunion immédiate sur toute la ligne. La correction est parfaite.

Le dixième jour, l'appareil de Sayre fut remplacé par une minerve en cuir moulé, que je fis faire par excès de précaution, car j'aurais pu m'en dispenser.

L'enfant a conservé deux mois son appareil. Depuis, il est venu me voir et j'ai cru devoir le délivrer, puisque la tête se maintenait droite.

La cicatrice est tellement petite, qu'elle n'eût pas défiguré une jeune fille coquette. A plus forte raison, elle est insignifiante pour un garçon. Elle mesure à peine 1 centimètre et ne s'est pas agrandie.

Les chirurgiens qui ont pris part à la discussion de la Société de chirurgie, ainsi que ceux qui ont pratiqué des opérations de ce genre, peuvent être divisés en deux catégories :

Les uns admettent la ténotomie à ciel ouvert, dans cer-

(1) Ducurtil. *De la ténotomie à ciel ouvert*, 1889, Obs. de Demons.
(2) Bradfort. *Boston Med. and Surg.*, f. 1888, nº 12.
(3) Société de chirurgie, 25 juin et 2 juillet 1890.

tains cas déterminés. Ils croient que l'opération a ses indications particulières. Quelques-uns vont jusqu'à la considérer comme un *pis aller*.

Les autres, comparant franchement la ténotomie à ciel ouvert à la ténotomie sous-cutanée, n'hésitent pas à donner la préférence à la première.

Pour les premiers, je dois citer : MM. le professeur Verneuil, Tillaux, Berger et Jalaguier. Chacun d'eux remarque, du reste, une indication particulière pour préférer une ténotomie plutôt que l'autre. Ainsi M. Verneuil reconnaît que la section du chef sternal est facile par l'ancienne méthode, mais il préconise la ténotomie à ciel ouvert, quand il s'agit d'attaquer le chef claviculaire. Du reste, cette dernière nécessité est presque constante pour lui. On le voit, la ténotomie à ciel ouvert peut compter M. Verneuil parmi ses partisans. M. Berger fait de grandes réserves quand il s'agit de jeunes filles. Il ne trouve, en somme, qu'une contre-indication à la ténotomie à ciel ouvert : la *cicatrice*.

M. Jalaguier s'associe aux réserves de M. Berger et ne paraît admettre la méthode à ciel ouvert que dans les cas d'anomalies, où le chirurgien n'est pas sûr de mener à bonne fin une opération sous-cutanée.

En somme, M. Verneuil admet l'opération à cause de *son efficacité*, M. Jalaguier, à cause de *sa sûreté*, et M. Berger, tout en ne contestant pas ses avantages, craint ses *inconvénients*.

Avec MM. Verneuil, Lucas-Championnière, Kirmisson, je crois qu'il faudrait admettre la ténotomie à ciel ouvert dans la grande majorité des cas, car cette opération est efficace, sûre, et exempte d'inconvénients.

Elle est efficace, et, à ce point de vue, la ténotomie sous-cutanée ne soutient pas la comparaison. Il existe des torticolis anciens, invétérés, que nulle ténotomie sous-cutanée ne parvient à redresser. Les exemples de Volkmann sont là pour prouver cette assertion. A côté de ces faits que nul ne conteste, il existe une catégorie de torticolis qui paraissent, au premier abord, devoir céder à la ténotomie sous-cutanée, mais comme l'a dit M. Kirmisson, plus souvent qu'on ne pense, le muscle est saillant, entouré de feuillets épais et mal limités. Du reste, on n'a qu'à parcourir les observations. On verra toujours le chirurgien, qui s'est décidé pour une opération radicale, s'applaudir de son entreprise, et déclarer que, s'il ne l'avait pas employée, la correction eût été très difficile.

Même dans les cas faciles, où la ténotomie sous-cutanée aurait pu être employée, la correction est plus rapide, la durée du port d'appareil plus courte quand on a sectionné le muscle à ciel ouvert. Les observateurs sont aussi unanimes à déclarer cette particularité. Le jour où on dressera une statistique de la durée du traitement post-opératoire chez les opérés par la vieille méthode, et chez ceux qui ont été opérés à ciel ouvert, tout fait prévoir que l'avantage restera à la ténotomie à ciel ouvert. On ne publie pas beaucoup les observations des ténotomies sous-cutanées pour torticolis, mais on n'a qu'à en recueillir quelques-unes et on arrivera rapidement à se convaincre qu'il faut des mois et quelquefois des années pour arriver à la correction par cette méthode, tandis qu'il faut quelques semaines, tout au plus un ou deux mois, pour arriver au même résultat avec la nouvelle méthode.

La *ténotomie à ciel ouvert* est beaucoup *plus sûre* que la ténotomie sous-cutanée. Sans doute, les accidents dus à cette dernière sont rares. Je veux bien admettre qu'on les a exagérés un peu. Mais enfin, on ne niera pas qu'ils existent, et qu'ils peuvent, par conséquent, se représenter à la première occasion. C'est même pour éviter ces accidents que des chirurgiens, rompus dans la méthode sous-cutanée, et ayant acquis dans cette méthode le tour de main que tout le monde ne possède pas, se sont vus forcés de l'abandonner dans un cas particulier. M. Lannelongue s'est comporté de cette façon en présence d'une carotide qui battait trop près du tendon et M. Jalaguier a fait une incision à la peau, dès qu'il eut constaté l'existence d'une anomalie. Mais ces anomalies vasculaires sont-elles toujours possibles à prévoir ? M. Quénu aurait-il prévu que, sous le chef sternal, il existait une grosse veine, et s'il avait fait la ténotomie sous-cutanée, l'aurait-il épargnée ? Pour mon compte personnel, j'aime mieux voir ce que je fais, que de courir le risque de blesser des choses invisibles et impalpables.

La ténotomie à ciel ouvert, nous dit-on, présente *des inconvénients*. Voyons en quoi ils consistent. Ces inconvénients sont relatifs à l'opération et aux suites post-opératoires. Pendant l'opération, on est forcé de se conformer aux règles de l'antisepsie la plus rigoureuse. Mais quel est donc le chirurgien qui ne se comporte pas de même quand il pratique une ténotomie sous-cutanée ?

Que l'opération soit sous-cutanée ou cutanée, sous peine de voir des accidents apparaître, on est forcé de se conformer aux préceptes de l'antisepsie.

Les suites post-opératoires sont la *suppuration*, la *cicatrice difforme*, qui paraît être le principal inconvénient de l'opération.

Il faut encore se rappeler que la suppuration est nulle, quand on s'est conformé à la méthode antiseptique.

Quant à la cicatrice, je veux bien qu'elle soit disgracieuse au cou d'une jeune fille. Mais la fille la plus difficile vous répondra certainement qu'elle aimerait mieux avoir un cou droit avec une cicatrice, qu'un cou tordu et vierge de toute cicatrice. Or, si le moyen le plus efficace de lui rendre la rectitude du cou est de faire la ténotomie à ciel ouvert, et si, par-dessus le marché, ce moyen se trouve être le plus commode et le plus inoffensif, croyez-vous qu'il n'y a pas lieu de l'employer, même dans ce cas ? Je ne dis pas que, toutes choses égales d'ailleurs, il n'y a pas lieu de songer à la possibilité d'une cicatrice difforme et de prendre cet élément en considération, quand il s'agit d'une jeune fille, mais je prétends que cet élément est secondaire et ne suffit pas, à lui seul, à condamner la ténotomie à ciel ouvert dans le torticolis musculaire.

Poussons donc la prévoyance jusqu'à admettre une ténotomie sous-cutanée chez des jeunes filles qui présenteront un torticolis susceptible d'être guéri facilement par ce moyen de traitement, c'est-à-dire un torticolis dans lequel il n'y a que le chef sternal qui est rétracté. Je serais même disposé à faire une autre concession : la réunion immédiate est incontestablement plus difficile à obtenir chez les tout jeunes enfants de un à deux ou trois ans. Dans ces cas, si on était forcé d'opérer, on pourrait recourir à la ténotomie sous-cutanée.

Voyons la durée du traitement opératoire (je ne parle pas du traitement orthopédique). Cette durée n'est pas plus longue dans la ténotomie sous-cutanée que dans celle qui est faite à ciel ouvert. Il faut trois à quatre jours pour que la plaie du ténotome soit cicatrisée. Il faut autant de jours pour arriver à une réunion immédiate antiseptique.

En somme, ce traitement du torticolis n'est pas plus

long que l'autre. Il peut être exécuté sans hospitaliser les malades, de même qu'on a pratiqué souvent la ténotomie sous-cutanée, sans faire entrer le malade à l'hôpital.

Et si je veux me résumer : je trouve, d'un côté, une opération en général facile, mais qui peut présenter, dans certains cas rares, mais impossibles à prévoir d'avance, de graves accidents, qui guérit bien en tant qu'opération, mais qui nécessite un long traitement orthopédique post-opératoire, et qui n'arrive pas toujours à corriger la difformité.

D'un autre côté, je me trouve en présence d'une opération, au moins aussi facile que la première, mais qui ne peut présenter aucun accident opératoire immédiat, qui nécessite un traitement orthopédique plus court que la première, pour corriger la difformité, qui la corrige toujours, même dans les cas invétérés, et qui, cependant, pourrait, dans certains cas déterminés, occasionner une cicatrice disgracieuse. Je n'hésite pas à préférer cette dernière opération, et, avec les restrictions que j'ai faites, je donnerais volontiers la préférence à la ténotomie à ciel ouvert dans le traitement du torticolis musculaire.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'isolement.

Dans le traitement de certains états morbides, l'hygiène tient une place plus importante encore que les prescriptions médicamenteuses. L'hygiène morale, dans certains états névropathiques, peut devenir un élément capital de guérison. L'isolement est un des moyens les plus actifs dont puisse se servir le médecin, dans cet ordre d'idées.

Nous ne voulons pas parler de la médecine mentale, du traitement des vésanies : ce serait nous engager sur un terrain particulier qui ne nous est pas familier. A côté des psychoses qui sont du domaine de l'aliénation mentale, il est des états cérébraux, d'observation fréquente, dans les villes surtout, qui réclament un traitement moral autant et plus qu'un traitement physique et médicamenteux.

Il en est ainsi dans l'hystérie, et, dans bien des cas, c'est par l'isolement seul que la guérison de certaines déviations de l'état mental, des sentiments affectifs et de la volonté, peut être obtenue. C'est un point sur lequel revient fréquemment M. Charcot, dans son enseignement de la Salpêtrière. On sait que les hystériques refusent quelquefois de s'alimenter. Quelques-unes poussent la chose si loin, qu'elles tombent dans un état alarmant de maigreur et de cachexie. Quelquefois, on a pu redouter de voir cette diète volontaire se terminer par la mort. On comprend, dans ces conditions, la frayeur, l'inquiétude, l'anxiété de la famille. On comprend de combien de supplications est poursuivie la malade obstinée dans sa bizarre et injustifiable résolution. Les pleurs, les menaces, rien n'y fait, l'hystérique reste insensible à tout.

Dans ces conditions, le grand remède, c'est l'isolement. Il faut absolument soustraire la malade au milieu qui l'entoure habituellement; il faut la dépayser. Il faut qu'elle soit en contact avec des personnes étrangères qu'elle sentira à la fois fermes et bienveillantes. Le salut est à ce prix.

Il faut exiger, non seulement l'isolement, mais l'éloignement des parents. Une hystérique, en semblable circonstance, séparée de sa famille, n'en refusait pas moins de s'alimenter. On apprit bientôt que la mère rôdait dans les environs et que la malade s'en était aperçue.

A une autre malade, M. Charcot demandait après la guérison : « Dites-moi donc une bonne fois quel est votre secret, à vous et à vos pareilles ; pourquoi refuser de manger dans votre famille ? pourquoi manger dès que vous en avez été séparée ? » La jeune fille répondit : « Je n'ai pris au sérieux ce que l'on m'a dit, que lorsque j'ai vu que ma mère consentait à s'éloigner. Pour qu'elle acceptât de se séparer de moi, en vue de ma guérison, il fallait que le danger fût bien urgent, bien pressant. Je me suis dit qu'il était temps de manger. »

La séquestration médicale peut donc être un important moyen d'action, le seul agent de guérison dans quelques cas. Il ne s'applique pas seulement aux hystériques, mais aussi aux neurasthéniques.

C'est sur l'isolement qu'est surtout basé le traitement de Weir Mitchell, dont M. Bouveret a obtenu, dans plusieurs cas, d'excellents résultats (1).

Dans les cas graves de neurasthénie, d'épuisement nerveux, on voit des malades, des femmes surtout, incapables de tout travail, de toute tension d'esprit et même de tout mouvement. Abattues, découragées, elles se plaignent de céphalée, de vide dans la tête, de douleurs à la nuque, dans le dos. Elles sont incapables, quelquefois, de se lever sans éprouver immédiatement une sensation pénible de vertige. Elles mangent peu et digèrent mal. Elles sont incessamment dans un état très grand de malaise et de complète dépression. La moindre émotion augmente leur état d'anxiété. Elles dorment peu ou mal.

On comprend combien sont inquiètes les personnes qui les environnent, de quels soins, de quelle sollicitude on les entoure, combien on les plaint... Eh bien ! cette sollicitude même, ce découragement des personnes qui leur sont chères, cette atmosphère de compassion est le plus grand obstacle à la guérison. La guérison n'aura lieu que si l'on soustrait le malade à ce milieu, et si on le place dans des conditions plus favorables pour le relèvement de sa volonté épuisée.

L'isolement est alors le principal agent curateur. Il n'est pas, du reste, le seul.

La malade (il s'agit presque toujours d'une femme) doit être placée dans un logement nouveau, sous la direction d'une garde-malade ferme, intelligente, de rapports agréables. Elle ne recevra pas d'autres visites que celles de son médecin. Celui-ci s'efforcera de ramener la confiance dans cet esprit incertain et déséquilibré. Toute autre communication avec l'extérieur sera suspendue. Le plus souvent alors, l'amélioration ne tarde pas à se montrer.

On y joint, il est vrai, d'autres moyens : le repos absolu au lit, le massage, l'électrisation. Weir Mitchell, dans les premiers jours, pousse très loin la prescription du repos. Les malades restent absolument immobiles : on les fait manger. M. Bouveret croit la chose exagérée. Il permet à ses malades de manger eux-mêmes. Mais ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'il leur permet de se lever.

La guérison, dans ces conditions, est affaire de semaines ou de mois. C'est au médecin de juger quand et comment, par quelle progression, le séquestré reviendra à la vie normale et pourra rentrer dans le milieu auquel on l'a soustrait. On doit penser, du reste, que l'acte énergique de l'iso-

(1) BOUVERET. *La neurasthénie*, Paris 1890.

lement a agi tout aussi favorablement sur le moral des proches que sur celui du malade. On a rompu ainsi leur collaboration, ou plutôt on a fait, qu'après avoir collaboré dans la maladie, ils collaborent pour la guérison.

A. M.

THÉRAPEUTIQUE

Alimentation des enfants malades.

Par M. le docteur E. TOUSSAINT, médecin-inspecteur des enfants.

Les mois de juillet et d'août ont été, cette année, particulièrement nuisibles aux jeunes enfants. Les changements fréquents de température ont amené, chez un bon nombre de mes nourrissons, des troubles digestifs pénibles et persistants.

Après une période de fraîcheur, un jour de grande chaleur, terminé par un orage violent, amenait de véritables perturbations, non seulement chez les enfants élevés au biberon, mais même chez des bébés exclusivement nourris au sein. J'ai perdu, de convulsions internes, dans une soirée orageuse, deux nourrissons au biberon, déjà fatigués de diarrhée verte.

Pendant ces mauvais jours, j'aurais eu certainement à déplorer bien d'autres accidents, si je n'avais, dès le début (en juillet), ordonné à toutes mes nourrices au biberon de diminuer, d'une façon notable, la ration de lait des enfants, et de faire suivre chaque repas d'une cuillerée d'élixir lacto-papaïque, dont voici la formule :

Papaïne pure.	50 centigrammes.
Acide lactique	2 grammes.
Sirop simple.	50 —
Eau distillée.	150 —
Teinture de vanille. . . .	q. s.

par cuillerées à café, après chaque tetée ou dose de lait.

Cet élixir est vraiment merveilleux par sa double action sur les selles vertes et les grumeaux mal digérés.

Malgré le régime, malgré l'élixir, je n'ai pas réussi à faire tolérer le lait chez tous mes enfants. J'en ai vu une dizaine vomir, chaque jour d'orage, les doses les plus minimes et les plus judicieusement espacées, du lait qu'on leur donnait. J'ai eu recours, pour alimenter ces petits malades, à la *Farine maltée*. Sur ces dix enfants, six ont été plus spécialement indisposés, et j'ai dû les suivre de près pendant le mois d'août surtout. Deux sont morts, comme je l'ai dit, emportés en une crise de convulsions; sur les quatre autres, deux ont pu supporter un régime neutre composé mi-partie de lait coupé d'eau de Vichy, et mi-partie de *Farine maltée* claire, une cuillerée de farine délayée peu à peu avec quatre cuillerées d'eau bouillante.

Les deux autres, l'enfant L..., âgé de huit mois, et l'enfant B..., âgé de quatre mois, ont été mis, ne pouvant absolument pas digérer le lait de vache, au régime exclusif de la Farine maltée demi-claire, donnée au biberon sans tube ou à la cuillère.

Le résultat, dans ces deux derniers cas, a été surprenant. *Pas une seule fois, ces enfants n'ont vomi la farine.*

J'avais ordonné d'abord deux petits repas, puis j'en autorisai trois, puis quatre, laissant boire, dans les intervalles, *à peu près à volonté*, de l'eau sucrée fraîche, additionnée de rhum vieux et de blanc d'œuf battu. Le mois d'août se passa, tant bien que mal, les gros orages amenant des rechutes, et, dès le commencement de septembre, tous mes petits malades étaient à peu près remis; je permis de reprendre le lait de vache qui fut toléré à doses rapidement croissantes.

Parmi mes petits clients élevés au sein, une fillette de sept mois fut prise, en août, de diarrhée glaireuse et verdâtre, l'élixir lacto-papaïque eut raison d'une première poussée, mais la mère ayant eu un jour la malheureuse idée de faire prendre à l'enfant du *tapioca au gras*, celle-ci fut reprise de diarrhée. Pendant une absence que je fis, une potion au bismuth fut donnée qui coupa net le flux intestinal; dans la nuit, l'enfant fut prise de convulsions éclamptiques terribles, qu'on calma du mieux que l'on put avec du sirop d'éther. Pendant quatre jours de suite, l'enfant, qui n'allait presque pas à la selle, fut reprise de convulsions. Mise au sein, dans les moments de calme, la pauvre petite mordait cruellement sa mère, se débattait et ne tetait pas. La situation était grave car l'enfant n'avait pris qu'un peu d'eau sucrée pour toute nourriture; quand je revins et fus mis au courant des derniers événements, je purgeai l'enfant et lui fis offrir dans la journée de la Farine maltée très claire. La pauvre petite n'était plus que l'ombre d'elle-même! Elle but avec avidité. Je recommandai de mettre l'enfant au sein deux heures après la farine, et de donner la farine trois heures après le sein. En cinq jours, la malade était complètement rétablie.

J'ai donné la Farine maltée chez plusieurs enfants athrepsiques, notamment chez une petite fille de treize mois absolument décharnée, et paraissant, quand je l'entrepris, avoir à peine huit jours à vivre. Cette enfant n'est plus reconnaissable aujourd'hui, trois bouillies de *Farine maltée* par jour, avec, comme complément, quelques jaunes d'œufs dans de l'eau sucrée additionnée de rhum, l'ont littéralement transformée. Elle a supporté les chaleurs, les orages, les changements de température et elle n'a pas eu un seul instant la diarrhée. Elle peut être considérée comme guérie.

La *Farine maltée de Th. Defresne* est donc un aliment d'une digestibilité telle que les enfants, élevés au sein même, la supportent, dans certains cas, mieux que le lait de femme.

Pendant les chaleurs de l'été c'est le succédané du lait le plus recommandable pour les enfants nourris au biberon, dès qu'apparaissent des troubles digestifs.

Enfin, chez les enfants dont les voies digestives ont été détériorées par un sevrage prématuré ou par une nourriture grossière, c'est le remède certain de l'affection gastro-intestinale; c'est l'aliment qui, le plus rapidement et le plus sûrement, permet aux organes fatigués et enflammés de se remettre, de se refaire et de reprendre le jeu naturel de leurs fonctions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 octobre. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

Elle comprend une lettre de M. Kelsch (du Val-de-Grâce), qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

COMMUNICATION

Mesures sanitaires adoptées aux Etats-Unis et en France pour combattre la propagation des maladies contagieuses. — M. DE VALCOURT (de Cannes) fait observer que les pays, où la liberté individuelle est la plus respectée, sont précisément ceux où les mesures les plus rigoureuses ont été prises contre les foyers des maladies infectieuses. Les États-Unis, l'Angleterre, l'Écosse et la Hollande sont, sous ce rapport, très en avance sur la France.

En Amérique, tout médecin appelé auprès d'un malade atteint de maladie contagieuse est tenu, sous peine d'une forte amende, d'en faire la déclaration dans les vingt-quatre heures à l'autorité.

Les propriétaires et maîtres d'hôtel ou de maisons meublées sont également tenus, sous peine d'amende, de notifier la présence de ceux qui, chez eux, sont atteints de maladies contagieuses.

A New-York, il y a dix médecins-inspecteurs, ayant chacun leur district particulier. Dès que la notification d'un cas de maladie est parvenue, le médecin-inspecteur doit aller lui-même visiter la maison contaminée et veiller à ce que toutes les me-

sures, ordonnées par le code sanitaire, soient exécutées. Tous les propriétaires sont obligés de faire approuver par l'autorité l'installation des latrines et tous les travaux de plomberie. Lorsqu'une boutique ou tout autre établissement public est en communication directe avec le local habité par un malade, la fermeture en est ordonnée.

Lorsque le malade n'est pas soigné chez lui, il est transporté à l'hôpital dans des voitures spéciales, qui sont désinfectées après chaque voyage. Il est défendu de se servir, pour les cas infectieux, de voitures publiques ordinaires, sans avis préalable et sans payer la désinfection de la voiture et la perte de temps du cocher.

Le bureau d'hygiène possède trois hôpitaux spéciaux, dont l'un est consacré spécialement aux varioleux.

Lorsque le malade soigné chez lui est guéri, on doit en prévenir l'autorité qui procède à la désinfection des locaux.

Toutes les mesures sanitaires sont obligatoires sous peine d'amende.

Nous sommes loin en France de posséder une pareille organisation. Le secret médical nous est imposé par la loi.

M. de Valcourt s'est rendu compte par lui-même de ce qui se passe à Paris, et il a pu constater l'insuffisance notoire des mesures prises.

Comme conclusion, il exprime le vœu que l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur l'urgence qu'il y aurait :

1° A rendre la déclaration des maladies contagieuses obligatoire pour les médecins, les familles, les propriétaires et les maîtres d'hôtel, et cela avec sanction pénale, comme en ce qui concerne les déclarations de naissance ou de décès ;

2° A prescrire des mesures d'isolement et à les rendre obligatoires ;

3° A ordonner la désinfection des locaux et des objets ayant été contaminés par les malades, et à faire vérifier par les médecins de l'état civil si ces règlements sont exécutés.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. LAGNEAU conteste que l'usage du tabac doive être considéré comme cause de dépopulation. Il rappelle, à ce sujet, ce qu'il disait en 1881 : « Notre faible natalité ne tient nullement à une inaptitude génésique attribuable à l'abus du tabac, car les Allemands du Nord, quoique usant et abusant du tabac autant que les Français, ont une natalité et un accroissement de population beaucoup plus considérables. »

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait remarquer qu'il a transmis à l'Académie la demande de la Société contre l'abus du tabac, mais il n'a pas dit qu'il partageait son opinion. Selon lui, toutefois, le tabac agit sur la natalité comme la plupart des autres intoxications. On voit la stérilité et les avortements parmi les ouvrières qui travaillent dans les manufactures de tabac. On peut faire une remarque analogue à propos de l'intoxication alcoolique, avec cette différence que l'alcool agit non seulement sur l'individu qui en fait usage, mais aussi sur sa descendance.

M. JAVAL dit que l'alcoolisme est souvent une cause de natalité.

M. LAGNEAU, en ce qui concerne les avortements parmi les femmes qui travaillent dans les manufactures de tabac, reconnaît qu'il y a des faits curieux et d'un grand intérêt.

M. Lagneau répond ensuite à M. Rochard.

Les avortements et les infanticides, dit-il, portent atteinte grandement à la natalité illégitime, faiblement à la natalité légitime. Les avortements sont infiniment plus fréquents que les infanticides.

L'excédent des mort-nés illégitimes sur les mort-nés légitimes n'est pas exclusivement attribuable au crime. L'état misérable, dans lequel tombent beaucoup de filles-mères délaissées, empêche souvent leur gestation de se terminer heureusement.

M. Lagneau s'empresse de reconnaître l'accroissement notable de notre population en 1889. (Voir au Premier-Paris.)

Il discute certaines mesures proposées en dehors de l'Académie pour accroître notre population. Le mariage des prêtres était jadis admis. Sidoine Apollinaire, quoique marié et père de trois enfants, était évêque de Clermont-Ferrand.

La suppression de la dot n'empêche pas le mariage. On en compte annuellement 7,5 sur 1000 habitants en Angleterre, et 7,4 en France. Elle semble accroître beaucoup la natalité. Au lieu de 32,9 et 31,4 naissances annuelles, sur 1000 habitants, en Angleterre et aux États-Unis, il n'y en a que 23,09 en France.

Le nombre toujours croissant des fonctionnaires nuit à l'accroissement de la population, en attirant vers les villes un grand nombre de provinciaux, qui, dès lors, présentent une faible nuptialité, une faible natalité, et une grande mortalité.

Pour empêcher les ruraux de venir dans les grandes villes chercher des soins et des secours, un récent projet de loi sur l'assistance médicale gratuite prescrit de soigner les indigents dans leurs communes, leurs cantons, leurs départements.

RAPPORTS

Prix Daudet. — M. GUÉNIOT lit un rapport sur le concours pour le prix Daudet en 1890.

Prix Meynot. — M. LE DENTU donne lecture d'un rapport sur le concours pour le prix Meynot en 1890.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 octobre 1890, M. le docteur Aubert (de Mâcon) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décision ministérielle, en date du 18 octobre 1890, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins-majors de première classe Robert, pour le 37e d'infanterie; Ferrandi, pour le 154e d'infanterie.

M. le médecin-major de deuxième classe Vaugy, pour le 162e d'infanterie.

— *Concours de l'externat.* — Première séance (jeudi 16 octobre) : « Artère humérale. »

— A la suite du concours de 1890, ont été accordées aux élèves nommés à l'École du service de santé militaire :

1° Trente-sept bourses avec trousseau; 2° sept demi-bourses avec trousseau; 3° quatre demi-bourses avec demi-trousseau; 4° quatre demi-bourses.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Un concours pour une place de chirurgien-adjoint s'ouvrira le 2 février 1891.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Des concours s'ouvriront :

1° Le vendredi 19 décembre 1890, à huit heures du matin, pour une place de chef de clinique médicale ;

2° Le lundi 22 décembre 1890, à huit heures du matin, pour une place de chef de clinique ophthalmologique.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, avant le lundi 15 décembre 1890, à quatre heures.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques de première année (physique, chimie et histoire naturelle) commenceront à partir du lundi 10 novembre 1890. Ils auront lieu, pendant le premier semestre 1890-1891, aux jours et heures ci-après désignés, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine :

1° *Physique.* — Lundi, mercredi, vendredi, de quatre heures à six heures du soir.

2° *Chimie.* — Mardi, jeudi, samedi, de huit heures à dix heures et demie du matin.

3° *Histoire naturelle.* — Lundi, mercredi et vendredi, de neuf heures à onze heures du matin. (Pour les travaux pratiques d'histoire naturelle, deux séries d'exercices seront organisées.)

Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

— Les travaux pratiques d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le docteur Brault, chef des travaux, commenceront le lundi 3 novembre 1890.

MM. les étudiants, pourvus de douze inscriptions (la douzième ayant été prise en juillet 1890), sont priés de se faire inscrire, pour lesdits travaux, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, jusqu'au samedi 29 novembre, de midi à trois heures de l'après-midi. — Ils peuvent demander leur inscription par écrit.

Des lettres de convocation leur seront adressées à domicile.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

— Pendant le semestre d'hiver 1890-1891, M. le professeur Simon Duplay fera ses leçons de clinique chirurgicale, les lundi et vendredi de chaque semaine, à neuf heures et demie. Le mardi sera consacré à la gynécologie, le jeudi aux grandes opérations, le mercredi et le samedi à l'étude des malades.

M. le docteur Rochard, chef de clinique, fera tous les mercredis à dix heures, dans l'amphithéâtre de la clinique, des conférences sur l'examen méthodique des malades suivies de démonstrations cliniques.

M. Cazin, chef de laboratoire, fera les samedis à dix heures et demie, dans le laboratoire de la clinique chirurgicale, les démonstrations des pièces d'anatomie pathologique pouvant intéresser l'enseignement.

M. le professeur Simon Duplay commencera ses leçons le lundi 17 novembre et, à partir de cette date, l'enseignement sera donné suivant l'ordre indiqué ci-dessus.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Troost commencera son cours de chimie le lundi 3 novembre, à une heure, rue Michelet, n° 3, et le continuera les jeudis et lundis suivants à la même heure. — Il exposera les lois de la chimie et les principes de la thermochimie; il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons.

— M. le professeur Dastre commencera le cours de physiologie le lundi 3 novembre à trois heures et demie, rue de l'Estrapade, n° 18, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Il traitera, au point de vue expérimental, des fonctions de nutrition et de la contraction musculaire.

— M. le professeur Bouty commencera le cours de physique le mardi 4 novembre à une heure et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera de la thermodynamique, de la capillarité et de la propagation de la lumière.

— M. le professeur Duclaux commencera le cours de chimie biologique le mardi 4 novembre, à deux heures et demie, et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure. — Ce cours a lieu à l'Institut Pasteur, rue Dutot, 25. — M. Duclaux fera l'étude, au point de vue de l'hygiène, des matières alimentaires (vin, bière, lait, viande, etc.).

— M. le professeur Ditte commencera son cours de chimie le mercredi 5 novembre à trois heures, rue Michelet, n° 3, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera des métaux et de leurs combinaisons principales.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

39

NI GASTRALGIES, NI ENTERALGIES!

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé. 0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . . 0 20
Extrait de salsepareille 0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, Bordeaux, et phies.

23

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie Lebeault, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.

56

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

90

VIN ROBIN

AU PEPTONATE DE FER

Hématogène par excellence.

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Le plus agréable, le plus actif, le plus assimilable de tous les élixirs et vins ferrugineux.

Prix : **4** fr. **50** dans toutes les pharmacies.

34

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

63

GOUTTE

LIQUEUR DU Dr LAVILLE

Spécifique éprouvé de la **goutte.**

ACTION PROMPTE ET INFAILLIBLE

A TOUTES LES PÉRIODES DE L'ACCÈS.

1 à 3 cuillerées à café par 24 heures.

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM D'AUVERGNE

Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

RHUMES. BRONCHITES. GRIPPE

Dépôt : Paris, F. Comar et Cie, 28, r. St-Claude.

99

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . 2 *fr.*

Phien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envois par poste.

55

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

91

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.

EN BAINS : 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

79

PILULES SUISSES

(Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

17

PILULES DE SALICYLATE D'HYDRARGYRRE

De L. FRERE

PILULES IMPRIMÉES

Chaque pilule porte l'inscription SALICY. HG. UN CENTI. Des expériences récentes, faites par des spécialistes éminents, ont montré que le salicylate de mercure est supérieur à toute autre combinaison mercurielle, par la facilité avec laquelle il est toléré par l'organisme. Ce sel ne produit ni désordres digestifs, ni salivation à la dose de 4 à 6 pilules par jour. Son activité spécifique est au moins égale à celle de toute autre préparation hydrargyrique.

Prix : 2 fr. le flacon de 50 pilules.

Maison L. FRERE, 19, rue Jacob, Paris.

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, cicatrisant, hygiénique.

Purifie l'air chargé de miasmes. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Précieux pour les soins intimes du corps.

Exiger Timbre de l'Etat. — Toutes pharmacies.

37

MÉDICATION ANALGÉSIQUE

PRODUIT FRANÇAIS

EXALGINE BRIGONNET

*s'emploie, à la dose de 40 à 80 centigr. dans les 24 heures, contre l'***élément douleur,** *dans toutes les formes de névralgie.*

FABRIQUÉE PAR BRIGONNET ET NAVILLE

La Plaine St-Denis (Seine).

33

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie,** la **chlorose,** la **leucorrhée,** l'**aménorrhée,** la **cachexie scrofuleuse,** la **syphilis constitutionnelle,** le **rachitisme,** etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

41

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

82

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

CATARRHES AIGUS OU CHRONIQUES
DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac,* ni *renvois,* ni *diarrhée,* ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr Fournier, 22, place de la Madeleine, Paris.

51

DÉBILITÉ, ANÉMIE
MALADIES DE L'ENFANCE

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, agréable au goût, possède les mêmes propriétés que l'**Huile de foie de Morue.**

Ie Perdriel et Cie, Paris, et Phies.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal

et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

40

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES.

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, phen à Paris, et toutes les phies de France et de l'étranger. Paterson

37

DRAGÉES GRIMAUD

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

14 récompenses.

INCONTINENCE D'URINE

Chlorose, Troubles utérins.

5 fr. dans ttes Phies. Gros : Dufilho, à St-Cloud.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans ttes Phies. Gros : Dufilho, à St-Cloud.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Du traitement de la péritonite tuberculeuse.

Par le docteur I. BRUHL,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

De nombreuses publications, parues depuis quelques années, ont appelé l'attention du monde médical sur la possibilité de la guérison de la péritonite tuberculeuse par une intervention opératoire, telle que la laparotomie. Le nombre des succès obtenus ainsi est aujourd'hui suffisant, pour qu'il ne soit plus permis de mettre en doute le fait matériel, à savoir l'efficacité du traitement chirurgical dans le cours de cette affection. Cette donnée constitue un progrès thérapeutique réel ; car le traitement médical est trop souvent insuffisant. Certains auteurs ont insisté sur le repos absolu au lit, sur la diète sévère qu'il convient de prescrire aux malades atteints de péritonite tuberculeuse ; on a même conseillé et vanté certaines médications, telles que des révulsifs, des frictions avec l'onguent napolitain, des diurétiques contre l'ascite ; on a cru enrayer ainsi la marche de la maladie. Mais tout le monde sait avec quelle circonspection il faut apprécier les résultats thérapeutiques dans une affection, dont la marche est souvent entrecoupée par de longues périodes de rémission, et dont la terminaison est parfois la guérison spontanée; les observations de péritonite tuberculeuse guérie de Grisolles, de Bernheim, de Fernet sont bien connues; il faut néanmoins avouer que ces faits de guérison sont réellement rares. D'autre part, le traitement médical, qui consiste à mettre à la diète et à condamner au repos absolu (c'est-à-dire dans un milieu confiné) un malade qui est sous la menace d'une tuberculose pulmonaire, n'est pas sans inconvénients : on entend actuellement d'une façon toute différente l'hygiène des tuberculeux. Par conséquent, il est du plus haut intérêt d'abréger la durée du traitement de la péritonite; c'est ce résultat précisément que les chirurgiens paraissent avoir atteint. La proportion des guérisons qu'ils ont obtenues, depuis quelques années, est tellement considérable que la supériorité de ce mode de traitement s'est rapidement imposée, et, aujourd'hui, il existe dans la littérature médicale cent trente et un cas, que Kœnig (1) a rassemblés dans un récent mémoire, communiqué par lui au Congrès de Berlin. Ce chiffre permet déjà de se faire une idée de la valeur de l'intervention, puisque Kœnig nous apprend qu'il y a 82 p. 100 de guérisons ; c'est avec un réel enthousiasme qu'on aurait accepté ces données de la statistique, s'il n'y avait lieu de formuler quelques réserves, qui ont été signalées dans un récent travail de Vierordt (2). En effet, nombre d'observations sont incomplètes, surtout au point de vue du diagnostic ; or, on sait que le diagnostic de la péritonite tuberculeuse est toujours difficile et demande à être contrôlé par un examen histologique et microbiologique, et par des inoculations à des animaux.

Quoi qu'il en soit, le fait de la guérison de la péritonite est des plus intéressants ; il a étonné, émerveillé même, à juste titre, les premiers chirurgiens qui ont obtenu des succès. Mais, jusqu'à présent, le mécanisme de cette guérison nous échappe encore ; on ne peut émettre à ce sujet que des hypothèses plus ou moins plausibles.

C'est à l'occasion d'un succès remarquable obtenu par M. Debove, grâce à un nouveau mode de traitement (3), que nous avons entrepris ce travail.

Nous nous proposons, d'abord, de résumer les résultats obtenus par les chirurgiens ; puis, nous essaierons d'établir que, dans certaines formes de tuberculose péritonéale, la ponction évacuatrice, suivie d'un lavage de la séreuse, peut aussi donner des résultats des plus encourageants ; enfin, nous tenterons de montrer combien est surprenante cette curabilité relativement facile d'une tuberculose, et nous chercherons à interpréter le mode de guérison.

I

HISTORIQUE. — La première intervention, demeurée célèbre, est due à Spencer Wells, et date de 1862. Il s'agissait d'une femme, chez laquelle on avait porté le diagnostic de kyste de l'ovaire ; à l'ouverture de la cavité abdominale, Spencer Wells reconnut une péritonite tuberculeuse; il laissa le liquide s'écouler, puis il sutura la paroi abdominale : la guérison s'est effectuée rapidement, et s'est maintenue depuis vingt-sept ans; car on sait que la malade vivait encore l'année dernière.

(1) KŒNIG. *Centralbl. f. Chir.*, 1890, n° 35.
(2) VIERORDT. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1890.
(3) Société médicale des hôpitaux, séance du 10 octobre 1890.

On cite ainsi un certain nombre d'opérations faites à la suite d'erreurs de diagnostic. Mais ce n'est qu'en 1884, que Kœnig (1) recommanda l'intervention chirurgicale de propos délibéré dans la péritonite tuberculeuse dûment diagnostiquée.

Depuis cette époque, les observations se succédèrent rapidement, de sorte que, en 1886, dans sa thèse d'agrégation, M. Truc (2), dans un chapitre consacré au traitement de la péritonite tuberculeuse, en particulier, a pu en réunir 13 observations. Kümmel (3) a pu communiquer, au XVIe Congrès des chirurgiens allemands (1887), un mémoire fondé sur 30 cas. M. Maurange (4), dans son excellente thèse inaugurale, a pu rassembler 71 faits. Ceccherelli (5) affirme qu'il a connaissance de 86 cas. M. Routier (6), dans un travail d'ensemble sur la question, annonce 90 cas. Enfin, le travail le plus récent et le plus complet sur la question est celui de Kœnig (7). Ce mémoire, qui compte 131 observations, a été présenté, comme nous l'avons dit, au Congrès de Berlin.

Un fait ressort de la lecture de ces divers mémoires, c'est que des méthodes chirurgicales diverses ont été employées, et ont toutes donné des résultats satisfaisants. Il semble donc acquis que, dans certaines conditions, la péritonite tuberculeuse est susceptible de guérir, même avec une certaine facilité. C'est en s'appuyant sur ces données, que M. Debove s'est demandé si une simple ponction évacuatrice, suivie d'un lavage antiseptique ou mieux aseptique, ne pourrait donner des résultats analogues, tout en soumettant le malade à une intervention moins grave. Or, ce traitement, il a eu l'occasion de l'appliquer, dans son service, chez une jeune malade dont nous rapporterons l'observation plus loin.

Cette méthode avait déjà été indiquée par M. Truc, qui avait proposé de faire suivre la ponction d'une injection d'éther iodoformé : ce traitement, qui ne nous paraît pas sans inconvénients, n'a, d'ailleurs, jamais été appliqué. Plus récemment, M. Maurange proposait de faire suivre la ponction d'une injection d'huile de vaseline iodoformée, procédé à coup sûr moins dangereux que l'injection d'éther iodoformé; mais pas plus que M. Truc, M. Maurange n'a eu l'occasion d'appliquer cette méthode thérapeutique.

Nous croyons donc que c'est à M. Debove que revient l'honneur d'avoir publié la première observation de guérison de péritonite tuberculeuse par un procédé qu'il a, le premier, mis en œuvre.

II

Résultats obtenus par le traitement chirurgical dans la péritonite tuberculeuse. — Si nous cherchons à apprécier d'une façon générale les résultats obtenus par le traitement chirurgical, nous trouvons tous les éléments d'une statistique bien comprise dans le récent mémoire de Kœnig. Là, en effet, se trouvent rassemblées 131 observations, parmi lesquelles figurent 14 faits personnels. Sur ces 131 cas, il y en eut 24 suivis de mort à plus ou moins brève échéance : ce qui donne une mortalité de 18 p. 100. Par contre, 107 opérations, soit 82 p. 100 ont été suivies de résultats satisfaisants; car on compte 84 guérisons, c'est-à-dire 65 p. 100 et 23 améliorations. Mais lorsqu'il s'agit de lésions tuberculeuses, de même que lorsqu'il s'agit d'affections malignes, c'est-à-dire ayant une tendance à la récidive ou à la généralisation, il est bon de porter un jugement sévère. Aussi Kœnig, pour se rendre compte de la valeur absolue de l'opération, ne considère-t-il comme définitivement guéris que ceux qui ont subi l'opération depuis deux ans au moins. Même dans ces conditions, on arrive à un chiffre minimum de 30 guérisons radicales, ce qui représente 24 p. 100. Nous disons minimum, car, d'une part, un grand nombre d'opérés a été perdu de vue, d'autre part, on ne peut, dans cette statistique, tenir compte des opérés récents, qui sont, sans doute, de beaucoup, les plus nombreux, puisque l'intervention de propos délibéré date seulement de quelques années. Par conséquent, un quart des malades, au moins, peut être considéré comme définitivement guéri : c'est un résultat important qu'il n'est plus permis de négliger. Parmi les exemples de guérisons, il peut être intéressant de rappeler les cas les plus anciens : la malade de Spencer Wells est encore bien portante; elle a été opérée il y a vingt-sept ans; l'opération de Schuckling date de quinze ans, et celle de Stellwag remonte à treize ans.

Quant à la mortalité, elle est, avons-nous dit, de 18 p. 100; la mortalité opératoire est faible; elle n'est que de 3 p. 100; ce chiffre indique bien que l'intervention par elle-même, tout en n'étant pas complètement exempte de dangers, est néanmoins bénigne. Les autres décès, survenus à une époque plus ou moins rapprochée de l'opération, sont dus aux progrès de la tuberculose abdominale ou à une généralisation de la tuberculose et surtout à la phthisie pulmonaire, sur la marche de laquelle l'opération abdominale n'a guère d'influence. Dans aucun cas, dit avec insistance Kœnig, l'intervention n'a accéléré la marche de la maladie; elle a même presque toujours amené une amélioration momentanée dans l'état des malades. Nous tenons encore à faire remarquer que, dans aucune des observations que nous avons eu l'occasion de parcourir, nous n'avons trouvé un seul cas de mort de tuberculose généralisée aiguë. On sait que cette complication n'est pas absolument rare, lorsqu'on porte le bistouri sur certaines régions atteintes de tuberculose locale. Nous croyons donc devoir signaler ce fait, qui a bien une certaine importance, et sur lequel on n'a pas suffisamment insisté. La plupart des décès, que dans la statistique on met sur le compte de la généralisation, se rapportent en réalité, nous nous en sommes assuré, à des cas de phthisie pulmonaire ayant amené la mort plusieurs mois après l'opération.

Nous devons mettre en parallèle avec la statistique de Kœnig celle que nous empruntons à la thèse de M. Maurange. Elle compte, dit l'auteur, « un chiffre important de succès opératoires, 83,08 p. 100, dont près de la moitié, 39,43 p. 100, à titre définitif. Cette dernière proportion est même sûrement inférieure à la réalité, si l'on considère que nous ne regardons comme absolument acquises que les guérisons qui ont au moins un an de date, et que ce détail, omis dans quelques-unes de nos observations, nous a empêché de ranger, dans cette classe, un assez grand nombre de cas, 22,53 p. 100, où ce résultat a été néanmoins évidemment atteint. »

(1) Kœnig. *Centralbl. f. Chir.*, 1884. n° 6.
(2) Truc. *Du traitement chirurgical de la péritonite*, Thèse d'agrégation, 1886.
(3) Kummel. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1888.
(4) Maurange. Thèse de Paris, 1889.
(5) Ceccherelli. *VIe Congrès de la Société italienne de chirurgie.*
(6) Routier. *Médecine moderne*, 3 avril 1890.
(7) Kœnig. Loc. cit., 1890, n° 35.

En somme, les deux auteurs sont arrivés à des résultats tout à fait comparables. En terminant ce chapitre de statistique, il nous paraît intéressant de rappeler que, sur les 131 faits rassemblés par Kœnig, 30 p. 100 des cas se rapportent à des personnes âgées de moins de vingt ans, et 70 p. 100 à des personnes entre vingt et cinquante ans. Cette donnée est, d'ailleurs, peu importante, car on sait que la péritonite tuberculeuse peut se rencontrer à tout âge, qu'elle devient très rare seulement dans la vieillesse. Une particularité plus intéressante à noter, c'est que, sur les 131 faits de Kœnig, il y a 120 cas qui se rapportent à des femmes, 11 cas seulement à des hommes. Cette bizarrerie de la statistique peut aussi être interprétée. En effet, si certains auteurs reconnaissent bien que la péritonite tuberculeuse est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (fait qui s'expliquerait par les rapports intimes des organes génitaux de la femme avec la séreuse péritonéale), d'autres auteurs (Lebert) admettent qu'elle se rencontre avec une fréquence égale dans les deux sexes, et Kœnig, en faisant le relevé de sa statistique d'autopsies, a trouvé, sur un total de 107 cas de péritonite tuberculeuse, examinés sur la table d'amphithéâtre, 89 concernant les hommes, et 18 seulement concernant des femmes. Les médecins militaires insistent aussi sur la fréquence de la péritonite tuberculeuse dans l'armée. Par conséquent, il faut reconnaître que cette affection se rencontre avec une fréquence à peu près égale dans les deux sexes ; et si les interventions ont été beaucoup plus nombreuses chez la femme que chez l'homme, il faut attribuer ce fait à la grande extension qu'a prise, dans ces dernières années, la gynécologie opératoire et au nombre considérable d'opérations qui ont été entreprises dans le but d'établir un diagnostic ou par suite d'une erreur de diagnostic. En effet, sur les 71 cas sur lesquels est fondé le travail de M. Maurange, le diagnostic de péritonite tuberculeuse n'avait été posé que quatorze fois.

Quant au manuel opératoire et aux diverses méthodes auxquelles on a eu recours, nous nous bornerons simplement à les énumérer, notre but n'étant pas d'insister sur cette partie de notre travail.

La *ponction simple* a été pratiquée un grand nombre de fois; elle a surtout été une opération préliminaire, un moyen de diagnostic; dans un certain nombre d'observations, il est spécifié qu'une ou plusieurs ponctions avaient précédé l'intervention chirurgicale; on n'y avait recours que dans les cas urgents, et on la considérait comme un traitement palliatif. Et de fait, dans le plus grand nombre de cas, la ponction a été insuffisante à amener la guérison. Les chirurgiens, en majorité, se sont élevés contre cette ponction, et M. Routier, dans un travail que nous avons déjà cité, la considère comme inefficace et ajoute : « Nous la proscrirons au même titre que pour les kystes de l'ovaire. » Le traitement chirurgical d'emblée semble avoir plus de faveur.

Et cependant nous nous demandons si la ponction simple n'est pas parfois suivie de guérison. A ce propos, il nous paraît intéressant de rappeler l'histoire d'un jeune homme de dix-sept ans, que nous avons eu l'occasion d'observer, il y a quelques années, dans le service de M. Desnos, à la Charité. Ce jeune malade se présente avec une ascite qui s'est développée rapidement ; après un examen sérieux, et en l'absence de toute cause capable d'expliquer cette ascite, M. Desnos porte le diagnostic de péritonite tuberculeuse, diagnostic qui fut, d'ailleurs, confirmé par M. Potain. Deux ponctions simples, pratiquées à environ un mois d'intervalle, avaient donné issue à une dizaine de litres de liquide séreux et citrin; ce traitement a suffi à amener la disparition de l'ascite; l'état général est redevenu excellent, et la guérison s'est maintenue pendant huit mois, époque à laquelle le malade fut perdu de vue. Si nous n'insistons pas davantage sur ce fait, c'est parce que nous avons négligé l'examen bactériologique, et que nous n'avons pratiqué aucune inoculation; il plane donc un doute sur l'exactitude de notre diagnostic.

Arrivons au traitement chirurgical proprement dit. Diverses opérations ont été essayées. Tantôt, après avoir pratiqué la laparotomie, on reconnut qu'on avait commis une erreur de diagnostic, et on sutura la paroi abdominale. On conçoit quel a dû être l'étonnement de ces opérateurs, lorsqu'ils ont vu des péritonites tuberculeuses, reconnues *de visu*, guérir par la simple incision. Tantôt, on a fait une incision plus ou moins longue et on s'est borné à évacuer le liquide ascitique. D'autres fois, et ce traitement semble avoir été employé le plus fréquemment, on a ouvert la cavité abdominale, évacué l'exsudat et procédé à un lavage du péritoine. Pour ce lavage, on a eu recours aux liquides les plus variés ; les uns ont préconisé les solutions antiseptiques, sublimé, naphtol, thymol, acide phénique, acide salicylique, acide borique; d'autres se sont servi d'eau bouillie ou stérilisée; d'autres, encore, ont employé l'iodoforme en suspension dans de l'huile de vaseline. Enfin, dans un certain nombre de cas, après la toilette du péritoine, on a saupoudré la séreuse d'iodoforme.

Pour apprécier la valeur des lavages avec les différentes solutions employées, nous empruntons encore quelques chiffres au mémoire de Kœnig. Dans 80 cas, on a fait usage de solutions antiseptiques; dans 50 cas, on ne s'est pas servi de désinfectants; or, il semble, dit Kœnig, que les cas de guérison les plus nombreux appartiennent à cette dernière catégorie. Ce fait mérite également d'être mis en relief.

Enfin on a pratiqué toute une série d'opérations plus complètes, plus radicales ; les unes comportaient l'ablation d'organes tuberculeux, c'est ainsi qu'on a procédé, dans un certain nombre de cas, à l'extirpation des ovaires, des trompes ; on a même réséqué des portions d'intestin tuberculeux, dans l'espoir de supprimer le foyer originel de la péritonite tuberculeuse. D'autres fois, on s'est trouvé en présence de fausses membranes formant paroi, enkystant des collections suppurées, des masses caséeuses; dans ces cas, on a eu recours au râclage, grattage, curetage, à l'excision des fausses membranes.

Mais il est évident que ces dernières méthodes d'intervention sont bien plus compliquées que le lavage de la séreuse, après laparotomie simple; aussi serait-il souhaitable d'en faire une catégorie à part dans les statistiques.

Weinstein (1) a recommandé de faire suivre la laparotomie d'un massage abdominal et de frictions avec l'onguent mercuriel.

De tous ces procédés opératoires, y en a-t-il qui conviennent plus particulièrement à telle ou telle forme de péritonite tuberculeuse? Il est difficile de répondre d'une façon précise à cette question ; car chaque cas peut présenter des indications spéciales. Cependant d'une façon générale, on ne se comportera pas de la même façon en présence d'une péritonite *sèche* ou d'une péritonite *ascitique*.

(1) Weinstein. *Wiener Med. Blætter*, 1887, p. 528.

Pour ce qui est de la forme *sèche*, de beaucoup la plus rare, caractérisée par une ou plusieurs masses arrondies, circonscrites, avec météorisme abdominal ou ventre rétracté, les documents ne sont pas encore assez nombreux pour se faire une idée juste de la valeur de l'intervention dans ces cas. Cette forme est cependant susceptible de guérison opératoire; nous trouvons, en effet, une observation récente de Jacobs (1), qui avait fait une laparotomie croyant à un fibro-myome utérin ; il se trouva en présence d'une péritonite généralisée avec fausses membranes, sans liquide ; il reconnut des tubercules et fit contrôler ce diagnostic par le microscope ; il commença par détacher les fausses membranes, sans pouvoir les enlever toutes, et fit un lavage au sublimé. Il y eut guérison opératoire. Mais ce cas est trop récent pour avoir une réelle valeur au point de vue de la curabilité.

M. Terrillon (2) vient tout dernièrement de rapporter l'observation d'une malade atteinte de péritonite à forme *membraneuse* et qui, depuis quatre ans, est guérie grâce à une intervention heureuse.

Il n'est pas douteux, cependant, que la forme sèche est moins favorable pour une intervention. Quant à la forme *ascitique*, de beaucoup la plus commune, il faut distinguer les cas de péritonites circonscrites des cas où l'ascite est généralisée et à peu près libre dans la cavité abdominale. S'il s'agit de *péritonite circonscrite*, M. Routier conseille de faire porter l'incision sur le point correspondant à la collection liquide ; les dimensions de l'incision seront en rapport avec le volume de la poche qu'il s'agit de vider. S'il s'agit d'une poche purulente, M. Routier recommande les lavages avec une solution antiseptique ; s'il reste des fausses membranes, il faut s'en débarrasser soit avec des éponges, soit avec des compresses stérilisées et trempées dans une solution d'acide phénique ou de sublimé. Si les parois de l'abcès sont tomenteuses, épaisses, on pourrait même les toucher avec la solution de chlorure de zinc au dixième ; puis on tamponnera la cavité avec de la gaze iodoformée, si elle est petite ; si elle est grande, au contraire, on devra diminuer l'incision par quelques points de suture, laisser ouverte la partie déclive et drainer à l'aide de mèches de gaze iodoformée de préférence, car les drains de caoutchouc pourraient, au contact de l'intestin, produire des perforations. D'une façon générale, il est recommandé de respecter les adhérences, car il peut arriver, malgré de grandes précautions, de perforer l'intestin déjà malade. Par contre, il n'y a aucun inconvénient à réséquer des portions d'épiploon épaissi, renfermant des abcès ou de la matière caséeuse.

Lorsque la péritonite est *diffuse*, lorsque toute la séreuse est malade (et ces cas semblent donner les résultats les plus heureux), l'incision médiane s'impose; on videra l'exsudat et on fera suivre l'évacuation du liquide d'un lavage antiseptique.

Ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que tous les modes de traitement ont donné des succès, quelles qu'aient été la nature et la quantité de l'exsudat, quel qu'ait été l'état de la séreuse.

A quel moment convient-il d'intervenir ? Ici encore, il est difficile de donner une réponse catégorique ; en effet, nous ne saurions trop insister sur ce point, que l'opération elle-même a souvent été motivée par une erreur de diagnostic. Et personne ne conteste la difficulté de poser le diagnostic de péritonite tuberculeuse, surtout en l'absence d'autres manifestations viscérales de la diathèse tuberculeuse. La recherche du bacille de Koch dans l'exsudat, que l'on obtient par une ponction exploratrice, s'impose; et, en effet, dans un certain nombre de cas, elle a été faite avec succès. Mais on n'ignore pas que cet examen donne souvent des résultats négatifs, surtout dans les cas d'épanchements abondants. Or, un résultat négatif n'a pas grande valeur; c'est donc, en dernier ressort, à l'inoculation qu'il faut avoir recours : on aura ainsi les plus grandes chances d'avoir un diagnostic rigoureux, mais au bout de plusieurs semaines seulement!

Lorsqu'on se trouve en présence d'une péritonite tuberculeuse, à quel moment doit-on intervenir ? M. Maurange pose les indications suivantes : « La péritonite, malgré un régime sévère, s'aggrave tous les jours; l'ascite devient de plus en plus considérable, le ventre est fortement distendu; le malade maigrit; il est en proie à la fièvre vespérale et vomit. En même temps, on trouve en arrière, vers la base du poumon, de la matité, des signes non équivoques d'un épanchement de faible importance. Alors, il n'y a pas à hésiter, le chirurgien doit intervenir. »

D'autres chirurgiens, au contraire, préfèrent une intervention précoce, et, dès que le diagnostic est établi, surtout par la constatation du bacille de Koch, conseillent l'intervention. Il est de toute évidence que, dans de pareilles circonstances, on a plus de chances d'avoir affaire à une tuberculose encore localisée. C'est dire que les chances de guérison radicale sont bien plus grandes. Or, ces conditions se trouvent réalisées, le plus souvent, dans la péritonite ascitique à exsudat libre ; nous montrerons plus loin pourquoi cette forme peut guérir plus facilement, et nous chercherons à établir que c'est précisément cette forme qui est justiciable du traitement proposé par M. Debove.

L'intervention précoce est donc une condition du succès, sinon nécessaire, du moins importante ; et contrairement à M. Maurange, nous croyons qu'il vaut infiniment mieux ne pas attendre l'apparition de la fièvre hectique et des complications thoraciques pour proposer l'opération.

Il va de soi que toute intervention est contre-indiquée toutes les fois que les symptômes d'infection générale dominent l'affection locale, en un mot, lorsqu'il s'agit de granulie généralisée. Il est inutile d'intervenir dans certaines formes fibreuses, qui évoluent lentement sans porter atteinte à l'état général et qui ont une tendance naturelle à la guérison spontanée. Une de ces formes qui, le plus souvent s'attaque à plusieurs séreuses, tout en respectant les viscères, a été bien étudiée par MM. Fernet (1) et Boulland (2). Celui-ci a noté 10 guérisons sur 36 cas.

Lorsque les lésions viscérales de la tuberculose seront très avancées, lorsque la cachexie sera arrivée à un degré tel que le malade ne soit plus en état de supporter le traumatisme opératoire, il sera prudent de ne plus tenter d'opérations. Encore est-il bon de faire quelques réserves, puisque les faits nous apprennent que jamais l'intervention n'a hâté le dénouement fatal, qu'elle n'a jamais été suivie d'une explosion de tuberculose miliaire aiguë, et que la récidive locale est très rare, puisqu'il n'en existe qu'une

(1) Jacobs. *La Clinique* (de Bruxelles), avril 1890.
(2) Terrillon. *Semaine médicale*, 15 octobre 1890.

(1) Fernet. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1884.
(2) Boulland. Thèse de Paris, 1885.

seule observation bien nette, celle de Kendal Frank (1).

En somme, il faut intervenir dès que le diagnostic de péritonite tuberculeuse est posé, afin d'avoir plus de chances d'obtenir une guérison radicale.

III

Traitement de M. Debove. — Deux points résultent de l'exposé que nous venons de faire : 1° l'efficacité de l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse est actuellement incontestable ; ce qui revient à dire que, dans certaines conditions, nous sommes en présence d'une affection curable ; 2° quel que soit le mode d'intervention, on a de grandes chances d'obtenir des succès. Partant de ces deux données, M. Debove a eu l'heureuse idée d'appliquer à la péritonite tuberculeuse un traitement fort simple et qui consiste en une ponction aspiratrice et évacuatrice, suivie d'un lavage de la cavité péritonéale. Le succès qu'il a ainsi obtenu est tellement remarquable qu'il importe d'appeler l'attention des médecins sur ce mode de traitement. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire l'observation, telle que M. Debove l'a communiquée à la Société médicale des hôpitaux (2).

Une femme, âgée de vingt-huit ans, est entrée dans mon service le 9 juillet. Depuis un mois elle souffrait du ventre. Lorsque nous l'examinons, nous constatons qu'il existe une ascite assez considérable, que l'état général est mauvais, qu'il y a une émaciation prononcée, une température de 40 degrés. Nous diagnostiquons une péritonite tuberculeuse.

Le 12 juillet, nous ponctionnons l'abdomen et retirons plus de six litres d'un liquide transparent et citrin ; puis nous faisons un lavage avec 2 litres d'eau saturée d'acide borique. L'eau, aussi bien que tous les appareils servant à cette opération, avaient été stérilisés à l'autoclave. Le soir, la température s'élevait à 40°4. Les jours suivants, la température baissait, l'état général s'améliorait, le ventre peu à peu reprenait son volume normal. Au bout de huit jours, la situation de la malade s'est très améliorée ; les forces de la malade, l'embonpoint croissant (augmentation de 12 livres en deux mois) peuvent faire croire que la malade est guérie.

Dans le cas actuel, le diagnostic a été contrôlé par des inoculations faites à des cobayes, qui ont tous succombé avec des lésions tuberculeuses.

Quant au manuel opératoire, il est des plus simples. On prépare un ballon que l'on peut graduer, destiné à recevoir le liquide d'injection, de l'eau boriquée, par exemple. Ce ballon est fermé par un bouchon muni de deux tubulures ; par l'une le ballon est mis en communication avec une poire en caoutchouc, au moyen de laquelle on exercera une certaine pression à la surface du liquide ; à l'autre on fixe un tube en caoutchouc qui s'adaptera au trocart. On a soin de stériliser tout l'appareil à l'autoclave à 120 degrés. On pourrait, à la rigueur, intercaler dans la première des tubulures, destinée à livrer passage à l'air, une bourre d'ouate stérilisée, qui retiendrait les germes de l'air ; mais cette précaution n'est pas indispensable, car l'air, nous le savons, ne renferme que peu de bactéries pathogènes ; d'ailleurs la bourre d'ouate aurait l'inconvénient de nécessiter une pression bien supérieure à celle que la simple poire est capable de fournir. Toutes ces précautions ne sont pas superflues, car si la séreuse péritonéale est d'une tolérance parfaite pour les liquides aseptiques, elle réagirait avec une grande intensité sous l'influence des germes nocifs.

Ces préparations étant préalablement faites, on a soin de stériliser la peau au niveau de la piqûre, et on procède à l'aide de l'appareil aspirateur à l'évacuation aussi complète que possible de l'exsudat péritonéal. Cette ponction est immédiatement suivie du lavage de la séreuse avec l'appareil dont nous venons de décrire le dispositif. On peut faire passer ainsi plusieurs litres d'une solution aseptique tiède (car le liquide doit avoir de 37 à 40 degrés) dans le péritoine, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair, ce qui arrive rapidement lorsqu'on est en présence d'une péritonite à forme ascitique ; dans ces conditions, toute la séreuse peut être baignée par le liquide d'injection. Ajoutons qu'il n'y a aucun inconvénient à laisser une certaine quantité de liquide dans la cavité abdominale. L'unique précaution à prendre après cette intervention minime est de condamner le malade au repos absolu pendant quelques jours. Le résultat immédiat de l'opération, dans le cas particulier, a été de provoquer une sorte d'ascite aiguë, laquelle s'est résorbée rapidement.

Comme on a pu s'en rendre compte, d'après l'observation que nous avons rapportée, l'amélioration a été rapide ; la malade a accusé un soulagement notable ; on a constaté une grande amélioration dans l'état général, qui, en coïncidant avec la chute de la fièvre et le retour de l'appétit, s'est traduite par une augmentation de poids de douze livres en deux mois. Actuellement, plus de trois mois après l'opération, le ventre est souple, non douloureux, ne renferme plus trace de liquide, et la malade peut être considérée comme guérie.

Avant d'avoir reçu une application pratique, ce traitement a déjà été l'objet de vives critiques de la part des chirurgiens. Ainsi, M. Routier (1) le condamne d'une façon absolue : « C'est un moyen aveugle, dit-il ; le chirurgien ne sait pas bien ce qu'il fait ; tout au plus pourrait-on l'employer dans le cas où l'on a à traiter une petite poche bien limitée, et encore est-ce un procédé bien infidèle. »

Il nous suffit de rappeler le cas de M. Debove pour montrer ce qu'il y a d'exagéré dans cette critique.

Le traitement de M. Debove est-il applicable à tous les cas ? Sans vouloir trancher définitivement cette question, il nous semble que c'est surtout à la forme dite ascitique qu'il faut réserver ce mode d'intervention. En effet, comme on le sait, l'ascite est le phénomène dominant ; la séreuse est recouverte de granulations tuberculeuses ; mais il n'y a pas ou il n'y a que peu de fausses membranes : la tuberculose domine, la péritonite passe au second plan. Peut-être conviendrait-il de réserver à cette forme le terme de tuberculose péritonéale, de préférence à péritonite tuberculeuse. Dans ces conditions, la séreuse peu épaissie formera une vaste cavité unique, non cloisonnée, sans diverticules, de sorte que le lavage pourra atteindre et modifier toutes les parties du péritoine. Il est à craindre que ce traitement ne devienne insuffisant dans les cas de péritonite suppurée, enkystée, et, de même que la pleurésie purulente doit être traitée par la pleurotomie, il semble que la laparotomie doive rester l'opération de choix dans la péritonite suppurée ou abcès tuberculeux du péritoine. Dans ces cas, l'inci-

(1) K. Frank. *Brit. Med. Journ.*, 1889.

(2) Debove. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 10 octobre 1890.

(1) Routier. Loc. cit., 1890, p. 289.

sion semble d'autant plus nécessaire, qu'elle permettra de pratiquer une toilette plus complète de la séreuse, et d'employer pour le lavage un antiseptique puissant.

Lorsqu'on fait le lavage par l'intermédiaire du trocart, il est plus prudent d'avoir recours à un antiseptique faible; il peut arriver, en effet, qu'une certaine quantité de liquide reste dans la séreuse. Ce fait qui ne présente aucun danger, si on se sert d'eau boriquée, peut devenir le point de départ d'accidents sérieux, si on fait usage de substances telles que le sublimé. On pourrait cependant faire usage d'antiseptiques puissants, en mettant à profit les récentes recherches de M. Delbet sur l'absorption du péritoine; M. Delbet, en effet, a montré que, si on fait un premier lavage anodin, suivi d'un lavage avec un antiseptique toxique, on n'observe jamais d'accident, ce dernier étant absorbé avec une extrême lenteur. On pourrait, par conséquent, faire un premier lavage à l'eau boriquée, suivi d'un lavage au sublimé, et on entraînerait le restant du sublimé par un dernier lavage boriqué. Mais, comme nous l'avons déjà fait remarquer, y a-t-il utilité réelle à employer des substances parasiticides? M. Debove ne le croit pas; il est d'avis qu'un liquide aseptique remplace avantageusement une solution antiseptique, et il est disposé à se servir, à la prochaine occasion, d'eau bouillie et stérilisée. Nous rappelons, à ce propos, que Kœnig a montré, par les observations qu'il a réunies, que le nombre de succès a été plus considérable dans les cas où il n'a pas été fait usage d'antiseptiques. Nous voulons simplement en déduire, non pas que les antiseptiques sont dangereux, mais simplement superflus.

IV

COMMENT PEUT-ON CONCEVOIR LE MODE D'ACTION DE CE TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE? — Un premier point intéressant et important à préciser est celui de savoir si, à côté de la *guérison clinique* de la péritonite, il peut y avoir aussi *guérison anatomo-pathologique*. En d'autres termes, que devient le tubercule à la suite de l'intervention? A cet égard les documents sont malheureusement encore peu nombreux; cependant, trois faits qui ont une grande valeur permettent d'affirmer que le tubercule peut totalement disparaître.

1° Hirschberg (1) rapporte l'observation d'une malade à qui il avait fait la laparotomie; l'incision permit de constater sur le péritoine l'existence de granulations tuberculeuses très confluentes, dont la grosseur variait de celle d'une lentille à celle d'un pois : on lava le péritoine avec une solution de sublimé : guérison opératoire. Huit mois après, la malade mourut de phthisie pulmonaire. A l'autopsie, le *péritoine était net*, et on ne trouvait plus trace des nombreuses granulations, que l'on avait autrefois constatées.

2° Ahlfeld (2) rapporte l'histoire d'une malade chez laquelle, dans le cours d'une opération abdominale, on trouva le péritoine couvert de granulations, qui, sur le moment, furent regardées comme cancéreuses. La malade mourut un an et demi après l'opération; à l'autopsie, le *péritoine était complètement uni et lisse*, et il ne restait plus trace de granulations.

(1) HIRSCHBERG. *Verhandlungen der deutsch. Gesell. f. Gynek.* (1er Congrès).

(2) AHLFELD. *Deuts. Med. Wochens.*, 1880.

3° Hofmokl (1) rapporte un fait moins net : il s'agit d'une péritonite tuberculeuse démontrée par l'examen histologique. La malade, très améliorée après l'opération, mourut six mois après. A l'autopsie, il n'y avait pas de reproduction notable du liquide.

Ainsi, en ne retenant que les deux premiers faits, contrairement à toutes les prévisions, on voit le tubercule, qui a toujours été considéré comme une néoplasie tenace, disparaître totalement; un péritoine parsemé de granulations même volumineuses [grosses comme un pois] (Hirschberg), peut redevenir lisse, et ces résultats ont été obtenus par l'incision simple ou par l'incision suivie d'un lavage de la séreuse. Nous sommes donc en droit de supposer que, dans un grand nombre de cas de guérison, il y a eu disparition totale des tubercules.

A côté de ces faits, il faut signaler une observation intéressante de Ceccherelli (2). A la suite d'une de ses opérations, le liquide ascitique s'était reproduit, et Ceccherelli a dû faire une seconde laparotomie. L'examen bactériologique du liquide n'a pas permis de retrouver le bacille de Koch, alors qu'il avait été constaté lors de la première intervention. Sans ajouter à un résultat négatif plus d'importance qu'il ne convient, il nous a paru bon de rappeler cette observation.

Or, doit-on s'étonner outre mesure, de ces faits? Ne savons-nous pas, depuis longtemps, que le tubercule peut guérir spontanément? Nous ne devons pas oublier que tous les organes sont loin d'être des terrains favorables à l'éclosion du tubercule; et même dans les organes, où le bacille se développe avec une sorte de prédilection, le poumon, par exemple, il est commun de voir la lésion rester toute locale, subir une transformation fibreuse, ce qui équivaut à une cicatrisation. Rien n'est plus habituel que de trouver à l'autopsie des vieillards des vestiges d'une tuberculose pulmonaire, représentée par quelques nodules fibro-crétacés, par quelques adhérences pleurales; cette tuberculose a pu être latente pendant toute la vie de l'individu : le processus s'est éteint dans le foyer même de son origine. Dans d'autres organes, et, en particulier, dans les séreuses, le léger travail irritatif que par simple action de présence le nodule tuberculeux crée autour de lui, pourrait, dans certaines conditions, suffire à l'étouffer dans une trame fibreuse.

En un mot, le tubercule n'évolue, chez l'homme, que lorsque le terrain est prédisposé pour recevoir le germe.

Comment évolue la tuberculose du péritoine, et dans cette étude, nous avons en vue surtout les cas qui correspondent à la forme ascitique? Il s'agit, le plus souvent, d'une véritable granulie péritonéale; c'est-à-dire que la séreuse est parsemée de granulations blanchâtres, quelquefois encore transparentes ou déjà grisâtres, et dont les dimensions sont à peu près celles d'un grain de semoule, dépassant rarement le volume d'un pois. Ce qui paraît appartenir en propre à cette forme, c'est la situation même des tubercules, qui sont très superficiels, qui semblent uniquement séparés de la cavité péritonéale par une simple couche endothéliale. Rindfleisch et Colberg pensaient que ces tubercules siégeaient sur la séreuse même. N'est-ce pas là une condition éminemment favorable pour atteindre le tubercule en tant que lésion? N'est-ce pas dans cette disposition

(1) HOFMOKL, cité par KUMMEL. *Arch. f. Klin Chir.*, 1888.

(2) CECCHERELLI. Loc. cit. (in *Semaine médicale*, 1889).

anatomique que l'on trouvera l'explication de la régression des lésions? Nous reviendrons sur ce point quand nous passerons en revue les diverses hypothèses émises pour expliquer l'efficacité du traitement chirurgical.

Ne trouvons-nous pas dans l'étiologie de la péritonite tuberculeuse quelques particularités qui nous permettent de concevoir sa curabilité? La clinique nous enseigne que la péritonite tuberculeuse est d'ordinaire un accident initial de la bacillose, et rarement une complication de la phthisie pulmonaire. Aussi, Kümmel et Kœnig comparent-ils la péritonite à une affection locale. Cette opinion, qui se vérifie dans un certain nombre de cas, ne répond pas à tous. Personne n'ignore la propagation des affections de la séreuse péritonéale à la séreuse pleurale, parfois à la séreuse péricardique. Dans la péritonite tuberculeuse, d'après la loi de Godelier, la pleurésie serait la règle; mais cette règle est loin d'être absolue, si nous nous rapportons à la statistique d'autopsies de Kœnig : celui-ci, en effet, n'a noté que 60 fois des complications pleurales sur 107 autopsies. Mais nous savons, d'autre part, que cette tuberculose, qui s'attaque à plusieurs séreuses, est susceptible de guérison spontanée; Boulland a signalé 10 guérisons sur 36 observations. En somme, la complication pleurale n'est donc pas d'une grande gravité. Aussi ne pouvons-nous souscrire aux idées émises par Boulland, qui croit que la tuberculose péritonéo-pleurale emprunte sa gravité à ce fait qu'elle est toujours secondaire; les séreuses formant des cavités closes, les éléments tuberculeux ne peuvent arriver que par des voies détournées. « En un mot, dit Boulland, les plèvres et le péritoine ne sont envahis que lorque l'organisme est déjà plus ou moins imprégné d'éléments tuberculeux. »

Certes, si on examine les viscères d'individus qui ont succombé à une péritonite tuberculeuse, on trouve presque toujours d'autres lésions tuberculeuses. Mais cela ne signifie pas que ces lésions soient contemporaines; il n'y a rien que de très naturel à ce qu'un malade atteint de péritonite tuberculeuse meure avec de la tuberculose pulmonaire; ce qui ne veut pas dire que le malade ait été tuberculeux du poumon et du péritoine, dès le début de l'infection.

Kœnig insiste tout particulièrement sur la fréquence des lésions intestinales; il les aurait rencontrées 80 fois sur 107; aussi admet-il que, dans la majorité des cas, la péritonite est consécutive à la tuberculose intestinale. Cliniquement, il justifie cette opinion par le grand nombre de malades, atteints de péritonite tuberculeuse, qui avaient accusé des troubles intestinaux. Or, le foyer intestinal peut s'éteindre, après que la séreuse péritonéale a été ensemencée; ainsi Kœnig aurait rencontré, bien souvent, des cicatrices intestinales chez ceux qui ont succombé à la péritonite tuberculeuse.

Une théorie opposée à celle de Kœnig est soutenue par Spillmann (1); d'après lui, il n'y a guère de rapports entre l'entérite tuberculeuse et la péritonite de même nature; du moins, dit-il, il ne connaît pas d'observations concluantes; les lésions intestinales, il les considère comme postérieures à la péritonite. Sur 34 cas, il n'a noté que 8 fois l'existence d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin. Aussi, suivant lui, a-t-on pu dire avec raison que, de tous les organes de l'économie, le poumon et l'intestin, atteints de tuberculose, se compliquent le plus rarement de tuberculose péritonéale. Dans l'entérite tuberculeuse, on observe bien parfois des péritonites adhésives, locales, circonscrites, mais jamais généralisées. Ces altérations sont comparables aux pelvi-péritonites dues à la tuberculose des organes génitaux de la femme.

Quoi qu'il en soit, on s'accorde, en général, à admettre, que c'est consécutivement à l'ingestion de substances bacillifères que se déclare la péritonite tuberculeuse; le bacille pénètrerait par la voie des lymphatiques, ainsi que MM. Cornil et Ranvier ont eu occasion de le vérifier.

C'est bien par l'intestin que le bacille doit cheminer pour atteindre le péritoine (nous laissons de côté, à dessein, les péritonites tuberculeuses consécutives à la tuberculose génitale de la femme); et il nous semble possible de mettre d'accord Kœnig et Spillmann, en rappelant les conclusions d'un intéressant mémoire de Dobroklonski (1), sur la pénétration des bacilles tuberculeux dans l'organisme à travers la muqueuse intestinale : Dobroklonski a montré, en effet, que le bacille de Koch peut traverser la paroi intestinale, sans léser aucun de ses éléments. Nous possédons donc encore un facteur étiologique important, et nous serons en droit de conclure que la péritonite tuberculeuse peut être réellement une manifestation initiale de la bacillose.

Il nous reste maintenant à examiner par quel mécanisme le traitement a modifié la marche de la péritonite tuberculeuse, et peut en amener la guérison. Pour cela, il nous paraît intéressant de résumer d'abord les diverses hypothèses émises par les différents auteurs.

1° Cabot (2) admet que la tuberculose des séreuses est une tuberculose de surface. L'exsudat agit comme irritant par la pression qu'il exerce; par sa composition propre, il constitue un milieu de culture très favorable au développement du bacille et, par suite, à la progression de l'infection. Par l'évacuation du liquide, on supprime une cause d'irritation pour le péritoine et un milieu nutritif propice à la pullulation des bacilles. D'après Cabot, il faut procéder non seulement à l'évacuation du liquide, mais encore au pansement de la surface malade et à sa désinfection. Aussi Cabot se déclare-t-il partisan du lavage antiseptique et du drainage; il considère comme insuffisante la ponction seule et même la simple évacuation du liquide par la laparotomie. Le traitement, suivant lui, favorisera la production d'adhérences qui, en devenant fibreuses, étoufferont le tubercule.

2° Cameron (de Huddersfield) émet une simple hypothèse : « Il est possible, dit-il, que cette action curative s'obtienne en enlevant les ptomaïnes qui résultent de l'évolution du bacille dans le tubercule, accumulées dans le liquide ascitique, et dont l'absorption favorise indubitablement la propagation de la maladie dans d'autres organes. »

3° Van de Warker (3) propose l'explication suivante : le tubercule crée une épine inflammatoire; le péritoine réagit en s'enflammant, et devient dès lors un terrain tout préparé pour l'éclosion de nouveaux tubercules. La propagation gagne ainsi de proche en proche, et la généralisation a des chances de se faire. Si maintenant on oppose à la péritonite un traitement chirurgical approprié, on favorise la régression de l'infection spécifique et on prépare la guérison

(1) Spillmann. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Péritonite.

(1) Dobroklonski. *Archives de médecine expérimentale*, mars 1890.
(2) Cabot. *Boston Med. and Surg. Journ.*, t. CXIX, p. 121.
(3) Van de Warker. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1887.

qui se fait comme toujours par encapsulation, transformation fibreuse ou calcification.

4° Weinstein (1) admet que, par l'évacuation du liquide, on diminue la pression que le liquide exerce sur les vaisseaux lymphatiques et sanguins; on favorise ainsi la résorption des produits morbides. D'autre part, on détermine une inflammation plus vive, qui a pour effet d'oblitérer les vaisseaux et d'empêcher la reproduction de l'exsudat.

5° Vierordt (2) admet que l'ascite est la cause d'un grand nombre de troubles fonctionnels qu'on observe : aussi, en évacuant l'ascite, obtient-on une amélioration de la gêne respiratoire et circulatoire et la cessation de l'influence paralysante d'une séreuse enflammée sur les muscles sous-jacents (diaphragme et intestins); de plus, l'ascite détermine une sorte d'auto-intoxication par rétention momentanée du contenu intestinal; ainsi pourrait s'expliquer, d'après Vierordt, la chute de la fièvre après l'évacuation de l'ascite.

6° M. Maurange conclut en acceptant que l'intervention chirurgicale ne *guérit* pas la péritonite tuberculeuse, mais en favorise seulement la régression.

7° Kœnig admet que la tuberculose péritonéale guérit parce que le foyer tuberculeux intestinal est en voie de guérison au moment de l'intervention; le point de départ de l'infection est ainsi supprimé. Le tubercule péritonéal guérit par transformation fibreuse. Enfin, dans certains cas, le mécanisme est absolument inexplicable : c'est une véritable énigme.

Quant à nous, nous croyons qu'on peut pénétrer un peu plus avant le mécanisme de cette guérison. Nous avons montré, en effet, comment la tuberculose peut se localiser primitivement sur le péritoine; nous savons, de plus, que la péritonite tuberculeuse est une complication rare chez le phthisique avéré, et qu'elle peut rester, pendant une période assez longue, une affection locale, que l'on peut comparer aux synovites tuberculeuses. La coexistence de la tuberculose pleurale, condition qui serait plutôt défavorable au succès d'une opération, n'est pas la règle, comme l'a cru Godelier, puisque Kœnig n'a trouvé de lésions pleurales que dans la moitié des cas environ. D'ailleurs nous savons, ainsi que M. Boulland l'a montré, que, même dans la tuberculose pleuro-péritonéale, la guérison spontanée est possible. Il ne faut pas oublier que, dans certains cas, la péritonite a une tendance naturelle vers la guérison spontanée. Nous sommes donc en droit de supposer que le bacille de Koch ne trouve pas toujours, dans la cavité péritonéale de l'homme, un milieu favorable à exalter sa virulence. De plus, il est notoire que souvent la tuberculose avorte, pour ainsi dire. Est-il besoin de rappeler combien il est difficile de cultiver le bacille de Koch, et avec quelle facilité les cultures perdent leur virulence et meurent?

En envisageant les choses de cette façon, on arrivera à la conclusion que l'organisme humain est loin d'être toujours un milieu favorable au développement du bacille de la tuberculose, que le terrain est souvent plus ou moins réfractaire; et que, dans ces conditions, le tubercule, produit du bacille, est une néoplasie fragile. Ce qui rend le tubercule redoutable, c'est que, d'ordinaire, il est impossible de l'atteindre directement. Lorsque, au contraire, il est en notre pouvoir d'agir sur lui, n'arrive-t-il pas fréquemment que l'organisme prend le dessus? Personne ne nie aujourd'hui la possibilité de la guérison des tuberculoses locales et périphériques.

Or, dans la péritonite tuberculeuse, nous rencontrons une série de conditions favorables à une intervention. Tout d'abord, la *situation très superficielle* des tubercules permet d'agir sur eux par des moyens mécaniques. Le processus irritatif, engendré par le tubercule lui-même, peut obturer les lymphatiques de la séreuse et diminuer ou retarder les chances d'une infection générale. D'autre part, en tenant compte des cas de guérison absolue, contrôlée à l'autopsie par Hirschberg, Ahlfeld, Hofmokl, qui ont noté la disparition des granulations tuberculeuses, il faut bien reconnaître que parfois le tubercule est une néoplasie délicate, peu résistante, au moins à une certaine période de son évolution. Si le fait d'*avoir lavé* des tubercules suffit à les faire disparaître, quelle belle perspective pour l'avenir de la thérapeutique des tuberculoses!

Malgré toutes ces tentatives d'explication, il n'en reste pas moins vrai que ces guérisons sont surprenantes, merveilleuses, et on est en droit de se demander si le péritoine et peut-être les séreuses, d'une façon générale, ne présentent pas, soit dans leur structure, soit dans leurs fonctions, quelques particularités qui nous échappent encore, et dont la connaissance nous révèlerait le mécanisme intime de la guérison de la tuberculose des membranes séreuses.

(1) Weinstein. Loc. cit., 1887.
(2) Vierordt. Loc. cit.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

Traitement des blépharites. — Voici les indications du traitement que formule M. Trousseau, médecin des Quinze-Vingts :

Il faut, tout d'abord, s'adresser à la diathèse. On donnera aux malades de l'huile de foie de morue, du fer, des vins iodés, de l'arséniate de soude, etc.

Quelle que soit la variété de blépharite, certaines précautions devront être prises : éviter la lumière trop vive, les poussières, à l'aide de verres légèrement noircis; fuir tout séjour dans un air vicié, surchauffé ou altéré par la fumée de tabac.

Les boissons alcooliques, le thé, le café, les crustacés, les poissons, les salaisons, la charcuterie seront sévèrement prohibés.

On lavera souvent les yeux à l'eau chaude, afin de les débarrasser des croûtes, lamelles ou concrétions du bord des paupières.

La *blépharite érythémateuse* pourra être facilement guérie par des verres cylindriques chez des astigmates. D'autres patients seront débarrassés de leur inflammation, dès qu'on les aura soumis à des cathétérismes réguliers des canaux conducteurs des larmes.

Parfois l'irritation palpébrale sera due à un pince-nez, porté trop près des cils qu'il comprime.

On peut hâter la guérison de tous ces malades, en appliquant chaque matin sur les yeux, pendant un quart d'heure, des compresses tièdes trempées dans la solution suivante :

Eau	300 grammes.
Sulfate de zinc.	3 —

L'*eczéma du bord palpébral* sera traité d'une façon différente suivant qu'il y a réaction inflammatoire ou non.

S'il y a inflammation, on lotionnera fréquemment les yeux avec la solution suivante chauffée au bain-marie :

Eau	350 grammes.
Acide borique	12 —

La nuit on applique des cataplasmes de fécule tièdes, arrosés de cette même solution.

Si l'inflammation est tombée, on mettra sur les paupières, trois fois par jour, pendant une demi-heure chaque fois, des compresses tièdes recouvertes de gutta-percha laminée, trempées dans de l'eau additionnée de xx gouttes d'alcool pour un verre d'eau.

Le soir, on enduira le bord ciliaire avec une petite quantité de la pommade suivante :

Vaseline.	10 grammes.	
Oxyde de zinc . .	50 centigr. à	1 —

Dans les formes chroniques, on pourra faire usage de la pommade suivante :

Vaseline	10 grammes.
Précipité rouge	5 centigr.

ou de la suivante, si l'eczéma est tout à fait torpide :

Vaseline.	10 grammes.
Huile de cade	1 —

La *blépharite pityriasique* sera avantageusement traitée de la manière suivante :

Mettre sur les paupières, matin et soir, pendant dix minutes, des compresses tièdes trempées dans la solution astringente de sulfate de zinc à 1 gramme pour 100 grammes.

On enduira le soir les paupières avec le mélange suivant :

Vaseline . . . . }	*ãã* 5 grammes.
Lanoline . . . . }	

ou avec la pommade au précipité rouge, ou avec celle-ci :

Vaseline	10 grammes.
Oxyde jaune de mercure. . . .	1 —

En cas de démangeaisons, on prescrira plusieurs onctions par jour avec :

Vaseline.	10 grammes.
Résorcine.	1 —

ou avec :

Vaseline.	10 grammes.
Acide phénique	50 centigr.

Dans la *blépharite ulcéreuse*, il faut enlever avec une pince toutes les croûtes et appliquer sur les yeux des compresses trempées dans :

Eau	350 grammes.
Acide phénique.	2gr50

ou dans :

Eau	300 grammes.
Sublimé corrosif.	10 centigr.

Ces compresses doivent être chaudes et laissées pendant une demi-heure, deux ou trois fois par jour.

Quand les paupières seront débarrassées des produits de sécrétion, on doit badigeonner les ulcérations avec un pinceau trempé dans :

Eau.	15 grammes.
Nitrate d'argent.	20 centigr.

Fréquemment il est utile d'arracher les cils.

Quand les ulcérations sont cicatrisées, on met des compresses astringentes matin et soir. On se sert d'applications nocturnes, de pommades au précipité rouge.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 octobre 1890. — Présidence de M. NICAISE.

Après la lecture du procès-verbal, **M. LE PRÉSIDENT** lit une notice sur M. Monod père, membre fondateur et ancien président de la Société, et, en signe de deuil, lève la séance.

Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de gynécologie (1), par S. POZZI.

Nous avions besoin d'un traité de gynécologie, car depuis le bouleversement qui a renouvelé de fond en comble la pathologie féminine, la France était encore sous la dépendance des livres étrangers dont elle mendiait les traductions. Le livre de M. Pozzi est venu à son heure, c'est un premier point dont il faut sincèrement féliciter l'auteur.

L'importance extraordinaire qu'a prise partout la gynécologie dans ses dernières années, est un fait qu'on ne saurait méconnaître. L'antisepsie a ouvert une ère nouvelle dont la gynécologie a largement bénéficié. L'intervention active est devenue inoffensive dans nombre de maladies, jusque-là plus ou moins abandonnées à des palliatifs qui n'étaient, en réalité, qu'une expectation déguisée.

M. Pozzi fait voir combien les choses sont changées depuis un quart de siècle. Il rappelle qu'en 1822, Sauter de Constance réussit la première hystérectomie vaginale pour cancer. « Après cette guérison, dit-il, onze morts consécutives suivirent les onze premières opérations pratiquées à son exemple ; et la liste complète des victimes n'a, sans doute, pas été publiée. »

Telles opérations que les *pansements sales* avaient, à juste titre, fait abandonner, à cause de leur effrayante mortalité, ont pu être reprises à nouveau. Il y a à peine vingt ans, la chirurgie s'était désintéressée des maladies utérines, laissant, aux accoucheurs, les suites de couches, et aux médecins, l'immense champ des métrites, des déplacements utérins et des inflammations périmétriques. La gynécologie ainsi morcelée, dit M. Pozzi, était loin de constituer une branche distincte de l'art de guérir.

Depuis, et à très juste titre, la gynécologie est devenue ce qu'elle aurait toujours dû être, une branche de l'art chirurgical. Ce mouvement de concentration a réuni dans les mêmes mains le traitement des maladies des femmes. A l'étranger, la spécialisation est un fait accompli et depuis de longues années. En France, cette idée n'est pas encore entrée dans nos mœurs, et il est vraiment à regretter que notre Faculté laisse un enseignement aussi important sans représentant spécialement attitré. Il est triste de dire que, si l'étudiant français n'avait pas à sa disposition l'enseignement des hôpitaux, il ignorerait les premières notions du traitement des maladies des femmes. Cette lacune dans l'enseignement officiel a fait le succès de certaines cliniques de la ville où l'étudiant court chercher, et souvent sans succès, un enseignement auquel il a droit et que jusqu'ici on continue, on ne sait trop pourquoi, à lui refuser obstinément.

Nous n'avons pas le prétention de suivre M. Pozzi chapitre par chapitre, c'est un traité complet de gynécologie que l'auteur livre au public médical français.

Disons toutefois que, tout en constatant la part considérable qui revient à l'étranger dans les progrès de la science gynécologique, l'auteur a su mettre en relief les mérites des gynécologues français, mérites trop oubliés sur les bords d'outre-Rhin, où parfois l'on chercherait vainement le nom d'un de nos compatriotes. L'exploration bimanuelle, que l'on vient de réinventer en Allemagne, n'a-t-elle pas été inaugurée en France par Puzos, en 1753, et pratiquée par Levret et Baudelocque ? Le spéculum n'est-il pas figuré dans les œuvres d'Ambroise Paré et de Scultet, et son emploi ne trouve-t-il pas toute son importance entre les mains de Récamier, médecin de l'Hôtel-Dieu ? N'est-ce pas Levret, en 1771, puis Huguier qui ont préconisé l'hystérométrie et en ont montré tous les avantages ?

M. Pozzi rappelle que le curetage est une opération française, due à Récamier ; que l'opération réglée de la fistule vésico-vaginale est due à Jobert (de Lamballe) ; que le raccourcissement des ligaments ronds fut l'ouvrage d'Alquié. Les noms de Amussat,

(1) Grand in-8°. Prix : 30 francs. — Paris, Masson.

Kœberlé, Nélaton, Péan, Valleix, Aran, Bernutz, etc., suffisent pour constituer vis-à-vis de l'étranger une revendication légitime : mais, se borner à citer les œuvres nationales, à l'exclusion des travaux étrangers (procédé trop communément appliqué chez nos voisins), eût été rétrécir, sans raison, notre horizon scientifique. Le livre de M. Pozzi ne mérite pas ce reproche, et l'auteur a su comprendre que parfois le chauvinisme n'est qu'une des formes de l'ignorance. Le traité de gynécologie de M. Pozzi est bien réellement l'exposé de l'état actuel de la science dans tous les pays.

L'auteur a évité cette bibliographie encombrante, faite pour l'ostentation et qui n'a jamais été de bien grande utilité; il a su faire un choix dans ses citations et renvoyer le lecteur aux ouvrages les plus récents et les meilleurs.

Ce ne sont pas là les seuls mérites de cet ouvrage. D'un style élégant et clair, d'une précision remarquable dans les descriptions, le nouveau traité est bien le livre d'enseignement par excellence. M. Pozzi a su se rendre compte que la plupart des interventions gynécologiques sont des opérations nouvelles, il était indispensable de décrire la technique d'une façon aussi complète que précise. C'est pourquoi les chapitres destinés à la technique opératoire ont été l'objet de soins particuliers.

En résumé, le livre de M. Pozzi constitue une œuvre qui deviendra et restera pour longtemps en France le traité *classique* de gynécologie.

A. R.

Formulaire de thérapeutique appliquée (1), par A. Ferrand, médecin de l'hôpital Laënnec.

M. Ferrand nous avait déjà donné un *Traité de thérapeutique*, justement estimé. Il nous présente — sur le même plan — un formulaire, ayant pour base non le médicament, mais l'indication thérapeutique et les médications qui répondent à chacune de ces indications.

Étant donné une indication, l'auteur a voulu réunir, dans un même groupe aussi naturel que l'indication, les agents thérapeutiques et les formes médicamenteuses qu'il convient d'employer pour répondre à cette indication.

Après avoir réuni en vingt-neuf indications principales toutes celles que la maladie peut offrir à l'observateur, l'auteur attribue à chacune de ses indications les médications qui lui conviennent le mieux.

Une piquante préface de M. le professeur Peter est aussi à signaler.

L'année scientifique et industrielle (2), par Louis Figuier.

La trente-troisième année du livre devenu classique de M. Louis Figuier est consacrée, d'abord, au compte rendu de l'Exposition universelle de 1889. Une vue générale de l'Exposition et deux plans coloriés des constructions du Champ-de-Mars et de l'Esplanade des Invalides nous rappellent cette merveilleuse fête de l'intelligence et du travail.

Mais cet intéressant memento n'est qu'un chapitre de ce livre. M. Figuier n'a rien voulu changer à son plan ordinaire qui a été si bien accepté par ses lecteurs. Il passe toujours en revue des faits les plus considérables de l'astronomie, de la météorologie, de la physique, de la mécanique, de la chimie de l'art des constructions. L'histoire naturelle, l'hygiène publique, la médecine et la physiologie, l'agriculture, enfin les arts industriels complètent les chapitres sous lesquels se rangent tant de faits agréables ou utiles à retrouver.

L'*Année scientifique*, après un coup d'œil jeté sur nos sociétés savantes, paie son tribut de regret aux savants qui nous ont quittés.

Inutile de dire tout le bien que nous pensons de ce recueil : son succès est assuré ; il nous suffit de l'annoncer.

(1) In-12. Prix : 4 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.
(2) In-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

Dictionnaire de botanique (1), par M. H. Baillon.

Le XXVIe fascicule de ce dictionnaire comprend les articles NEPE-PAND : il est accompagné d'une fort belle planche chromolithographiée (*Papaver orientale*).

Le fascicule s'ouvre par le *nepenthes* (feuille), le *nepeta*, le *nephelium*, le *nephrodium*, le *nerium*, le *nesæa*, le *neurada*, le *nicandra*, la *nigelle*, le *niphœa*, le *nitraria*, le *nodularia*, le *nolana*, le *norantea*, le *nostoc*, le *notoceras*, le *nunnerhazia*, le *nuphar*, le *nuxia*, le *nymphæa* et le *nyssa*.

A la lettre O, signalons l'oboountchoa du Gabon, les Orchidées, les oliviers, les opuntias, les ovules.

L'article *paléontologie* est un des articles les plus intéressants de ce fascicule.

Gui Patin, sa vie, son œuvre, sa thérapeutique (2), par M. le docteur Félix Larrieu.

Tous les travaux entrepris sur l'histoire de la médecine sont assurés du meilleur accueil; ils nous reposent de nos grandes études, nous font connaître nos anciens, nous les font aimer ou admirer. Nul plus que Gui Patin ne mérite de nous arrêter. Quelle piquante figure ! quel doyen ardent ! quel écrivain acerbe ! quel intéressant causeur ! quel fin lettré !

M. Félix Larrieu, sans oser écrire l'histoire de Gui Patin, ce qui eût été entreprendre l'histoire de la Faculté pendant une période de cinquante ans, nous expose les faits les plus saillants de cette vie si accidentée. Il s'efforce d'élucider un certain nombre de points restés dans l'ombre jusqu'à ce jour.

Ce livre se recommande encore à nous par la reproduction de quelques gravures du XVIIe siècle qui donnent une bonne idée des mœurs médicales de l'époque.

Un beau portrait de Gui Patin à l'âge de soixante-neuf ans ; un autre portrait le représentant à l'âge de trente ans ; celui de Théophraste Renaudot, à l'âge de cinquante-huit ans ; — le clystère et la saignée au dix-septième siècle, d'après A. Bosse ; — une boutique d'apothicaire au dix-septième siècle, tirée des œuvres de Jean de Renou ; — un portrait de Gui Patin, en 1652 ; — celui de Charles Patin.

On voit avec plaisir l'excellente action que l'enseignement du professeur Laboulbène exerce sur certains jeunes confrères, qui ne reculent pas devant les recherches si intéressantes, mais souvent si pénibles, de l'histoire de la médecine.

M. Larrieu mérite nos remerciements et son livre a sa place marquée dans une bibliothèque médicale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 octobre 1890, M. le professeur Bouchard est nommé membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique et de la section permanente de ce Conseil, en remplacement de M. Gavarret, décédé.

— M. le professeur Brouardel est nommé commandeur de l'ordre du Sauveur de Grèce.

— A l'occasion de la nomination du professeur Le Dentu à la chaire de clinique chirurgicale, ses élèves et ses amis lui offrent un banquet, à l'hôtel Continental, le samedi 15 novembre, à sept heures et demie. La cotisation est de 20 francs. — Prière d'adresser les adhésions à M. Lyot, 37 *bis*, rue du Colisée.

— Le ministre de la marine a décidé que les élèves du service de santé des ports de Brest, Rochefort et Toulon, ralliant l'École principale à Bordeaux, à la suite de vacances scolaires, n'ont droit à aucune indemnité de route.

(1) In-4°. Prix : 5 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(2) In-8°. — Paris, A. Picard.

Il en est de même en ce qui touche les élèves du service de santé se rendant auprès des Facultés de médecine pour y subir les examens de doctorat.

Toutefois, les uns comme les autres ont droit à la réduction des tarifs sur les voies ferrées, à la condition qu'ils aient souscrit l'engagement militaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs N. Duranty (de Marseille), décédé subitement au lit d'un enfant malade; et Lassègue, médecin-directeur de l'hospice maritime de Cap-Breton.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Riban, maître de conférences, commencera un cours annexe de chimie analytique le lundi 3 novembre, à trois heures, rue Michelet, n° 3, et le continuera les lundis suivants à la même heure. — Il traitera de l'analyse quantitative, et particulièrement du dosage des métaux et des méthodes électrolytiques.

— M. Giard, chargé du cours d'évolution des êtres organisés (fondation de la Ville de Paris), commencera ce cours annexe le jeudi 6 novembre à trois heures, et le continuera les jeudis suivants à la même heure. — Il traitera des facteurs indirects de l'évolution (sélection naturelle, ségrégation, hérédité, etc.).

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur G. Pouchet commencera le cours d'anatomie comparée le mardi 4 novembre 1890, à neuf heures trois quarts du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, 55, rue de Buffon, et le continuera les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine à la même heure.

Le mardi et le jeudi, le professeur exposera l'organisation des arthropodes et des tuniciers. Le samedi, conférence pratique à la même heure. Les élèves, pour suivre ces conférences, devront se faire inscrire au laboratoire d'anatomie comparée.

Nota. — Le laboratoire d'anatomie comparée du Muséum est ouvert, pour la dissection des animaux de pays et exotiques, tous les jours, de dix heures à quatre heures.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 124. — MARDI 28 OCTOBRE 1890. 63e ANNÉE. MARDI 28 OCTOBRE 1890. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 27 octobre 1890.

Un de nos confrères, qui occupe en province une des plus hautes situations médicales, nous adresse la lettre suivante, que nous nous faisons un plaisir de communiquer à nos lecteurs, tout en respectant l'anonymat dont l'auteur désire se couvrir :

« Monsieur le Directeur,

Je lis votre Premier-Paris du 20 octobre, relatif aux réformes scolaires et universitaires, et votre étonnement de rester comme sœur Anne, qui ne voyait rien venir, a quelque chance de durer longtemps encore.

N'en est-il pas ainsi, dans notre cher pays, pour toutes les questions pendantes, sans aucune allusion à celle du budget rectifié, équilibré et... régulier?

Est-ce qu'une loi sérieuse sur les logements insalubres a jamais été présentée, votée et *surtout* appliquée?

Est-ce qu'on a jamais pu codifier une loi médicale et restrictive des demi-médecins et des docteurs exotiques?

Est-ce qu'on s'est véritablement occupé de l'alcoolisme et de la prostitution, qu'on a tort d'appeler aujourd'hui clandestine, et qui a son armée croissante de femmes et d'hommes, dans nos grandes villes?

Et le casernement hygiénique des troupes parquées dans des édifices imprégnés de microbes?

Et l'internement des lycées et tant d'autres questions vitales pour notre organisation par trop fin de siècle, natalité, dégénérescence, diminution des mariages, etc.?

Quelque convaincu fait bien, de temps en temps, un rappel de toutes ces choses. Les Académies sont même remuées parfois (sans tempête cependant, et comme il convient à leur tempérament) par des orateurs diserts ou brillants, qui ne savent même pas assez dissimuler qu'ils ont pleine conscience de l'inutilité de leurs efforts.

Mais c'est tout au plus si ces beaux sentiments ou travaux obtiennent les honneurs d'un enterrement de première classe, je veux dire d'une commission. L'attention publique ou gouvernementale n'en a cure que pour la satisfaction d'une bonne lecture ou pour thème de discours de tournées ministérielles ou électorales.

C'est l'histoire périodique du reboisement des montagnes ou des digues contre les inondations, de l'assainissement de Toulon et de Marseille après chaque invasion de choléra, et s'il n'y avait pas des intérêts municipaux ou personnels en jeu dans la création des facultés ou universités provinciales, soyez bien sûr que ce serait exactement comme en temps de danger social, de toute épidémie, de toute catastrophe.

Passato il pericolo gabbato il santo, ou Panurge avant, pendant et après la tempête.

Et ma prose n'aura pas un meilleur sort. »

Notre spirituel et distingué confrère a mille fois raison; il est évident que, chez nous, les réformes ont bien de la peine à s'implanter. Ce n'est point que l'on ignore leur utilité; bien au contraire, quand une question nouvelle paraît à l'ordre du jour, réclamant sur un point des perfectionnements, demandant le progrès, ce n'est partout qu'une voix, qu'un cri pour proclamer l'impérieuse nécessité des réformes demandées, leur urgence indiscutable. Puis tout ce grand bruit se calme, le silence s'établit, et la réforme est à jamais enterrée.

Ne va-t-il pas en être ainsi de cette grave et intéressante question de la dépopulation de la France? Que de bruit, que de tapage n'a-t-on pas fait à ce propos! Plusieurs séances de l'Académie ont été consacrées à cette palpitante discussion, on a fait de toutes parts vibrer la fibre patriotique, on a poussé le cri d'alarme, et la presse politique elle-même a sonné le tocsin pour signaler le péril. Et maintenant? Maintenant c'est fini. La discussion est close!

Croyez-vous qu'après cela, la France comptera, en 1891, un enfant de plus qu'en 1890, et qu'on aura trouvé le moyen de combler ce vide qui s'accuse de jour en jour? Non. La discussion de nos honorables académiciens restera stérile, et il y a en cela quelque peu de leur faute. Ils ont disserté et discouru brillamment, ils ont même proposé une série de réformes, dont la plupart échappent complètement à leur compétence, et, au lieu de se cantonner sur leur terrain exclusivement médical, ils ont fait trop de philosophie et trop d'économie politique. Le rôle du médecin commence au moment de la fécondation. Mais il ne commence guère que là, et sa part est déjà suffisante.

Si, au lieu d'embrasser dans son ensemble la question de la dépopulation de la France, et de sortir du cadre médical dans lequel elle eût toujours dû se renfermer, l'Académie avait pris un des points de ce problème et l'avait mis au clair,

elle eût plus fait pour le bien de sa cause que d'avoir touché à tout, et de n'avoir rien résolu.

Sans doute, le problème, ainsi simplifié, eût perdu de son ampleur. Mais si nos immortels eussent concentré leurs efforts sur des points plus précis, ils n'auraient pas disséminé leur forces, et de ces discussions, moins scientifiquement brillantes, seraient peut-être sorties telles propositions concises dont le style clair et incisif eût été pour notre gouvernement une sorte de mise en demeure.

Étant donné la diminution considérable du nombre des naissances, ne semble-t-il pas qu'on dût conserver, avec d'autant plus de soins et de précautions, les trop rares rejetons de cette natalité restreinte ? Or, la protection de l'enfance est-elle suffisante, est-elle bien régulièrement et partout organisée? La loi Roussel, qui a déjà produit tant de résultats, ne peut-elle pas en produire davantage encore si elle est mieux et plus rigoureusement appliquée ? N'y a-t-il pas, enfin, quelque chose de nouveau et de mieux à faire pour diminuer cette mortalité des nouveau-nés, mortalité qui atteint encore un pourcentage effrayant? Puisqu'il n'est pas des plus faciles d'augmenter la natalité, que les moyens à proposer ne nous paraissent pas exclusivement du ressort médical, ne serait-il pas urgent d'essayer au moins de conserver le peu que l'on a ? Car pourquoi tenter de produire davantage, si cette production se trouve décimée dès la première année ?

Ne serait-il pas bon, comme complément de cette grande discussion qui vient d'agiter l'Académie, de mettre à l'ordre du jour cette question de la mortalité des enfants nouveau-nés et de formuler brièvement et nettement des conclusions pratiques, qui, étant donné l'influence dont jouit, à juste titre, notre haute assemblée, auraient chance de passer du domaine de la théorie dans celui des faits?

HOPITAL ANDRAL. — M. Debove.

Des abcès gazeux sous-diaphragmatiques par perforation des ulcères de l'estomac.

Par MM. Debove et A. Rémond (de Metz).

Nous avons eu l'occasion d'observer une malade atteinte d'un abcès gazeux sous-diaphragmatique résultant de la perforation d'un ulcère de l'estomac. A divers points de vue, cette observation nous a paru digne d'intérêt :

Observation I (Personnelle). — Notre malade, âgée de trente-trois ans, raconte que, trois ans auparavant, elle avait eu des douleurs gastralgiques intenses, accompagnées d'hématémèse e de melæna. Sous l'influence du régime lacté, elle parut guérir; mais il y a six semaines environ, elle eut une nouvelle hématémèse, accompagnée de douleurs vives au niveau de l'appendice xyphoïde et au niveau de la onzième vertèbre dorsale.

Son état général s'aggravant, elle entra à l'hôpital le 15 août. Elle est pâle, amaigrie, se plaint de vives douleurs à l'épigastre qui est très ballonné. La rate nous paraît augmentée de volume, la matité du foie est normale dans la ligne axillaire, mais on constate une sonorité exagérée dans la partie correspondant à son lobe gauche. La fièvre s'élevait le soir à 39 degrés.

Croyant l'estomac distendu par des gaz, nous le lavons, la distension ne diminue pas et cependant la tumeur gazeuse nous semblait bien être l'estomac.

Nous restions dans l'indécision, lorsqu'après un examen très attentif, nous crûmes percevoir, à la limite inférieure de la tuméfaction gazeuse épigastrique, une sorte de bourrelet qui se prolongeait sur la face antérieure du foie.

Cette circonstance nous engage à pratiquer le 30 août, avec la seringue de Pravaz, une ponction exploratrice. Nous faisons sortir des gaz très fétides et une goutte de pus; nous ponctionnons avec un appareil aspirateur, il sort des gaz et 500 grammes de pus. Nous incisons largement (6 centimètres), il sort encore 1 litre de pus. Le doigt introduit dans la plaie fait constater que la collection purulente s'étend un peu en avant du lobe gauche du foie, mais surtout en arrière de cet organe. Nous plaçons un gros drain qui pénètre à une profondeur de 28 centimètres, et il nous semble que la plus grande partie de la cavité est en arrière de l'estomac avec un prolongement dans la direction de la rate.

Le soir, il n'y avait plus de fièvre; elle reparut pendant quelques jours et finit par disparaître le 11 septembre, résultat attribué par nous à de grands lavages avec de l'eau stérilisée, saturée d'acide borique, additionnée d'une petite quantité de liqueur de van Swieten. La situation s'améliorant, nous diminuons progressivement la longueur du drain et le retirons le 7 octobre.

Peu de jours après, la fistule était cicatrisée et la malade sortait guérie le 18 octobre.

On pourra nous reprocher d'avoir fait un diagnostic un peu tardif; nous répondrons que, dans nombre d'autres cas, le diagnostic n'a été fait qu'à l'autopsie et qu'il était ici entouré de réelles difficultés. En effet, il s'agissait d'une péritonite circonscrite et nous n'avions pas de signes de péritonite, notamment pas de vomissements, ce qui est, d'ailleurs, la règle dans les perforations de l'estomac. Il y avait 1400 grammes de pus dans l'abdomen, mais ce pus, situé en arrière de l'estomac (dans le décubitus dorsal), donnait une zone de matité dans la région de la rate seulement.

Il y avait une tumeur gazeuse considérable, mais cette tumeur, limitée en bas par la petite courbure de l'estomac, rappelait la forme de cet organe.

Et cependant, il y avait intérêt à faire un diagnostic précis, car il s'agissait d'une affection très grave qui exige une intervention chirurgicale rapide. Sa gravité est telle, que *notre fait est le seul qui se soit terminé par la guérison*. Cet heureux résultat doit être attribué à ce que nous avons pu faire le diagnostic en temps opportun, et à notre rapide et énergique intervention chirurgicale.

Il y a, dans la cause de ces abcès, une circonstance qui doit être relevée et qui peut servir au diagnostic, c'est la coexistence ou l'existence antérieure des signes de l'ulcère de l'estomac.

Leur perforation est, en effet, la cause presque exclusive des accidents que nous étudions.

Les gaz qui sortent de ces abcès sont horriblement fétides; en dehors de cette circonstance, il n'y a rien qui mérite d'être noté dans le contenu de la poche. Disons cependant que le pus, très fétide, contient de nombreux micro-organismes parmi lesquels, par la culture, nous avons isolé des streptocoques et le bacille pyo-cyanique.

L'histoire de notre malade nous a paru curieuse à rapprocher des observations du même genre déjà publiées, et leur examen rapide pourra intéresser le lecteur.

Obs. II (1). — Femme de trente-neuf ans, entrée à Guy's Hospital, le 26 octobre 1844. Huit mois auparavant, elle avait été soignée pour une gastrite alcoolique, dont elle parut guérir. Il y a quatre mois, elle fut reprise d'accidents gastralgiques et de vomissements qui furent améliorés par un traitement approprié,

(1) Barlow. *London Med. Gazette*, mai 1845.

lorsque, il y a quatre jours, elle ressentit une douleur intense dans le côté gauche et l'épaule gauche, avec une sensation de suffocation imminente qui persista pendant quarante-huit heures.

Phénomènes thoraciques normaux à droite. A gauche, au-dessous de l'angle de l'omoplate en avant et en arrière, son tympanique, respiration amphorique, tintement métallique. Ces signes sont perçus jusqu'au-dessous de l'extrémité antérieure des fausses côtes à l'épigastre. Mort le 13 novembre.

Autopsie. — Le diaphragme est refoulé jusqu'à la quatrième côte; deux perforations de l'estomac, l'une au niveau du cardia, l'autre sur la paroi antérieure, font communiquer la cavité gastrique avec une poche pleine de pus et de gaz très fétides.

Barlow avait, pendant la vie, posé le diagnostic de la nature de la maladie, de sa cause, de son siège, et il dit avoir observé antérieurement un fait semblable. Nous ignorons pourquoi il n'a fait aucune tentative thérapeutique. Quoi qu'il en soit, cette observation, la première en date, est complète, et si l'on cédait à la manie régnante, on pourrait appeler l'accident que nous étudions, la maladie de Barlow.

Les signes physiques ont été ceux du pneumo-thorax, et il en est ainsi dans la plupart des observations. En effet, au contact de l'abcès gazeux, le diaphragme se paralyse, se laisse refouler à une grande hauteur dans la poitrine, et la présence de gaz et de liquide contenus dans une poche reproduit les conditions physiques de l'hydro-pneumo-thorax. Toutefois, le diagnostic peut et doit être fait, si on tient compte des antécédents gastriques, de la marche de la maladie et surtout de la limite inférieure de la sonorité, qui s'étend bien au-dessous du niveau du diaphragme, empiétant ainsi sur l'abdomen. Ces signes de pneumo-thorax ont conduit Leyden à décrire l'affection sous le nom de pneumothorax subphrenicus. Nous dirons plus loin quelles raisons nous font rejeter cette dénomination.

Obs. III (1). — Homme de quarante ans, à la suite d'une dysentérie, douleurs vives dans l'hypochondre droit qui est distendu; gargouillement et tintement métallique augmenté par la toux. Incision de la tumeur, sortie de gaz fétides et de pus, mort six jours plus tard.

A l'autopsie, poche extra-péritonéale, située entre le foie et le diaphragme, contenant du pus et communiquant par une perforation avec la cavité du colon transverse.

Cette observation est la seule dans laquelle, l'étiologie étant connue, l'affection que nous étudions n'ait pas été le fait d'une perforation gastro-duodénale.

Obs. IV (2). — Femme amaigrie, expectoration catarrhale, dyspnée, bruit d'airain, bruit de flot par la succussion hippocratique; diagnostic : hydro-pneumo-thorax gauche.

A l'autopsie, vaste poche remplie de gaz, de pus et de débris alimentaires, ayant refoulé le cœur sur la ligne médiane et le diaphragme jusqu'à la troisième côte. Cette poche communique avec l'estomac par un orifice du diamètre d'une pièce de 1 franc. La perforation siège au niveau d'un ulcère.

Obs. V (3). — Homme de vingt-sept ans, troubles digestifs antérieurs; subitement vomissements, douleurs épigastriques très vives; l'épigastre est tendu, il y a de la fièvre. On diagnostique des coliques hépatiques. Le malade amélioré quitte l'hôpital et rentre, peu de jours après, avec les signes d'un hydro-pneumothorax droit; il meurt au bout de peu de jours.

A l'autopsie, cavité remplie de gaz et de pus, entre le foie et le diaphragme. Cette poche communique avec la cavité duodénale par un orifice de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, situé immédiatement au-dessous du pylore. Rien d'anomal dans le thorax.

Vu la longue durée des accidents, il est possible, si le diagnostic avait pu être fait en temps opportun, qu'une intervention chirurgicale eût sauvé le malade. Remarquons encore deux périodes dans la maladie : dans l'une les phénomènes sont purement abdominaux; dans l'autre, l'abcès se développant et refoulant le diaphragme, on a les signes d'une affection thoracique, d'un hydro-pneumo-thorax. Ces deux périodes se retrouvent, avec moins de netteté, il est vrai, dans nombre d'observations.

Obs. VI (1). — Homme de cinquante ans. Début brusque, tuméfaction épigastrique, puis, vers le dix-septième jour de la maladie, signes de pneumo-thorax droit. On fait une application de pâte de Vienne, on incise sur l'eschare, il sort 1750 grammes de pus mélangé de gaz fétides. Mort.

A l'autopsie, vaste cavité s'étendant d'un hypochondre à l'autre et située entre le foie, l'estomac et le diaphragme. La paroi postérieure de l'estomac porte, à 4 centimètres du pylore, deux perforations récemment cicatrisées.

Ici encore les accidents pseudo-thoraciques sont arrivés tardivement le dix-septième jour. Nous ignorons quelles raisons ont déterminé M. Rigal à faire une eschare, puis à inciser sur l'eschare : il faut agir le plus rapidement possible et inciser largement.

L'autopsie a montré que les ulcères étaient cicatrisés, c'est ce qui est constaté dans plusieurs observations. Il est probable que la perforation produite, l'estomac cessant d'être distendu, la cicatrisation peut se faire rapidement. La facilité de cette cicatrisation doit encourager le médecin à ne pas s'abstenir, sous prétexte qu'il y a perforation de l'estomac.

Obs. VII (2). — Femme de vingt-deux ans. En janvier, hématémèse; en septembre, douleurs subites dans l'hypochondre gauche; quelques jours plus tard, signes d'hydro-pneumo-thorax à gauche. On diagnostique une perforation du diaphragme par ulcère de l'estomac. On pratique deux ponctions qui amènent l'évacuation de gaz fétides. Mort de diphthérie.

A l'autopsie, cavité dont les parois sont formées par l'estomac, le foie, la vésicule biliaire, la rate, communiquant avec l'estomac par une perforation assez large. La plèvre était saine.

Obs. VIII (3). — Femme de vingt-trois ans, entre à l'hôpital avec les signes d'une pleurésie droite; le lendemain de l'entrée on constate les signes d'un hydro-pneumo-thorax. Par ponction, on extrait 1 300 grammes de pus mélangé de gaz très fétides. Mort un quart d'heure après l'opération.

A l'autopsie, sac purulent situé entre le foie et le diaphragme, communiquant avec la cavité du duodénum par une perforation du diamètre d'une pièce de vingt centimes, située à 3 centimètres du pylore.

Ici le diagnostic a été fait pendant la ponction, l'auteur ayant remarqué, sur un manomètre annexé à l'appareil, que la pression s'élevait pendant l'inspiration pour s'abaisser dans l'expiration; c'est l'inverse de ce qui se produit dans la

(1) Williams. *London Med. Gazette*, décembre 1845.

(2) Wintrich. In *Virchow's Handbuch der Path. und Therap. der resp. Organe*, 1854, p. 358.

(3) Bouchaud. *Bulletin de la Société anatomique*, 1862, p. 309.

(1) Rigal. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1874.

(2) Levison. *Nordikt Medicin Archiv*, 1876.

(3) Pfuhl. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1877, p. 57.

cavité thoracique. Mais comme il est exceptionnel que nos appareils à ponction soient munis d'un manomètre, le signe en question sera bien rarement constaté.

Obs. IX (1). — Femme de vingt-quatre ans. Douleurs gastriques antérieures. Il survient des phénomènes de péritonite, puis des signes physiques de pneumo-thorax. Mort le lendemain de l'entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on constate entre le foie et le diaphragme l'existence d'une cavité remplie de gaz et d'un pus fétide verdâtre. Cette cavité se prolonge en arrière entre la paroi postérieure de l'estomac, le petit épiploon, le pancréas, le duodénum, le colon transverse et la face inférieure du lobe gauche du foie. Perte de substance dans la paroi postérieure de l'estomac.

Obs. X (2). — Homme de dix-huit ans. Fièvre, phénomène de typhlite. Foie abaissé, signes physiques de pneumo-thorax.

A l'autopsie, vaste cavité contenant des gaz entre le diaphragme, le foie et l'estomac, diaphragme perforé, pyopneumothorax, péricardite sèche.

Obs. XI (3). — Abcès gazeux sous-diaphragmatique siégeant à gauche, consécutif à la perforation d'un ulcère de l'estomac. Perforation du diaphragme, pleurésie purulente. Le diagnostic n'est fait qu'à l'autopsie.

Obs. XII (4). — Homme. Début brusque des accidents par de la fièvre, des vomissements, des douleurs épigastriques. On diagnostique des coliques hépatiques.

A l'autopsie, vaste poche entre le foie, l'estomac et le diaphragme, contenant du pus et des gaz fétides. Le diaphragme est perforé, il y a de la gangrène pulmonaire. L'état du tube digestif n'est pas mentionné.

Ces trois dernières observations montrent jusqu'où peuvent aller les lésions anatomiques, si on n'intervient pas en temps opportun.

Obs. XIII (5). — Homme de cinquante ans. Vomissements incoercibles; au bout de quelques jours, à la base du poumon droit, signes d'hydro-pneumo-thorax. Le diagnostic est fait pendant la vie; on draine et on incise. Mort.

A l'autopsie, vaste cavité communiquant avec l'estomac par une perforation du cardia.

Obs. XIV (6). — Homme de soixante-dix ans. Météorisme, disparition de la matité hépatique, signes amphoriques. Diagnostic exact pendant la vie. Cinq ponctions exploratrices dont une seule a donné issue à des gaz.

A l'autopsie, on attribue l'existence de la poche contenant des gaz et du pus à un ulcère gastrique cicatrisé.

Cette observation est remarquable par la longue durée de la maladie, une période de quinze mois se serait écoulée entre le début des accidents et la mort.

Obs. XV (7). — Femme; collection aéropurulente de l'hypochondre gauche. Signes de pneumo-thorax.

A l'autopsie, on constate l'existence d'un ulcère perforant de l'estomac.

Les trois observations précédentes sont dues à Leyden, qui propose de dénommer l'affection « pyo-pneumo-thorax subphrenicus ». Cette dénomination, qui a fait fortune en Allemagne, ne nous convient pas : nous ne saurions considérer comme thoracique une affection sous-diaphragmatique. Au point de vue clinique, le mot proposé par le professeur de Berlin ne nous convient pas davantage, car dans plusieurs observations, dans la nôtre notamment, il n'y eut aucun phénomène rappelant le pneumo-thorax.

Obs. XVI (1). — Femme de trente-sept ans. Poche à contenu gazeux et purulent, siégeant à droite entre le foie et le diaphragme, développée consécutivement à un cancer du pylore profondément ulcéré. Il se produisit une perforation secondaire du diaphragme avec gangrène pulmonaire. Le diagnostic fut fait pendant la vie.

Cette observation est intéressante parce qu'elle est la seule dans laquelle les accidents aient été le résultat d'une perforation par cancer de l'estomac.

Obs. XVII (2). — Femme de trente-six ans. Début subit des accidents. Signes physiques de pneumo-thorax. Diagnostic fait pendant la vie.

A l'autopsie, estomac perforé par un ulcère rond, communiquant avec une vaste poche comprise entre le foie, le diaphragme et l'estomac.

Obs. XVIII (3). — Homme de cinquante ans. Tuméfaction de la région épigastrique. Ponction exploratrice, puis évacuatrice, par laquelle on extrait 2 litres de pus et des gaz fétides.

A l'autopsie, ulcère rond perforé sur la petite courbure de l'estomac.

Obs. XIX (4). — Homme de trente-trois ans. La région épigastrique est tendue, si sonore que l'on fait un lavage de l'estomac. Symptômes de péritonite.

A l'autopsie, abcès gazeux communiquant avec le duodénum. La rupture d'un ancien ulcère à ce niveau paraît avoir été le fait d'un traumatisme (chute d'une échelle).

Ici, comme dans notre observation, l'estomac semblait distendu outre mesure par des gaz que le lavage n'arrivait pas à faire disparaître. Le résultat négatif de cette exploration aurait dû engager à recourir à d'autres moyens pour assurer le diagnostic.

Obs. XX (5). — Homme. Perforation du duodénum par un ulcère; abcès gazeux sous-diaphragmatique. Diagnostic fait pendant la vie. Résection costale. Mort.

Telles sont les principales observations que nous avons pu réunir. On voit que la nôtre est la seule dans laquelle la guérison ait été obtenue. Cette guérison deviendra moins exceptionnelle si on arrive à diagnostiquer le mal à une période qui ne soit pas trop avancée, et si, le diagnostic fait, on intervient hardiment en permettant l'évacuation du pus par une large incision.

Réapparition des règles, puis grossesse chez une femme à laquelle on avait enlevé les deux ovaires. — Une jeune femme de vingt-trois ans (6) a des douleurs permanentes dans la région des ovaires; elle perd à peu près continuellement une

(1) Eisenlohr. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1877, nº 37, p. 539.
(2) Eisenlohr. Loc. cit.
(3) Sænger. *Arch. f. Heilkunde*, 1878, p. 246.
(4) Bernheim. *Revue médicale de l'Est*, 15 décembre 1878, p. 363.
(5) Leyden. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1879, p. 320.
(6) Leyden. *Idem.*
(7) Leyden. *Idem.*

(1) Neusser. *Wiener Med. Wochens.*, 1884, nº 44.
(2) Glæser. *Deuts. Med. Wochens.*, 1885, nº 11.
(3) Bossi. *Gazetta Medica Italo-Lomb.*, 1886, nº 47.
(4) Pusinelli. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1887, p. 362.
(5) Falkenhain, cité par Scheurlen. In *Charité Annalen*, 1889, p. 159.
(6) *Brit. Med. Journ.*, 27 septembre 1890.

petite quantité de sang. La vie, pour elle, est devenue très pénible : Anderson (de Glasgow), lui enlève les deux ovaires. Tous deux présentent des traces d'ovarite chronique : le gauche est kystique. Après l'opération, les douleurs disparaissent, ainsi que la métrorrhagie. La malade est enchantée. Quatre mois après, les règles se montrent et durent quatre jours. Elles se reproduisent ainsi pendant six mois. La jeune femme se marie, devient enceinte et accouche d'un enfant mort-né.

On a vu des hommes privés de leurs testicules avoir cependant des enfants ; la malignité publique n'était pas embarrassée pour expliquer semblable fécondité. Avec une femme privée de ses ovaires, l'interprétation deviendrait beaucoup plus difficile si l'on ne connaissait l'existence des ovaires supplémentaires.

Il est curieux, toutefois, de constater que non seulement la menstruation, mais aussi l'ovulation se soient rétablies avec une pareille régularité et que la conception ait eu lieu après une castration en apparence complète.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement des maladies de la peau, avec un abrégé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses (1), par L. Brocq.

Ce livre est un véritable dictionnaire de la thérapeutique des maladies de la peau. A l'heure actuelle, il est malaisé, sinon impossible, de donner une classification satisfaisante de ces maladies. M. Brocq a donc préféré la simple énumération par ordre alphabétique. Cela lui a permis d'introduire des articles très utiles qui eussent difficilement pris place dans un manuel avec une autre façon de procéder : c'est ainsi que l'on trouvera, par exemple, les mots emplâtres, savons, bains, cosmétiques, etc.; de là, pour le médecin, une facilité très grande à trouver certains renseignements qui se trouvent ailleurs disséminés.

M. Brocq s'est proposé, avant tout, de faire œuvre utile pour les praticiens. La dermatologie est une des branches de la médecine qui ont été le plus remuées et modifiées depuis vingt ans. Les doctrines, les conceptions pathogéniques changent rapidement; la connaissance des types morbides se complète, le diagnostic s'affirme et s'affine; à ces acquisitions nouvelles correspondent de nouvelles méthodes d'intervention thérapeutique. On essaie incessamment de nouvelles médications et surtout de nouveaux médicaments. Beaucoup d'entre eux tombent bientôt dans un oubli mérité, et il n'y a pas lieu de secouer la cendre de leur tombeau ; d'autres qui ont fait leurs preuves persistent.

Alors même que le fonds est resté le même, les conceptions modernes ont amené sur bien des points des dénominations d'une éthymologie plus ou moins claire. Tout cela est, pour le praticien qui ne peut pas fréquenter l'hôpital Saint-Louis, une source très grande d'incertitude et d'embarras. Il lui sera précieux de pouvoir consulter le manuel que M. Brocq lui met entre les mains. Il sera utile pour tous, même pour les dermatologistes de profession d'avoir le tableau des principales indications usitées en l'an de grâce 1890.

L'auteur, à propos des maladies, des affections ou des symptômes dont il traite, commence par en donner une courte description, de façon à justifier des divisions qui, le plus souvent, se retrouvent à propos des indications thérapeutiques. Sans cette description et ces divisions, ces indications eussent manqué de point d'appui. Il est du reste agréable et utile d'avoir un semblable résumé fait par un dermatologiste qui, quoique jeune encore, a su conquérir ses galons. Il n'y a presque pas d'anatomie pathologique : juste ce qu'il en faut pour faire comprendre la nature des dermatoses, des processus dermopathiques.

Un livre semblable échappe à l'analyse; nous ne pouvons ici qu'indiquer son plan général et que louer le soin avec lequel il a été exécuté. Il renferme une grande quantité de formules qu'a revues M. Th. Leclerc, au point de vue de l'art pharmaceutique.

Nous nous proposons, et c'est ainsi que nous pourrons le mieux donner idée de ce manuel à nos lecteurs, de publier dans ce journal des extraits résumés de divers chapitres particulièrement utiles pour la pratique.

(1) In-8°. Prix : 14 francs. — Paris, O. Doin.

Spinal concussion, Erichen's disease [Commotion médullaire, maladie d'Erichsen] (1), par S.-V. Clevenger.

Les accidents de chemins de fer ont rendu beaucoup plus fréquents les prénomènes attribués à la commotion de la moelle; mais, avant eux, de semblables manifestations avaient été relevées déjà; elles n'ont rien de spécifique, rien qui légitime le terme bizarre de *railway spine* assez souvent usité.

Dans les cas que l'on peut considérer comme typiques, une personne, jusque-là bien portante, se trouve dans un train qui déraille, qui tamponne un autre train ou qui est lui-même tamponné. Il se produit un choc violent. Les voyageurs sont projetés contre les parois des voitures. Après quelques moments de surprise, d'égarement, de frayeur, la personne, que nous prenons comme exemple, se relève, se tâte, s'examine et constate, à sa grande satisfaction, qu'elle n'a rien de cassé. Elle porte secours à ses compagnons de route moins heureux ; puis elle continue son voyage et reprend ses occupations habituelles. Ce n'est que plusieurs jours plus tard qu'elle éprouve des phénomènes particuliers qui la forcent à interrompre son travail : il y a de l'insomnie, un état de dépression générale, de malaise, d'anxiété, d'excitabilité excessive. Les forces sont perdues. Il y a des douleurs le long de la colonne vertébrale, dans la nuque, souvent de la lourdeur de tête, de la céphalalgie. La démarche est gênée, plus ou moins raide. Ce n'est qu'avec peine que le malade se met debout, lorsqu'il est assis. Parfois il y a une sorte de parésie générale des mouvements, tantôt cette parésie est localisée, hémiplégique, paraplégique. monoplégique. Il peut y avoir même une paralysie complète; le plus souvent alors on constate de l'anesthésie, ou tout au moins de l'analgésie dans les membres ou les segments de membres paralysés. Alors même qu'il n'y a pas de paralysie, le malade se déclare incapable de remplir ses occupations habituelles, incapable de gagner sa vie. Tout travail devient impossible; en particulier, tout travail intellectuel. L'esprit est obsédé par le souvenir de l'accident; le malade devient indifférent à tout ce qui l'entoure. Il donne même parfois des signes de véritable égarement cérébral. Parfois, il présente toutes les apparences d'une bonne et robuste santé; quelquefois il maigrit plus ou moins rapidement.

Tel est le tableau général de ce que Clevenger dénomme commotion, concussion spinale ou maladie d'Erichsen. Pour lui, comme pour les auteurs allemands, il s'agit d'une névrose particulière. « La maladie d'Erichsen est constituée par un groupe de symptômes surtout subjectifs, de nature nerveuse ou mentale, suffisamment caractéristique pour permettre de la considérer comme névrose traumatique, distincte des autres névroses traumatiques avec lesquelles elle peut être associée. La cause la plus commune de la maladie d'Erichsen est une commotion de la colonne vertébrale et de son contenu. »

Les phénomènes de névrose traumatique sont plus rares lorsqu'il y a quelque fracture des membres. C'est ainsi que lorsqu'une montre tombe à terre, si le verre se brise, il y a beaucoup de chances pour que le mécanisme moteur soit épargné. Au contraire, si le verre n'est point cassé, il y a souvent quelque désordre intérieur.

On trouvera dans le livre de M. Clevenger une analyse des mémoires d'Erichsen, d'Oppenheim, etc. qui ont particulièrement étudié les accidents de ce genre. On y trouvera une intéressante description des phénomènes basés sur des observations personnelles et les observations publiées par les divers

(1) Philadelphie et Londres, A. Davis.

auteurs. Ceux que la question intéresse seront heureux d'avoir ces divers documents ainsi réunis et commentés.

Un reproche sérieux à faire à l'auteur, c'est de n'avoir pas tenu suffisamment compte des importants travaux de la Salpêtrière sur l'hystérie et la neurasthénie traumatiques. La neurasthénie et l'hystérie, souvent combinées, englobent la généralité, sinon la totalité des cas ainsi réunis sous le nom de commotion cérébrale. Lorsqu'on ajoute qu'il s'agit d'hystérie ou de neurasthénie traumatiques, il n'en résulte nullement qu'il s'agisse de névroses spéciales autonomes. Ce sont des manifestations diverses attribuables aux névroses communes dont le traumatisme a été l'occasion, et qui, par ce fait, présentent des allures et des localisations particulières. M. Charcot et ses élèves en ont fourni la preuve d'une façon qui nous paraît irréfutable.

Les manifestations attribuables à la commotion spinale donnent lieu souvent à des actions judiciaires. Quand il s'agit d'accidents hystériques, le diagnostic peut s'appuyer sur un certain nombre de phénomènes, de signes positifs, les stigmates hystériques. Il n'en est plus de même quand il s'agit de ces phénomènes, surtout d'ordre subjectif, qui constituent la neurasthénie. Rien de plus facile à simuler que la faiblesse générale, l'impossibilité de se livrer à un travail intellectuel, que l'impossibilité de vaquer à ses occupations habituelles. La valeur, la légitimité des symptômes observés, repose en grande partie sur l'honnêteté du plaignant. Quoi de plus tentant, tout au moins, que d'exagérer lorsqu'il s'agit d'obtenir des dommages et intérêts! Nous avons vu, pour notre part, des malades rapidement guéris dès qu'ils avaient obtenu l'indemnité convoitée.

Le rôle des médecins experts et des juges est particulièrement délicat. Clevenger termine son travail par des considérations médico-légales, dans lesquelles il déplore l'insuffisance de l'instruction donnée dans beaucoup des Facultés américaines et le peu de valeur scientifique des médecins qu'elles fabriquent à la grosse. Nous ne sommes pas, en France, dans une semblable détresse. Il ne serait pas difficile, cependant, de citer des cas dans lesquels les médecins désignés comme experts n'avaient point, sur ces sujets spéciaux, toute la compétence voulue. Il paraît qu'en Amérique, dans des procès de ce genre, les parties adverses font volontiers l'une contre l'autre intervenir le plus de médecins possible. Les jurys donnent souvent la victoire aux gros bataillons. Clevenger fait observer, avec raison, que la qualité l'emporte sur la quantité. On peut dire de même que, pour ces sujets délicats de neuropathologie, pour être un expert qui mérite crédit, il est besoin d'avoir fait ses preuves sur ce terrain particulier et d'avoir une compétence spéciale.

Les progrès de la neuropathologie ont fait mieux connaître les névroses traumatiques. En raison de ces progrès, on ne considérera plus comme des simulateurs des gens réellement lésés; mais n'est-il pas à prévoir aussi que la connaissance des symptômes observés dans ces conditions, symptômes le plus souvent d'ordre subjectif, rendra la simulation plus fréquente, je n'ose dire plus scientifique? Que de difficulté alors pour reconnaître et mesurer le dommage causé et pour sauvegarder les droits du plaignant et du défendant! Il y aura encore de beaux jours pour les avocats.

La neurasthénie [épuisement nerveux] (1), par L. Bouveret.

La neurasthénie tend à prendre une place considérable dans le cadre des névroses; elle est presque aussi fréquente que l'hystérie. Malgré l'enseignement de M. Charcot, elle est mal connue encore de beaucoup de médecins. Elle présente, cependant, un intérêt considérable à la fois théorique et pratique. Jusqu'à présent, il n'existait pas de monographie française de la neurasthénie. M. Bouveret vient de combler cette lacune avec un véritable talent. Son travail est basé sur les travaux de Beard, de Ziemssen, de Weir Mitchell, de M. Charcot, et sur de nombreuses observations personnelles. Sa description est à la fois sobre, élégante et méthodique. Nous l'avons, pour notre part, lue avec d'autant plus d'intérêt et de plaisir que la dyspepsie nerveuse, qui joue un si grand rôle dans la neurasthénie, y est comprise de la façon dont nous la comprenons nous-même, et que M. Bouveret se rattache à une doctrine que nous avons défendue dans des publications successives.

A. M.

(1) Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 octobre 1890, sont nommés, dans le corps de santé des colonies, pour prendre rang à compter du 1er novembre 1890 :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal de la marine Grall.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe de la marine Prunet et Clarac.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe de la marine Guérin, Mondon, Rousselot-Bénaud, Renaud, Crossouard et Marchoux.

Sont nommés dans le corps de santé des colonies avec leur ancien grade et pour prendre rang à la date de leur brevet : MM. les médecins de deuxième classe de la marine Manin, Tonin, Texier, Le Lan, Daville, Rimbert, Guinier, Chauveau et Levrier.

Sont nommés dans le corps de santé des colonies, pour compter du 1er novembre 1890 :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins-auxiliaires de deuxième classe de la marine Cailliot, Neiret, Devaux, Logerais, Vincent, Quennec et Pierre.

— Par décision ministérielle, en date du 22 octobre 1890, M. le médecin-major de première classe Sedan a été désigné pour le 21e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 24 octobre 1890, M. le médecin aide-major de première classe Martin (P.-F.), du 1er chasseurs d'Afrique, a été désigné pour le 27e régiment d'artillerie, par permutation avec M. Michel, médecin aide-major de deuxième classe.

— Après entente avec le ministre de l'Instruction publique, le ministre de la Marine a décidé : 1° que les élèves du service de santé de la marine admis à l'École de Bordeaux, et qui ont subi au moins le premier examen du doctorat, seront mis en mesure de pouvoir se faire inscrire dès la rentrée de la Faculté de Bordeaux; 2° que les élèves de cette même école, non encore inscrits à Bordeaux, seront signalés au fur et à mesure de leur réception au premier examen du doctorat. Cet examen sera subi devant la Faculté à laquelle les élèves appartiennent en ce moment; 3° que les autres élèves de ladite École termineront leurs études médicales près des Facultés devant lesquelles ils sont actuellement inscrits. Aucun transfert ne leur sera accordé.

Consulté sur la question de savoir si les élèves du service de santé de la marine des écoles-annexes de médecine navale pourraient être autorisés à porter l'uniforme de petite tenue mentionné au décret du 28 juillet 1890, le ministre a répondu négativement, en faisant connaître que cet uniforme était exclusivement réservé aux élèves du service de santé portés sur les contrôles de l'École de Bordeaux.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Pépin (A.), Ozoux, Petit, Daraignez, Matignon, Pépin (J.), Favraud, Baleste-Marichon, Lafarelle, Riffé et Guérin.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Lathuray, de Bovis, Lagoutte, Commandeur, Durand, Bonnet, Thévenet, Gelay, Giraud, Arthaud, Périol, Jeannin et Genoud.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Jonesco, aide d'anatomie, est délégué, du 1er novembre 1890 au 30 septembre 1891, dans les fonctions de prosecteur, en remplacement de M. Lejars, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Sigalas, chef des travaux pratiques de physique, est chargé d'un cours complémentaire de physique à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Sont chargés, pour l'année scolaire 1890-1891, des cours ci-après désignés : MM. Doumer, agrégé, physique; Morelle, agrégé, matière médicale.

— M. le docteur Bottard est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque du Havre.

— M. le docteur J. Armand est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque d'Albertville.

— M. le docteur Dubas, médecin-adjoint du lycée de Lille, est nommé médecin titulaire, en remplacement de M. le docteur Hallez, décédé.

— M. le docteur Lemoine est nommé médecin-adjoint du lycée de Lille.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur René Calmette, médecin de la Grande Chancellerie et de M. le docteur Maugin (de Douai).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 125. — JEUDI 30 OCTOBRE 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 30 OCTOBRE 1890. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** »	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour peu que cela continue, il faudra changer le frontispice de l'Académie de la rue des Saints-Pères et l'appeler désormais : *Académie des sciences morales et politiques*, ou bien encore : *Bureau des statistiques*, ou même : *Assemblée législative*. Depuis, en effet, qu'on y discute sur la dépopulation de la France, on n'y entend plus parler que de lois, de statistiques, de réformes sociales et morales, etc., toutes choses qui, il faut bien le dire, ne sont pas absolument du ressort d'une Académie de médecine. Nous pensions avoir dit notre dernier mot sur cette question, qui nous paraissait épuisée. Il n'en est rien, et la discussion n'est pas encore près d'être close. Cette fois, c'est M. Le Fort qui a occupé la tribune et qui, nous nous plaisons à le reconnaître, a su captiver l'attention, une heure durant, par un discours fort bien dit. Il a commencé par la citation d'un curieux passage du discours que fit Broca à cette même tribune, et sur le même sujet, en 1867, passage que nous reproduisons au compte rendu et dans lequel l'éminent orateur prévoyait les fâcheuses conséquences, au point de vue économique, d'un trop grand accroissement de la population. Hélas ! ce ne sont plus les mêmes dangers que nous avons à prévoir aujourd'hui. Cette illusion de Broca était, d'ailleurs, loin d'être partagée par tous ses collègues, et, dès cette époque, Boudet, Jules Guérin, M. Bergeron et M. Le Fort lui-même, qui, le premier, en 1865, signala la diminution de la natalité en France, à propos de la suppression des tours, envisageaient la question d'une façon moins heureuse, mais plus juste, et prévoyaient déjà la situation grave à laquelle nous tendons de plus en plus.

Parmi les réformes indiquées par M. Le Fort comme étant les plus nécessaires, il en est une sur laquelle il a vivement et éloquemment insisté : c'est une loi sur la recherche de la paternité, dont il considère l'interdiction comme immorale.

Le reste de la séance a été occupé par des rapports de prix. Nous souhaitons à MM. les rapporteurs que, dans la lecture de leurs conclusions en comité secret, ils soient écoutés avec plus d'attention qu'en séance publique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Després.

Deux cas de luxation rare : I. Luxation sous-épineuse complète datant d'un mois; réduction par manœuvres manuelles; — II. Luxation du coude en dehors.

(Observations recueillies par M. Damourette, interne du service.)

I. Le nommé C..., charretier, soixante-huit ans, se présente le 9 septembre à la consultation de la Charité, avec une luxation de l'épaule datant de quatre semaines.

Ce malade raconte que, le 13 août, il a reçu un coup de pied de cheval à la suite duquel il est tombé sur l'épaule droite ; mais il ne peut indiquer exactement dans quelle position. Quand il s'est relevé, son épaule le faisait horriblement souffrir et il ne pouvait plus se servir de son bras, ni l'élever dans l'abduction.

Un médecin, consulté au bout de trois jours, méconnut la luxation à cause du gonflement énorme de la région et fit appliquer simplement des compresses d'eau blanche.

Voyant qu'il ne pouvait toujours pas se servir de son bras, le malade alla consulter un second médecin, le 2 septembre. Ce dernier reconnut la présence d'une luxation et fit des tentatives de réduction, pendant que cinq hommes pratiquaient l'extension. Tout fut inutile.

François C... est encore resté huit jours sans rien faire. Le 9 septembre seulement, il s'est décidé à venir consulter M. Després.

L'inspection permet de constater, malgré une cyphose assez prononcée à l'union de la région cervicale et de la région dorsale, une tuméfaction considérable au niveau de la fosse sous-épineuse. Le moignon de l'épaule fait une saillie énorme qui masque la saillie de l'acromion ; mais en pressant au-dessous de la région, on trouve une dépression profonde et le bras semble plié suivant un angle obtus. L'axe du bras est dévié et l'humérus est dirigé de bas en haut et d'avant en arrière. Il semble s'enfoncer dans le dos. Le coude est porté en avant et très écarté du tronc. Le bras avec l'avant-bras est dans la rotation en dedans.

A la palpation, on sent nettement une tumeur dure, arrondie, formée par la tête humérale dans la fosse sous-épineuse.

Les mouvements actifs sont impossibles.

Les mouvements passifs sont très douloureux et rès limités.

Il n'y a plus d'ecchymose.

Pas de fracture de l'omoplate, ni de l'humérus. Pas de paralysie ; sensibilité intacte.

Le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, M. Després rompt les adhérences en faisant opérer au bras des mouvements de rotation dans tous les sens, le bras étant placé de force dans l'élévation. Des cataplasmes sont appliqués sur l'épaule.

Le surlendemain, on transporte le malade à l'amphithéâtre, où M. Després opère la réduction de la façon suivante :

Deux aides font l'extension continue avec une serviette mouillée embrassant le coude. La contre-extension est faite avec une alèze fixée dans un anneau scellé au mur et passant autour du tronc. Pendant ce temps, M. Després presse fortement sur la tête humérale pour la porter en bas et en avant, puis il fait tirer en bas, et se servant de l'humérus comme d'un levier et de son genou comme point d'appui, il porte fortement la tête humérale en haut et en avant, par la pression du genou.

La réduction s'obtient en moins de dix minutes. M. Després immobilise le bras étendu contre le tronc au moyen d'un bandage de corps et soutient l'avant-bras avec une écharpe ordinaire.

Le malade sort guéri le 27 septembre, jouissant de tous les mouvements. L'élévation spontanée du bras restant seule un peu limitée.

L'intérêt de cette observation réside dans la rapidité de la réduction ; mais il est positif que les mouvements que M. Després a fait faire à l'articulation dans tous les sens, avant de procéder à la réduction (c'est-à-dire la rupture des adhérences), ont simplifié singulièrement les manœuvres de réduction. La pression directe sur la tête humérale avec le genou a dû être employée ici ; cette manœuvre est l'exagération du procédé de réduction indiqué dans les livres classiques : un coup de poing sur la tête placée dans la fosse sous-épineuse, le bras étant placé dans l'abduction.

II. Le nommé L..., cocher, âgé de quarante ans, a été admis d'urgence à l'hôpital de la Charité, le 5 septembre, pour une lésion du coude.

Ce malade raconte qu'il descendait un escalier et qu'il ne lui restait plus que deux marches, lorsqu'il a glissé si malheureusement que, perdant l'équilibre, il est tombé sur le côté gauche, le coude écarté du tronc et supportant tout le poids du corps.

En se relevant, il a ressenti une douleur aiguë au niveau du coude ; les mouvements de l'avant-bras étaient impossibles et il a dû le soutenir avec l'autre main.

A l'entrée du malade à l'hôpital, l'inspection permet de reconnaître une tuméfaction énorme de toute la région avec ecchymose considérable occupant les deux tiers du bras et tout l'avant-bras.

L'épitrochlée fait une forte saillie en dedans. Immédiatement au-dessous et en arrière se trouve une dépression très marquée avec un amincissement de la peau, tel que l'on sent distinctement le bord interne saillant de la trochlée et que l'on peut loger le doigt dans la gouttière de la trochlée. C'est là un signe rare que l'on n'observe que dans les luxations en dehors. Le radius fait une forte saillie en dehors. Le gonflement du coude masque la saillie de l'olécrâne en dehors et en arrière.

L'avant-bras est, d'ailleurs, dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Il présente une attitude intermédiaire entre la pronation et la supination.

Les mouvements volontaires sont abolis, les mouvements communiqués sont très douloureux, ceux de latéralité sont très prononcés.

Il n'y a pas de fracture ni de lésion des vaisseaux.

La sensibilité de l'avant-bras et de la main est intacte.

M. Després pratique la réduction, le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital. Un aide fait la contre-extension sous l'aisselle à l'aide d'une alèze fixée à un anneau scellé dans la muraille. L'extension est obtenue par la traction continue faite par deux aides pesant seulement du poids de leur corps, traction sur le poignet, l'avant-bras étant étendu.

Après trois minutes de traction continue, M. Després réduit, d'abord, la tête du radius en pressant avec le genou sur la face externe du bras, de façon à exagérer le mouvement de latéralité en dehors. Le radius est alors remis en place avec un léger bruit ; puis après une minute encore de traction continue, le chirurgien plie vivement l'avant-bras et remet le cubitus.

Le bras est placé en écharpe.

Le gonflement de l'avant-bras est traité par des cataplasmes appliqués au niveau du coude.

Le malade sort guéri, le 26 septembre 1890.

La luxation du coude en arrière tient assez souvent des luxations en dehors et en arrière ; mais il s'agit alors d'une simple rotation de l'avant-bras. Ici, la luxation était franchement en dehors, la possibilité de sentir la trochlée sous la peau en est la meilleure démonstration.

Pour ce qui est du procédé de réduction employé par M. Després, il n'est nouveau qu'en ce point : l'exagération du déplacement avant la réduction et la réduction du radius avant celle du cubitus. C'est un procédé d'application générale pour toutes les luxations, que M. Després veut vulgariser.

Ce procédé est scientifique et c'est, par hasard et inconsciemment, ce que font les rebouteurs qui remuent les luxations dans tous les sens pour les réduire.

CHIRURGIE PRATIQUE

De la cure radicale des varices.

I. La cure radicale des varices est-elle possible ? A cette question ainsi nettement posée, M. le docteur Montaz, professeur à l'École de médecine de Grenoble et chirurgien de l'hôpital (1), répond non moins nettement par l'affirmative.

Le fait vaut la peine d'être discuté. Et d'abord, que faut-il entendre par cure radicale des varices ? Est-ce la disparition complète, absolue, radicale des dilatations veineuses ? Évidemment non. On a singulièrement, depuis ces derniers temps, abusé de l'épithète « radicale » ; et Trélat, à propos des hernies, avait déjà, et avec juste raison, rejeté ce qualificatif prétentieux et quelque peu inexact.

Nous allons voir, en effet, que le mot radical s'applique mal à l'intervention opératoire dirigée contre les varices. En effet, le chirurgien ne peut agir que sur les veines superficielles et nullement sur les profondes.

Or, M. Verneuil a depuis longtemps démontré que les varices superficielles coexistaient constamment avec des varices profondes. Il est vrai qu'un anatomiste anglais (2) a prétendu, plus récemment, que fort souvent les veines saphènes étaient variqueuses isolément ou avant toutes les autres. La question d'anatomie pathologique mériterait donc d'être reprise. Mais cependant, ceux qui ont injecté fréquemment les veines du membre inférieur pour en faire l'étude anatomique, savent combien il est exceptionnel de trouver absolument intactes les veines intra-musculaires du mollet. Elles sont presque toujours altérées, dilatées et tortueuses. Ce n'est que chez l'adolescent, qu'on arrive à grand'peine à trouver l'intégrité à peu près complète du système veineux profond des membres inférieurs. Donc, jusqu'à

---

(1) Montaz. *Dauphiné médical*, août 1890.
(2) Hughes. *Brit. Med. Journ.*, juillet 1887.

nouvel ordre, nous considérerons que les varices superficielles sont exceptionnellement indépendantes des varices profondes, et qu'agir sur les premières, sans agir sur les secondes, ne saurait constituer qu'une intervention incomplète et nullement radicale.

Mais aux objections théoriques, M. Montaz répond par des faits bien étudiés et écrit cette conclusion : La cure radicale des varices est possible.

Cependant malgré ses « éloquentes observations », nous nous permettrons de formuler une opinion un peu différente de la sienne, et en nous basant même sur les trois faits nouveaux qu'il publie. De ses trois malades, l'un « n'est plus souffrant de sa jambe »; l'autre « conserve des varicules », mais sans importance; le troisième « n'est plus incommodé de ses varices ». Et s'il est permis de lire entre les lignes, pour celui qui n'a pas vu et observé les malades eux-mêmes, nous dirons : les trois malades ont été guéris des symptômes pénibles que leur donnaient leurs varices, mais ces varices existent encore. Sans doute, il n'y a plus d'ulcères, d'énorme dilatation veineuse, de douleur, etc. Mais, c'est une guérison symptomatique et non une guérison radicale qui a été obtenue. De sorte que, reprenant le mot que Trélat appliquait si justement aux hernies, nous dirions volontiers : La cure *chirurgicale* ou *opératoire* des varices est possible. Ce qui peut encore se traduire de la sorte : *Il est permis, par une intervention chirurgicale, de guérir les variqueux de quelques-uns des troubles dont ils souffrent du fait de leurs varices*. Avec cette petite nuance dans notre appréciation, nous pouvons donc, avec M. Montaz, reconnaître que, dans certains cas, l'intervention chirurgicale a été bienfaisante chez quelques variqueux.

II. Dans quelles conditions cette intervention chirurgicale peut-elle être proposée ? Il est certain que, dans l'immense majorité des cas, le bas élastique simple constitue le traitement habituel, classique des dilatations variqueuses. Il est également certain que, presque toujours, à la suite de cette compression constante et régulière, les troubles dus aux varices diminuent et finissent par disparaître. Mais parfois le traitement reste insuffisant et le variqueux réclame une thérapeutique plus efficace.

Trois circonstances peuvent, à notre avis, réclamer l'acte chirurgical : ce sont les douleurs, souvent fort vives, les ruptures variqueuses et les ulcères.

M. Montaz, dans son travail déjà cité, fait, à juste titre, entrer en ligne de compte l'état social des individus. « S'agit-il d'un rentier ? Il se fatiguera peu, se fera faire sur mesure une bonne chaussette en peau de chien, s'il est soigneux; se fera fabriquer un bas élastique, s'il est moins regardant; observera une grande propreté, changera ses appareils de compression, dès que leur élasticité sera lassée, en un mot vivra très bien avec ses varices.

S'agit-il d'un travailleur ? La fatigue qu'il impose, dans certaines professions, à ses membres inférieurs, l'usure rapide de ses bas, le manque de soins, de propreté, l'absence de ces mille petits riens indispensables auront pour conséquence des ulcères rebelles, des douleurs, des phlébites variqueuses, etc. Ces accidents guérissent lentement à l'hôpital, puis récidivent aussitôt après la sortie du malade. Pour ces estropiés, le travail devient souvent impossible, et le séjour à l'hôpital permanent. Ils sont la vermine des hôpitaux, comme les appelait Boyer. A cette catégorie de malades, la cure radicale rend des services signalés. »

Nous nous associons pleinement à cette manière de voir.

Des trois indications que nous avons posées plus haut, les ruptures variqueuses et surtout les douleurs sont les deux principales.

La question devient plus discutable quand il s'agit des ulcères; là, c'est encore au traitement classique, par le repos horizontal, les pansements antiseptiques, et la compression, que nous aurions recours. Les greffes de Thiersch, ou l'autoplastie par la méthode italienne, ont donné dans les cas rebelles de véritables succès. On a pu craindre que l'action directe sur les varices ne produisît que peu d'effets sur l'ulcère lui-même. Toutefois, des observations déjà anciennes prouvent qu'il ne faut pas dédaigner cette méthode. Témoin les faits de Chassaignac, Davas, Rigaud, et une des observations de M. Montaz. M. le professeur Cerné (de Rouen) vient de publier, à la Société de chirurgie, plusieurs faits, vraiment remarquables, de guérison d'ulcères rebelles de la jambe, par la ligature des veines variqueuses. De sorte que ces tentatives chirurgicales ne méritent peut-être pas le jugement que portait sur elles M. Quénu, dans son article du nouveau *Traité de chirurgie.*

Lorsqu'il y a rupture variqueuse et, par conséquent, hémorrhagie souvent considérable, il est évident que le chirurgien a le devoir d'intervenir, soit pour arrêter l'hémorrhagie, s'il est appelé à temps, soit pour prévenir le retour d'accidents semblables.

Mais la véritable indication de la cure chirurgicale des varices est fournie par la douleur, soit vive et localisée, soit diffuse dans toute la hauteur du membre. Ces douleurs sont fréquentes, elles résistent à la thérapeutique médicale et à la compression.

En d'autres termes, l'intervention chirurgicale est à repousser comme méthode générale de traitement des varices, mais elle constitue une ressource précieuse, à laquelle on pourra parfois recourir pour la cure de certains ulcères trop rebelles; elle devient une méthode de choix dans le cas de douleurs vives ou continues, et une méthode de nécessité dans le cas d'hémorrhagie par rupture.

III. Les procédés opératoires seraient nombreux, si l'on en croit les traités de chirurgie. Mais il convient de faire un choix parmi tous les procédés proposés et de rayer absolument, de notre cadre, les méthodes aveugles qui prennent, comme moyen d'oblitération des veines, la cautérisation ou les injections coagulantes.

L'intervention chirurgicale dispose, *en réalité*, de deux moyens : l'extirpation et la ligature.

L'extirpation des varices, faite entre deux ligatures, ne peut guère s'adresser qu'à certains cas où la douleur siège sur un point limité. C'était le cas d'un malade opéré par M. Schwartz. Ce malade portait sur la face interne du genou une tumeur variqueuse grosse comme une mandarine, et dont il souffrait horriblement à la moindre pression. L'extirpation amena la cessation complète des douleurs.

Mais dans les cas plus fréquents, où les douleurs sont diffuses, la résection ne saurait être proposée. C'est seulement à la ligature que le chirurgien peut avoir recours.

Cette ligature, qui a pour but d'oblitérer des segments de veine variqueuse, peut se faire par deux méthodes : la ligature directe ou immédiate et la ligature médiate.

C'est à ce dernier procédé qu'a recours notre collègue de Grenoble et voici comment il le décrit :

« La veille, bain de sublimé. Le jour, savonnage du membre à opérer; lavage à l'éther, puis au sublimé. L'anesthésie n'est pas nécessaire. Avec une aiguille chargée d'un crin de Florence, le tout bien stérilisé, on pique la peau à côté de la veine. On passe sous la veine et on ressort en traversant la peau aussi près que possible du point d'entrée. L'aiguille est retirée, laissant le crin qu'on serre vigoureusement, de façon à étreindre la veine et la peau comprise. Compresse de gaze au sublimé par-dessus, pour attendre. A 10 ou 20 centimètres plus loin, le chirurgien répète la même petite opération et arrive ainsi à placer sur le trajet de la saphène trois, quatre, cinq ligatures analogues. Un pansement définitif à l'iodoforme et au sublimé recouvre le tout; il reste en place huit à quinze jours. Au bout de ce temps, on coupe les crins et le traitement est terminé. A peine une légère cicatrice linéaire vient-elle attester la petite intervention. »

Pour nous, la ligature directe par l'incision nous semble peut-être préférable. Elle permet de voir ce que l'on fait. Avec elle, le chirurgien est sûr de prendre toute la veine (sans la transfixer de part en part) et de ne prendre rien que la veine, à l'exclusion des filets nerveux qui peuvent avoir avec les parois variqueuses des rapports fort intimes.

En résumé, dans certains cas bien déterminés, la ligature multiple des veines variqueuses constitue, quel que soit le procédé employé, une opération inoffensive et souvent efficace.

A. Ricard

THÉRAPEUTIQUE

Du bromure de potassium dans le traitement des maladies nerveuses.

Par M. le docteur W. Petit.

L'efficacité de l'emploi de la médication bromurée dans le traitement des maladies nerveuses est un axiome aujourd'hui scientifiquement accepté. Dans une de ses leçons à l'hospice de la Salpêtrière, Legrand du Saulle disait : « Quand j'entrai comme interne à l'hospice de Charenton, il se consommait dans tous les hôpitaux de Paris 3 kilos de bromure de potassium par an et, aujourd'hui, cette moyenne a dépassé 1000 kilos. »

Mais si l'on ne discute plus sur la nécessité de l'emploi de cette médication, quelques esprits, curieux de remédier aux inconvénients qui s'étaient produits à la suite d'une application inconsidérée du remède, ont tenté d'associer au bromure de potassium, jusque-là seul en usage, d'autres préparations telles que les bromures de sodium, ou d'ammonium. Après quelques essais infructueux, les novateurs eux-mêmes ont dû bientôt confesser que ces mélanges ne donnaient que des résultats incertains. Et le bromure de potassium reste aujourd'hui le médicament par excellence dans le traitement des maladies nerveuses.

Les travaux les plus récents n'ont fait que confirmer sur ce point les observations antérieures.

Dans son remarquable et récent ouvrage sur les épileptiques (1), M. Ch. Féré, médecin de Bicêtre, invoque l'autorité de MM. Blache, Bazin, J. Besnier, A. Voisin, Falret, Legrand du Saulle; puis citant les travaux de Martin Damourette et Pelvet, il s'exprime ainsi : « L'action bien constatée sur les grands systèmes permet d'embrasser d'un seul coup d'œil et sans efforts tout le domaine thérapeutique du bromure de potassium. Ainsi, sans parler de ses effets hypnotiques, par son action anesthésique et amyosthénique générale, il s'attaque aux névroses les plus étendues et les plus complexes (épilepsie, chorée, hystérie, etc.), tout comme il combat les névroses plus localisées (dysphagie, asthme, etc.), ou seulement des éléments morbides isolés, tels que la douleur dans les névralgies, la migraine, le rhumatisme, etc.

De même, son action sédative sur l'étendue de la circulation capillaire le rend propre à effacer les hyperhémies de quelque siège et de quelque nature qu'elles soient...

Enfin, c'est parce que le bromure de potassium possède la double action hyposthénisante nerveuse et vasculaire, qu'il se montre si remarquablement utile contre les grandes névroses à processus congestif des centres nerveux, telles que l'épilepsie et l'éclampsie, l'hystérie et le nervosisme, la chorée, etc. (1).

Le bromure de potassium est sans contredit celui qui jouit de la plus grande efficacité.

Comme le dit bien M. A. Voisin, le bromure doit rester presque un aliment pour l'épileptique qu'il a guéri. Et si le malade en suspend l'usage, il faut qu'il sache que c'est à ses risques et périls. »

Enfin, après avoir examiné et discuté les avantages que certains praticiens entendent tirer de l'association du bromure de potassium à d'autres préparations bromurées, après avoir réfuté les objections que l'on a élevées contre l'efficacité du bromure de potassium, M. Féré termine ainsi la partie de son ouvrage relative au traitement par les bromures : « Si le bromure de potassium a été le plus accusé, c'est aussi lui qui a le plus servi. »

Et, tout récemment, M. le docteur Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Paris, s'exprimait ainsi (2) : « De toutes les préparations bromurées, le bromure de potassium est certainement la plus active. Aussi constitue-t-il, on peut le dire, l'élément fondamental du traitement de toute épilepsie. *Les bromures de sodium et d'ammonium ne nous ont pas paru, tant s'en faut, agir avec la même énergie que le bromure de potassium.* »

Une question importante, c'est la qualité du médicament à employer.

« La première condition à réaliser lorsqu'on doit recourir à la médication bromurée, c'est de *se procurer un bromure parfaitement pur* » (G. Ballet). « Il doit être employé pur, c'est-à-dire ne pas contenir d'éléments étrangers, principalement pas d'iodure et surtout de chlorure de potassium, de sulfate et de carbonate de potasse » (Ch. Féré). « Trop souvent, reprend M. le docteur Ballet, le bromure de potassium est mélangé à d'autres sels de potasse, au sulfate ou au carbonate ; au chlorure de potassium et surtout à l'iodure. Il en résulte certains inconvénients qu'on évitera en ayant recours à un bromure bien préparé. »

Dès longtemps pénétré des doléances des plus éminents praticiens sur ce sujet, M. Henry Mure a créé une préparation qui, tout en procurant au médecin traitant une entière sécurité touchant la pureté du bromure qu'elle contient, dissimule sous un parfum inoffensif (écorce d'oranges) la saveur un peu désagréable du bromure. Aussi n'y a-t-il aujourd'hui qu'une seule préparation qui soit universellement répandue : le sirop de M. Henry Mure au bromure de potassium (exempt d'iodure et de chlorure). Les malades supportent à merveille ce produit, qui est agréable au goût, très bien préparé, mathématiquement dosé et d'une action certaine.

En s'inspirant des travaux des médecins anglais et américains et des expérimentations si sagaces et si favorables des médecins des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, M. Henry Mure est parvenu à doter l'art de guérir d'un agent pharmaceutique de premier ordre. L'incorporation du sel bromique dans un excellent sirop d'écorces d'oranges amères rend facile au malade l'ingestion du remède, et, d'autre part, la contenance fixe et absolument invariable de chaque cuillerée (2 grammes par cuillerée à bouche) simplifie utilement l'ordonnance du médecin.

(1) Ch. Féré. *Les épilepsies et les épileptiques.*

(1) *Étude expérimentale sur l'action physiologique du bromure de potassium*, 1887.

(2) De l'épilepsie envisagée au point de vue de sa nature et de son traitement, *Gazette des hôpitaux*, 26 juillet 1890.

Et comme « il n'est guère en thérapeutique de médicament qui soit susceptible de remplir des indications plus nombreuses et plus importantes que le bromure de potassium ; comme c'est certainement une des plus belles acquisitions qu'ait faites l'art de guérir depuis cinquante ans (1) », on peut juger des services que la préparation de M. Henry Mure a déjà rendus et est encore appelée à rendre à la science médicale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 octobre. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. Reclus qui se porte candidat dans la section de pathologie chirurgicale ;

2° Une note de M. Magnant (de Gondrecourt), sur une épidémie localisée de fièvre typhoïde après la vidange d'une fosse d'aisance.

RAPPORTS

Prix Alvarenga. — M. Marc Sée lit un rapport sur les ouvrages adressés pour le prix Alvarenga.

Prix Falret. — M. Blanche lit un rapport sur les travaux envoyés pour le prix Falret.

Les conclusions de ces rapports seront lues en comité secret.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. Léon Le Fort commence en citant ce passage d'un discours de Broca lors de la première discussion sur ce même sujet en 1867 :

« Au point de vue économique, la population d'un pays peut-elle s'accroître indéfiniment? Qu'arrive-t-il là où les hommes se multiplient sur un sol inextensible? On commence par se serrer, on défriche les bruyères, on fertilise les landes, on dessèche les marais. Jusque-là c'est à merveille, mais il arrive un moment où toute la place est occupée. Et après? Il reste la ressource de l'émigration. On s'expatriera donc. On ira, par delà les mers, exproprier et détruire peu à peu les races plus faibles que les nôtres. On remplira l'Amérique, l'Océanie, l'Afrique australe — je ne parle pas de l'Afrique tropicale dont le climat inhospitalier se refuse à l'acclimatement des Européens. Mais la planète où nous sommes n'est pas élastique. Dans ces colonies lointaines, incessamment grossies par nos émigrants, et rapidement accrues par leur propre fécondité, le sol finira par manquer aussi. Que se passera-t-il alors dans les générations futures, lorsqu'elles auront épuisé la ressource temporaire de l'émigration? On y verra s'aggraver cette lutte pour l'existence, que Darwin a appelée *struggle for life*, qui se manifeste dans la nature à tous les degrés de l'échelle des êtres, et qui n'a jamais fait défaut dans les sociétés humaines, mais dont la civilisation moderne s'efforce d'atténuer les effets. Là où il n'y a plus de place pour tout le monde, les faibles et les chétifs, les infirmes, les valétudinaires ne peuvent supporter le poids de la lutte. Ce sont les forts qui triomphent, et je ne nie pas que ce procédé de sélection naturelle ne puisse avoir pour conséquence d'épurer les populations et d'améliorer les races. Mais est-ce bien là le point de vue de l'humanité et de la civilisation? Et quand on me dit qu'il s'écoulera peut-être 198 ans et plus, avant que ce redoutable problème se dresse devant nos enfants, je réponds : « C'est bien! je n'y serai pas! je ne verrai pas la France impuissante à nourrir les Français. »

Dès cette époque, M. Le Fort, dans divers articles, protesta contre cette opinion trop optimiste de Broca et, le premier, à l'occasion de la suppression des tours, signala le danger causé par la diminution de la natalité en France. Il ne put arriver alors à faire partager son opinion. La mobilité de nos impressions est un des défauts de notre caractère national, et après avoir considéré la faiblesse de notre natalité comme un bonheur pour le pays, on en exagère aujourd'hui les dangers. Pour prouver cette exagération, M. Le Fort commence par bien poser les termes du problème à résoudre : 1° la France a un accroissement numérique de sa population moins rapide que la plupart des autres nations de l'Europe ; 2° cet accroissement numérique, qui reste le même pour les autres nations, se ralentit en France d'année en année. Quelles sont les causes de ce ralentissement? Elles résident non pas dans l'excès de la mortalité, ainsi que M. Le Fort le prouve par des chiffres, mais bien dans la diminution de la natalité.

La perte annuelle des naissances est actuellement de 240437 enfants, comparée au chiffre que nous aurions si la natalité était restée la même qu'en 1821. La France, avec 25 naissances par an pour 1 000 habitants, occupe le dernier rang sur l'échelle de la natalité ; c'est la Hongrie qui, avec 42 naissances pour 1 000 habitants, occupe le premier rang.

Voilà le mal dans toute son étendue. M. Le Fort ne cherche pas à le dissimuler, mais il croit qu'il ne faut pas, non plus, en exagérer l'importance, et dire que, dans un temps prochain, la France sera obligée de recourir à l'immigration étrangère pour maintenir son chiffre de population. La natalité a diminué en France, mais le chiffre de la population ne va pas en diminuant. Il continue à augmenter par l'excédent des naissances sur les décès.

L'accroissement de la population s'est brusquement ralenti pendant les deux années 1888-1889, et la natalité est tombée à une naissance sur 40 habitants, mais il n'y a là qu'un phénomène passager dû à l'épidémie d'influenza. La France s'est trouvée en 1854 et 1855 dans une situation bien autrement grave ; pour la première fois dans ce siècle, le nombre des décès a dépassé celui des naissances, et le chiffre de la population a diminué ; mais cela tenait à des causes transitoires, à la mortalité considérable de la population civile par le choléra et à la perte de 95000 soldats en Crimée. Les années suivantes comblèrent le déficit. Pourquoi n'en serait-il pas de même aujourd'hui?

La diminution de la natalité a des causes permanentes, mais elle a aussi des causes passagères.

D'abord, il faut tenir compte, dans les calculs, de la perte de l'Alsace, de deux des départements qui présentaient la plus forte natalité, une natalité supérieure à celle de l'Angleterre elle-même.

D'autre part, on prend le chiffre de la natalité pour toute la France. Mais il est des départements où la population ne cesse d'augmenter et d'autres où la diminution est presque l'état normal. Dans les premiers se trouvent presque tous les départements industriels ou agricoles, le Nord et le Centre ; dans les départements qui ont donné une perte totale de 17753 habitants en 1889, on trouve le groupe normand, où la mortalité infantile atteint un chiffre considérable, le groupe bourguignon et le groupe méridional des départements vinicoles, où l'invasion du phylloxéra a produit une réelle misère ; mais il y a lieu d'espérer que la reconstitution du vignoble français, et la diminution, par des mesures faciles à prendre, de la mortalité infantile du groupe normand feront disparaître ces causes passagères de dépopulation.

Ce qui a surtout augmenté nos craintes, c'est la préoccupation de la défense nationale et la crainte de ne pouvoir, à un moment donné, opposer à l'Allemagne une armée égale en nombre.

L'accroissement d'une population ne dépend pas seulement de l'état de la natalité ; il faut aussi tenir compte de la mortalité aux différents âges et surtout de la mortalité infantile, de l'émigration et de plusieurs autres causes. Aussi, la période de doublement d'une population est loin d'être toujours en rapport avec sa natalité. C'est ainsi que la période de doublement de la population allemande n'est pas de cinquante-quatre ans, comme pour

(1) Fonssagrives. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Bromure.

la Prusse considérée seule, mais bien de 118 ans. Le danger n'est donc pas encore proche et on a le temps d'y parer.

M. Le Fort étudie ensuite les causes permanentes de la faible natalité.

Le nombre des mariages ne saurait rendre compte de la faiblesse de notre natalité. La France, au point de vue de la nuptialité, tient une place moyenne parmi les nations de l'Europe; seulement, on se marie en France plus tard que dans beaucoup d'autres pays, notamment en Angleterre.

Pour que l'âge moyen du mariage soit si élevé en France, il faut qu'une cause générale intervienne : la conscription est une de ces causes. La nouvelle organisation militaire, en limitant le service à trois ans, réduit au minimum possible les inconvénients du célibat militaire. La conscription ne suffit pas à expliquer notre faible natalité, il faut en chercher la raison dans la substitution de plus en plus fréquente du concubinage au mariage dans la classe ouvrière. Or, les unions illégitimes ont une influence considérable sur la natalité, car leur idéal est l'infécondité absolue. En Angleterre, la proportion des enfants naturels diminue d'année en année; en France, au contraire, elle augmente en même temps que celle des naissances légitimes diminue. Cette différence tient à ce que les ouvriers anglais et les ouvriers français n'ont pas la même organisation sociale : l'un vit chez lui, l'autre en garni.

La loi française sur la reconnaissance de l'enfant est à la fois insuffisante et injuste.

M. Le Fort déclare ne pas connaître de loi meilleure que celle qui, en Angleterre et dans la plupart des États, oblige le père d'un enfant naturel à pourvoir aux besoins de cet enfant. Il ne connaît pas de loi plus immorale que celle qui interdit la recherche de la paternité et autorise à la fois l'abandon de la mère et l'abandon de l'enfant. Il appelle donc, de tous ses vœux, une loi supprimant la liberté des cabarets, la liberté de la prostitution, la liberté de la séduction, qui diminuera en France le péril social résultant de l'augmentation des naissances illégitimes.

Si le nombre des unions illégitimes, la diminution du nombre des mariages, l'âge tardif où l'homme se marie, contribuent à l'abaissement de notre natalité, ils ne suffisent pas à rendre compte ni de la faiblesse considérable de notre natalité comparée à celle des autres nations de l'Europe, ni de l'abaissement progressivement croissant de notre fécondité.

Une autre cause de l'abaissement de la natalité, est l'infécondité voulue des mariages légitimes.

Cette infécondité voulue se retrouve à tous les degrés de l'échelle sociale, elle est toutefois un peu plus fréquente dans la classe aisée que dans la classe ouvrière, mais celle-ci n'en est pas exempte.

La cause première, la cause principale, sinon unique, de l'infécondité volontaire des mariages, c'est la loi qui impose le partage égal des biens; l'auteur du mal, c'est le Code civil.

En voici la preuve : par une anomalie singulière, les provinces rhénanes sont encore régies par le Code civil français; or, la natalité dans ces provinces est beaucoup plus faible que dans les autres provinces de l'Empire allemand.

C'est la nécessité de partager les héritages qui est la cause de l'infécondité relative et volontaire des familles françaises.

Ce n'est pas tout; cette action du Code civil, cette égalité des partages, inspirée par une réaction contre les abus et les injustices du droit d'aînesse, a pour résultat l'abaissement de la valeur morale et de la puissance matérielle de la nation.

En Angleterre, la liberté de tester existe pour le père, et le fils, sachant qu'il ne doit compter que sur lui-même, sent de bonne heure le besoin de se créer une situation par le travail. Le père consacre alors une partie de ses ressources à aider son fils dans la carrière qu'il a embrassée.

En France, c'est tout le contraire : les enfants ont à peine l'âge de raisonner, qu'ils calculent déjà la valeur de l'héritage paternel; sachant que cet héritage ne peut leur échapper, il leur paraît inutile de faire des efforts pour acquérir une aisance qui leur est assurée. Plus les parents sont riches, plus les enfants sont exposés à vivre inutiles et parfois nuisibles à la société.

L'intérêt actuel de la famille est de limiter le nombre des enfants; l'intérêt de l'État est de multiplier le nombre des citoyens. Il faut que les deux intérêts cessent de se contredire.

L'abaissement du chiffre de notre natalité persiste malgré les changements de régime qui se sont succédé depuis 1821; il est donc de toute évidence qu'une même cause n'a pas cessé d'agir; elle tient à l'état de nos mœurs et résistera à tous les discours.

Les lois ne sont d'ordinaire que le reflet des mœurs d'un peuple, mais les mœurs peuvent aussi à la longue se modifier sous l'action de certaines lois. La cause du mal est dans le Code civil, la revision de ce Code s'impose comme une mesure de salut

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 octobre 1890, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Prost-Maréchal, en remplacement de M. Bartholon, démissionnaire; désigné pour le 75e d'infanterie; et Amiet, en remplacement de M. Rhein, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 37e d'artillerie.

— Le conseil général des Facultés a repris ses séances mensuelles à la Sorbonne, sous la présidence de M. Gréard. Il a réglé l'ordre de ses travaux et nommé M. Milne-Edwards son rapporteur général.

Plusieurs doyens se sont plaints de l'insuffisance des sommes mises à leur disposition. M. Brouardel a fait entendre des doléances très vives sur la situation où se trouve la Faculté de médecine dans ses nouveaux bâtiments, dont le chauffage et l'éclairage seuls absorbent presque toutes les ressources. Il est alloué 13 000 fr. ncs pour cet objet à la Faculté de médecine, elle en dépense plus de 53 000, soit un déficit de 40 000 francs; lorsque tous les services fonctionneront, les dépenses de chauffage et d'éclairage monteront à plus de 90 000 francs.

— Un concours pour un emploi vacant de chef titulaire de clinique chirurgicale s'ouvrira le 17 novembre prochain.

— Par suite du décès de M. Moreau-Marmont, le mouvement suivant vient d'avoir lieu dans le service des dentistes des hôpitaux de Paris :

M. le docteur Th. David passe de la Pitié à la Charité;

M. le docteur Brochard-Bigaud est nommé dentiste des hôpitaux et prend le service de la Pitié.

— Le cours de médecine légale pratique et les conférences pratiques appliquées à la toxicologie commenceront à la Morgue, le mercredi 5 novembre 1890, à deux heures, et seront continués les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : les mercredis : M. le professeur Brouardel; les vendredis : M. le docteur Descouts, chef du laboratoire de médecine légale; les lundis : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquée à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie.

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 8 novembre 1890, les mardis, jeudis et samedis : les jeudis, à quatre heures : M. le docteur Descouts, chef du laboratoire de médecine légale; les mardis, à trois heures : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; les samedis, à trois heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences sur la présentation d'une carte spéciale

qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine; 2° MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

— La policlinique de chirurgie des femmes de M. le docteur Berrut (151, rue de Grenelle-Saint-Germain) est ouverte du 1er novembre au 31 août de chaque année.

Le jeudi, à neuf heures : leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte. A dix heures : consultation. — La première leçon aura lieu le 6 novembre 1890.

— M. le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique du docteur Burq, reprendra ses conférences cliniques sur le traitement des maladies nerveuses et du diabète par la métallothérapie, le 2 novembre 1890, de neuf heures à dix heures, 9, rue de Chanaleilles, et les continuera tous les dimanches à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 126. — SAMEDI 1er ET MARDI 4 NOVEMBRE 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 1er ET MARDI 4 NOVEMBRE 1890. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 3 novembre 1890.

M. le ministre de la Guerre vient d'arrêter ainsi qu'il suit les conditions dans lesquelles les étudiants en médecine et les élèves en pharmacie, appelés à bénéficier des dispositions de la loi du 15 juillet 1889, accompliront leur service militaire :

« ... Ils seront répartis et incorporés dans les mêmes corps de troupe d'infanterie que les recrues de leur subdivision de région.

Quel que soit le nombre de leurs inscriptions, ils seront, pendant les six premiers mois de leur présence au corps, exclusivement soumis aux obligations du service imposé aux hommes de leur classe.

A partir du deuxième semestre, ils suivront les cours et exercices spéciaux aux infirmiers et brancardiers régimentaires et des conférences sur le service de santé en campagne. Cette instruction leur sera donnée, en dehors des exercices militaires, par les médecins des régiments, sous la direction des médecins-majors, suivant un programme approuvé par le chef de corps. On profitera spécialement, à cet effet, des heures réservées aux séances d'exercices corporels.

Pendant les manœuvres en pays de montagnes, un certain nombre d'étudiants en médecine, pris parmi ceux qui posséderont le plus grand nombre d'inscriptions et auront fait preuve de connaissances nécessaires, seront attachés aux bataillons alpins; ils y rempliront les fonctions de médecin auxiliaire et jouiront des avantages actuellement concédés aux engagés conditionnels médecins affectés à ces bataillons.

Tous les cours et exercices professionnels spéciaux donneront lieu, de la part des médecins-majors des régiments, à des notes qui seront remises par eux aux chefs de corps, et dont il sera tenu compte pour le renvoi de ces étudiants ou pour leur maintien sous les drapeaux, conformément à la loi et aux règles tracées par la circulaire ministérielle du 28 mai 1890.

Un rapport sur l'instruction spéciale des étudiants en médecine et en pharmacie sera adressé par le médecin chef de service dans les corps de troupe au directeur du service de santé du corps d'armée.

Pendant la période de quatre semaines qui précédera leur passage dans la réserve, ces jeunes gens suivront, dans les hôpitaux militaires désignés par les commandants des corps d'armée, des cours et exercices professionnels en conformité de programmes arrêtés par les généraux sur la proposition des directeurs du service de santé. A cet effet, les étudiants qui, leur année de service accomplie, auront été versés dans une section d'infirmiers appartenant à un corps d'armée ne possédant pas d'hôpital militaire seront, après avoir rejoint le dépôt de cette section, dirigés sur les hôpitaux militaires d'un corps d'armée voisin, savoir :

Ceux de la deuxième section sur l'hôpital de Lille;

Ceux de la troisième section sur l'hôpital du Gros-Caillou;

Ceux de la quatrième section sur l'hôpital de Saint-Martin;

Ceux de la neuvième section sur l'hôpital de Versailles;

Ceux de la onzième section sur l'hôpital de Rennes;

Ceux de la douzième section sur l'hôpital de La Rochelle;

Ceux de la treizième section sur les hôpitaux de Lyon.

En cas de mobilisation, ceux des étudiants qui auront subi avec succès l'examen de médecin auxiliaire seront employés comme tels; tous les autres feront le service incombant aux infirmiers militaires. »

Il ne nous appartient pas de rechercher à quel mobile a obéi M. le ministre de la Guerre en prenant une telle décision, mais nous ne pouvons nous empêcher de la déplorer profondément.

Il y a quelques années, les étudiants en médecine qui accomplissaient leur année de service militaire étaient soumis pendant deux mois seulement au régime commun des autres soldats; puis, pendant les dix autres mois de leur volontariat, ils étaient attachés à un service d'hôpital militaire où on les instruisait des choses spéciales de la médecine militaire. On préparait ainsi la pépinière où, en cas de mobilisation, se recruteraient les *trois quarts* de nos médecins d'armée. En ces dernières années, on avait même été plus loin, et l'on avait reconnu la nécessité de cette instruction spéciale de l'étudiant en médecine : on l'avait obligé de subir des examens pour obtenir le titre de médecin auxiliaire, et son année de service se passait, en somme, à faire l'apprentissage du rôle qu'il remplirait en temps de guerre.

La décision nouvelle vient de tout bouleverser. Pendant

les six premiers mois de sa présence au corps, l'étudiant sera soumis aux obligations du service imposé aux hommes de sa classe. Dans le deuxième semestre, il suivra quelques cours spéciaux en dehors des exercices militaires. Enfin, pendant la période de quatre semaines qui précédera leur passage dans la réserve, les étudiants suivront des cours et exercices professionnels spéciaux dans les hôpitaux militaires désignés.

Dire que cette mesure va porter un tort considérable aux études médicales est presque inutile, tellement le fait est évident; mais M. le ministre de la Guerre a sans doute été guidé par des intérêts supérieurs pour interrompre aussi brutalement des études commencées. Sans doute, dans l'intérêt de la défense de la patrie, il était urgent de modifier l'état de choses actuel et d'enrégimenter nos futurs docteurs. Cependant, n'en déplaise à M. le ministre de la Guerre, une bonne manière, pour un futur médecin de réserve, de pouvoir être utile à son pays, c'est encore de faire de vraies et de solides études médicales. Et avec la nouvelle façon de procéder, nous aurons des docteurs qui auront appris la charge en cinq temps, mais qui ignoreront peut-être les premiers mots de leur futur métier de médecins militaires. Pour avoir de bons soldats, faites faire des exercices militaires; pour avoir de bons médecins dans l'armée, n'entravez pas les études médicales! Est-ce faire œuvre utile que d'apprendre, au futur médecin de réserve, le maniement d'une arme dont, en temps de guerre, il devra être dépourvu?

Au point de vue médical pur, la décision du ministre aura un effet désastreux, que ne compensera pas une instruction militaire, dépourvue d'utilité.

Pourquoi ne pas incorporer les étudiants directement dans les hôpitaux? Là, sans quitter le malade, ils pourraient et continuer leurs études et suivre toute l'année des cours spéciaux, les préparant complètement pour leur future mission. De la sorte tout le monde y gagnerait, la médecine et l'armée.

HOPITAL TENON. — M. Reynier.

Résection du pylore et de la première portion du duodénum; abouchement de l'estomac avec la deuxième portion.

(Observation recueillie par M. Wassilieff, interne du service.)

Une femme de quarante-neuf ans, dont la ménopause date de quatre ans et qui, jusqu'à l'âge de quarante-deux ans, s'était toujours bien portée, entre à l'hôpital Tenon au commencement du mois de juin 1890.

Il y a trois ans, elle commença à éprouver des troubles digestifs d'abord légers : diminution de l'appétit, dégoût de la viande, ballonnement du ventre après les repas, constipation opiniâtre. Puis, de loin en loin, apparurent des vomissements; très rares, au début, glaireux, puis alimentaires, ils devinrent peu à peu plus fréquents, en même temps que les symptômes précédents augmentèrent d'intensité. Il y eut même des vomissements noirâtres et c'est alors que la malade se décida à entrer à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le docteur Dreyfus-Brisac.

A partir de l'entrée de la malade, les symptômes précédents augmentèrent rapidement. Les vomissements devinrent presque incessants; aucun aliment solide ne pouvait être gardé; seuls le lait et le bouillon étaient tolérés pendant deux heures, puis vomis; le vin était rejeté plus rapidement et occasionnait des cuissons.

Un nouveau symptôme vint bientôt s'ajouter aux autres : la malade ressentait à l'épigastre des douleurs spontanées violentes, revenant par crises et réveillées par la pression. En peu de jours l'amaigrissement fut considérable, la perte des forces s'accentuait à vue d'œil; néanmoins, il n'y avait pas encore de véritable aspect cachectique bien caractérisé, avec la teinte jaune paille des téguments.

La palpation fit découvrir une tuméfaction diffuse, siégeant dans l'hypochondre droit, au-dessous des fausses côtes et les débordant. On porta le diagnostic de cancer du pylore et on fit passer la malade en chirurgie, après avoir constaté l'inefficacité complète des traitements médicaux.

Dans le service de M. Reynier, la malade présenta les symptômes observés dans les salles de médecine, mais avec une intensité beaucoup plus grande; les vomissements étaient absolument incessants, malgré la glace, le champagne, l'eau de Seltz, la potion de Rivière; le lait et le bouillon n'étaient gardés qu'un quart d'heure, puis rendus. La malade mourrait littéralement de faim, car les lavements alimentaires n'étaient pas retenus. Aussi réclamait-elle une intervention quelconque, même si l'opération (nous rapportons ici les paroles textuelles de la malade) « devait être suivie de mort immédiate ». M. Reynier hésitait, car la tumeur ne paraissait pas se présenter dans des conditions favorables. L'examen du ventre révélait, en effet, ce qui suit :

La tuméfaction, en partie cachée par les fausses côtes droites, s'étend de haut en bas, jusqu'à quatre travers de doigt du rebord de celles-ci; les limites latérales sont moins nettes, on a affaire à un empâtement diffus plutôt qu'à une véritable tumeur à limites bien franches. Néanmoins, l'empâtement n'existe plus (au palper), à deux travers de doigt en dedans du prolongement du bord droit du sternum.

La tumeur est très peu mobile, mais ne paraît pas faire corps avec le foie.

L'estomac est peu dilaté; le ballonnement du ventre a disparu depuis quelques jours et il n'y a pas d'ascite.

M. Reynier se décide à intervenir, malgré le peu de netteté des limites du mal. Il se propose de pratiquer, après ouverture de la cavité abdominale, et suivant les circonstances, soit la pylorectomie, dans le cas où la tumeur serait limitée, soit l'entérogastrostomie, dans le cas où l'étendue des lésions rendrait toute extirpation complète impossible.

Le mardi 8 juillet 1890, à neuf heures du matin, on commence la chloroformisation.

Une incision est pratiquée sur la ligne médiane, de l'appendice xyphoïde à l'ombilic; le péritoine est ouvert et l'on introduit la main dans le ventre. M. Reynier reconnaît que la tumeur est nettement limitée et qu'elle ne paraît pas très adhérente, contrairement à ce que faisait prévoir l'examen clinique. Dans ces conditions, l'ablation est décidée et on se donne du jour par une incision complémentaire transversale, de 8 centimètres de long, et dirigée vers la gauche.

On commence par détacher les adhérences antérieures avec le grand épiploon et l'on place quelques ligatures à la soie.

Puis, on sépare la tumeur du pancréas, qui saigne abondamment. Dans le fond de la plaie, on aperçoit les battements aortiques et l'on découvre une énorme veine de 3 centimètres de diamètre. Au niveau de la tête du pancréas, on fait avec cet organe un pédicule contenant l'artère splénique et sa veine, que l'on étreint avec une corde de caoutchouc et que l'on abandonne dans le ventre. On peut alors attirer au dehors la masse principale et l'on s'aperçoit que la première portion du duodénum est envahie également. On continue à détacher les adhérences et à jeter sur les bouts des ligatures de soie; on sépare ainsi de la tumeur le petit épiploon et l'on enlève en même temps deux petits ganglions.

Toute la tumeur se trouve alors libérée; il ne reste qu'à sectionner, d'une part, l'estomac, d'autre part, la deuxième portion du duodénum au-dessus de l'ampoule de Vater.

Pendant ces manœuvres, il a été appliqué soixante-dix pinces hémostatiques.

Enfin, on place sur l'estomac deux pinces à pédicule, avec mors garnis de caoutchouc; sur la deuxième portion du duodénum deux pinces semblables; on coupe entre les pinces et l'on se trouve alors avoir complètement détaché la tumeur, sans qu'aucune matière soit tombée dans le ventre.

La phase de destruction est terminée à onze heures et demie. Il reste à exécuter la réparation, qui consiste à aboucher l'estomac à la deuxième portion du duodénum et à fermer le ventre.

Abouchement de l'estomac à l'intestin. — On commence par rétrécir l'orifice de la section stomacale, en adossant les faces opposées de la muqueuse au moyen d'une suture au catgut, sur la moitié inférieure de la section.

On suture ensuite la muqueuse duodénale à ce qui reste de la muqueuse stomacale.

Enfin, sur toute l'étendue des sections, on pratique la suture péritonéale de Lembert. On enlève alors les pinces et on voit immédiatement les matières, liquides et gaz, passer de l'intestin dans l'estomac, sans que rien ne tombe dans le ventre. A ce moment, la malade vomit des matières teintées par la bile, mais non sanglantes : la suture paraît donc parfaitement solide et hermétique.

On referme le ventre, après avoir fait une suture au catgut, en surjet, sur le péritoine.

L'opération se termine par là, à une heure un quart de l'après-midi; elle avait donc duré quatre heures.

La malade était extrêmement déprimée; malgré la glace, le champagne, les injections d'éther, l'élévation de la température de la chambre (28 degrés), l'opérée ne se relève pas du shock et meurt à deux heures du matin, c'est-à-dire douze heures après l'opération, sans avoir vomi.

L'autopsie, pratiquée trente-deux heures après la mort, a montré ce qui suit :

Il n'y a ni sang, ni matières intestinales dans la cavité de l'abdomen; on ne découvre pas trace de péritonite commençante. Toutes les ligatures sont en place; la ligature élastique, posée sur le pancréas, n'a pas étreint le canal cholédoque.

Aucun gros vaisseau n'a été touché.

La partie enlevée comprend la région pylorique de l'estomac et la première portion du duodénum.

État de la suture. — L'estomac, y compris le cardia, et la première partie de l'intestin, étant enlevés, on injecte de l'eau par le cardia après avoir fermé, par une ligature, le bout intestinal : la cavité se remplit, se distend sans que l'eau filtre à travers la suture, qui, par conséquent, est hermétique.

On place ensuite le tout sous l'eau et on insuffle de l'air par le cardia : la cavité se distend, mais il ne sort pas une bulle d'air par la ligne de suture.

Il en résulte que, si la malade avait survécu, il n'y aurait pas eu à craindre d'épanchement de matières dans le péritoine. En somme, l'opérée n'est morte ni de péritonite suraiguë, ni d'hémorrhagie; elle a succombé au shock.

L'examen histologique n'a pas été fait, mais il n'y avait aucun doute sur la nature de la lésion.

UN CAS D'OPHTHALMOPLÉGIE NUCLÉAIRE EXTÉRIEURE

Par M. le docteur Paul Raymond.

On sait en quoi consiste l'ophthalmoplégie nucléaire extérieure : la musculature extérieure d'un œil ou des deux yeux est plus ou moins complètement paralysée, la musculature intérieure, les mouvements de la pupille et de l'accommodation demeurent indemnes. Cette question de l'ophthalmoplégie nucléaire est nouvelle : elle ne date guère que d'une dizaine d'années et les observations sont néanmoins assez nombreuses pour que ce chapitre de pathologie nerveuse soit déjà assez bien connu. Il n'est cependant pas inutile d'apporter de nouvelles observations, surtout lorsqu'elles se caractérisent par quelque particularité peu ordinaire.

Si, le plus habituellement, l'ophthalmoplégie extérieure est un syndrome qui évolue d'une façon chronique, une évolution aiguë, avec possibilité de guérison, a aussi été constatée. Si, d'autre part, le noyau de la troisième paire est souvent le seul intéressé, il est cependant des cas où la lésion atteint simultanément ou consécutivement d'autres noyaux bulbaires, donnant ainsi naissance à un syndrome plus ou moins complexe. C'est à ces différents titres que l'observation que je vais rapporter est intéressante. Je n'insiste pas davantage sur l'ophthalmoplégie extérieure, quelque insuffisants que puissent paraître les détails précédents, devant, dans une prochaine Revue générale de ce journal, revenir sur cette question et la traiter avec tous les développements qu'elle comporte.

La nommée Eugénie C..., âgée de vingt-cinq ans, infirmière, entre le 7 février, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Monique, n° 3. Cette femme n'a fait, jusqu'à présent, aucune maladie : elle n'est ni syphilitique, ni alcoolique, ni hystérique. Elle est accouchée au mois d'octobre d'un enfant qui est mort depuis. De nouveau réglée dans les premiers jours de décembre, elle attendait ses règles pour le 10 janvier environ. Le 8 janvier, elle sort par un grand vent, prend froid et, le soir même, elle était prise d'une paralysie faciale inférieure gauche. Je passe sur les détails de cette paralysie typique. Cet état persiste sans amélioration pendant quinze jours, la malade ne souffrant pas, mais étant préoccupée de son affection. Le 25 janvier, survient du ptosis de la paupière supérieure gauche : la malade éprouve d'abord une grande difficulté pour relever la paupière, surtout lorsqu'elle est fatiguée, puis elle est obligée de faire un véritable effort et le ptosis s'accuse davantage, lorsque, huit jours après, la paupière droite tombe à son tour, mais le ptosis est moins prononcé qu'à gauche. De ce côté, il cache la pupille. Cette paralysie est néanmoins intermittente et disparaît par moments, bien qu'on puisse toujours constater un léger degré d'abaissement de la paupière gauche. C'est surtout dans la seconde moitié de la journée que le ptosis est accusé. Par moments, la paralysie cesse dix minutes, un quart d'heure, puis, la malade fixant un objet, la paupière retombe.

Vers le 7 février, la malade se plaint d'un peu de diplopie, à laquelle l'on ne prête pas tout d'abord beaucoup d'attention. Ce n'est que le 10, que, la malade se plaignant d'être gênée dans la mastication, on l'examine en détail. La mastication est fatigante : la malade est obligée de s'arrêter après avoir mâché quelques aliments, mais il est facile de reconnaître que ces troubles ne relèvent pas de la paralysie du buccinateur. Ils sont bien dus à une parésie des masséters, surtout du côté gauche : il y a grande difficulté pour la malade à rapprocher complètement les arcades dentaires. Les mouvements de diduction des mâchoires sont aussi très difficiles. De plus, grande difficulté pour tirer la langue hors de la bouche, pour l'appliquer contre le palais, pour faire progresser les aliments et pour avaler. La parole est traînante; les labiales sont toujours mal prononcées. Là encore, il y a des intermittences : après avoir parlé quelques instants, la malade bredouille, il lui semble que sa langue s'épaissit et elle s'arrête. L'intelligence est en parfait état, mais la lenteur de la parole et l'air endormi, que donnent à la malade sa paralysie faciale et son ptosis double, font qu'elle présente un aspect particulier de somnolence, sinon d'hébétude, mais il n'y a aucune tendance au sommeil. Si l'on examine les yeux, on constate que la pupille réagit aussi bien à la lumière qu'à l'accommodation : le fond de l'œil est normal. La malade peut regarder en bas, en dedans (de ce côté, pourtant, avec quelque difficulté), mais les yeux ne peuvent regarder ni en dehors, ni en haut. Pour cela, la malade est obligée de faire contracter soit les

muscles de la nuque pour regarder en haut, soit les muscles du cou pour regarder en dehors. Elle ne se plaint plus de diplopie. Aucune douleur de tête, pas de vertiges ni d'éblouissements. Pas de troubles de la sensibilité. Les différents réflexes sont normaux. Pourtant, la malade se plaint d'être fatiguée très vite, et de ne pouvoir marcher longtemps. Comme traitement, électrisation faradique des muscles paralysés, bains sulfureux, douches froides. Dès le 26 février, il y a une légère amélioration; au 15 avril, la guérison est complète.

Voilà, en résumé, une femme qui est prise d'un coup de froid au moment d'une période menstruelle et qui est atteinte subitement d'une paralysie du facial inférieur, puis successivement d'une paralysie de l'hypoglosse (mouvements de la langue) et de la racine motrice du trijumeau (mouvements du masséter et du ptérygoïdien externe) et enfin des nerfs de la sixième et de la troisième paire, celle-ci n'étant qu'incomplètement touchée.

Il est important de faire remarquer : 1° que la paralysie a porté sur les deux côtés, mais surtout sur le côté gauche et pour le facial peut-être exclusivement de ce côté (je dois reconnaître qu'il manque, dans mon observation, plusieurs détails qui ne me permettent pas de conclure à l'intégrité absolue du facial droit); 2° que les noyaux bulbaires et protubérantiels ont été touchés sans que l'ordre d'envahissement soit régulier ; 3° — et cela rend l'interprétation de quelques phénomènes assez difficile — que pour la troisième paire, les filets seuls du releveur et du droit supérieur ont été envahis, les autres centres situés au-dessous restant indemnes. L'ophthalmoplégie extérieure n'était donc pas totale.

Il ne peut s'agir, ici, d'une seule lésion, mais d'altérations frappant irrégulièrement et portant sur des territoires isolés. Cela cadre assez bien avec des troubles circulatoires, opinion que le peu de gravité de l'affection et sa guérison, en moins de trois mois, viennent, à mon sens, corroborer.

Or, il existe des cas semblables dans lesquels l'ophthalmoplégie nucléaire, succédant soit à l'impression du froid, soit à des troubles circulatoires, a évolué d'une façon aiguë et s'est terminée par la guérison. Il n'est pas ici question, bien entendu, de ces ophthalmoplégies nucléaires, consécutives à des maladies infectieuses, et qui, elles aussi, peuvent évoluer plus ou moins rapidement et se terminer par la guérison. Celles-ci seraient le fait d'une inflammation nucléaire, d'une poly-encéphalite supérieure aiguë, comme les appelle Wernicke.

Pour en revenir aux observations qui se rapprochent de la nôtre, Pflüger a cité un cas d'ophthalmoplégie extérieure consécutive à des troubles de menstruation; de Græfe, Landsberg, Schœler ont publié des cas qui étaient survenus après l'impression du froid. En voici une sorte de schéma, d'après une observation de de Græfe : une jeune fille de treize ans est exposée à un violent coup de froid ; le lendemain, elle était atteinte d'une ophthalmoplégie bilatérale incomplète, avec céphalalgie, somnolence. Une application de sangsues amena une amélioration, et six semaines après le début, la paralysie était guérie, sauf une légère parésie du droit supérieur.

De l'ensemble de ces faits, il me paraît résulter qu'entre les ophthalmoplégies nucléaires, qui sont la conséquence d'une dégénérescence cellulaire des noyaux oculo-moteurs, et les ophthalmoplégies sans lésions et purement dynamiques qui accompagnent certaines névroses, comme le goître exophthalmique (Ballet), il est une classe intermédiaire dans laquelle la paralysie de la musculature extérieure de l'œil est le fait d'un trouble de la circulation dans la substance grise de la protubérance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 octobre 1890. — Présidence de M. Nicaise.

COMMUNICATIONS

Prolapsus rectal; rectopexie. — **M. Verneuil** rappelle avoir, l'année dernière (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1289), décrit un procédé de rectopexie pour remédier au prolapsus rectal. Il présente aujourd'hui, dix-huit mois après, le jeune homme qu'il a opéré par ce procédé. Ce malade présentait, à ce moment, un état général des plus graves ; il souffrait horriblement, il semblait être paraplégique, il était amaigri, émacié et crachait du sang. M. Verneuil pratiqua l'opération qu'il a décrite : rétrécissement de l'orifice anal, réduction du rectum, fixation sur la ligne médiane. Aujourd'hui ce jeune homme, complètement guéri et transformé, se présente dans l'état suivant : le rectum et la région anale ont repris leur forme et leur situation normales; l'anus est seulement encore un peu elliptique, mais ses dimensions sont régulières; quand le malade fait des efforts de défécation, on voit seulement saillir un petit bourrelet muqueux, mais rien ne sort; il va à la selle régulièrement. Il ne lui reste plus qu'un seul inconvénient; quand il a marché longtemps, il éprouve une sensation de pesanteur dans le petit bassin. Ce jeune homme, depuis l'opération, a considérablement grossi et grandi et il est prêt à partir pour la Russie, son pays.

M. Berger communiquera prochainement l'observation d'une malade de son service, qui a été opérée par M. G. Marchant, son remplaçant pendant les vacances. L'opération, une rectopexie inférieure, a été pratiquée d'après le procédé de M. Verneuil. Il y a eu un peu de suppuration, toutefois, le résultat paraît devoir être très satisfaisant. Il s'agissait d'un prolapsus considérable, d'au moins 9 centimètres.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. Schwartz communique trois observations :

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de trente-huit ans qui avait déjà présenté des accidents graves du côté du ventre. Ces accidents avaient disparu. Après quelque temps, il fut de nouveau pris d'une douleur sourde dans la fosse iliaque droite, de constipation et d'un certain degré d'empâtement. Il y a trois jours, la situation changea brusquement, il y eut une fièvre assez forte, du ballonnement du ventre, des vomissements porracés; dans ces trois derniers jours, il n'y eut ni selles, ni gaz. L'état général s'aggravait très rapidement; le malade s'affaiblissait; on sentait une collection purulente profondément située dans la fosse iliaque droite. M. Schwartz avait donc conclu à une récidive d'appendicite, compliquée d'une collection purulente qu'il fallait ouvrir. Tel était également l'avis de M. Labbé, consulté par le malade.

M. Schwartz fit une incision latérale, au niveau de la fosse iliaque; il trouva un abcès derrière le cæcum; il ne trouva pas de corps étrangers et ne put apercevoir l'appendice vermiculaire; il fit donc un lavage et un drainage. Les accidents continuèrent et le malade succomba à une péritonite généralisée après quatre jours.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de soixante ans, qui fut pris de douleurs vives dans la fosse iliaque droite et de divers signes qui firent diagnostiquer une para-typhlite suppurée. M. Schwartz fit une ponction exploratrice qui donna issue à du pus fécaloïde. Il soumit aussitôt le malade au chloroforme et fit une incision au niveau de la fosse iliaque droite. Il trouva une cavité en arrière du cæcum, mais pas de corps étrangers ; il

ne vit pas l'appendice, il lava et draina. Le malade guérit et la guérison se maintient depuis un mois.

La troisième observation se rapporte à une femme de trente ans, ayant déjà eu des accidents de pérityphlite. Elle fut reprise brusquement des mêmes accidents et bientôt tomba dans un état grave : facies hippocratique, pouls petit, filiforme, à 130, température à 36°5, respiration courte, vomissements porracés, ventre ballonné, douloureux, mais surtout au niveau de la fosse iliaque gauche. Le diagnostic porté fut : péritonite généralisée de cause inconnue. M. Schwartz pratiqua la laparotomie médiane, trouva des adhérences, un cæcum vide ; mais, du côté de la fosse iliaque droite, il tomba sur une poche pleine de pus fétide ; il fit une seconde incision à ce niveau, pour mieux vider et laver cette poche ; l'appendice était ulcéré, à moitié détruit, et baignait dans le pus ; M. Schwartz en fit l'excision, sutura, ferma le ventre, laissa ouverte la plaie latérale, la bourra de gaze iodoformée. La malade succomba le soir de l'opération à des accidents de péritonite généralisée.

M. RECLUS s'étonne d'avoir entendu ses collègues insister autant sur les difficultés du diagnostic de l'appendicite. Il trouve, au contraire, que, dans la plupart des cas, le diagnostic est relativement facile. On est, en effet, en présence de signes précis, d'un tableau symptomatique assez simple, qui ont été très bien indiqués dans les mémoires de MM. Chaput, Tuffier. C'est ainsi que, dans trois cas, M. Reclus a pu arriver facilement au diagnostic précoce de l'appendicite. Selon lui, M. Berger et, auparavant, M. Talamon ont trop multiplié les variétés d'appendicites : il y a une appendicite avec ou sans suppuration, avec une péritonite localisée ou généralisée. Toutefois, M. Reclus reconnaît qu'à côté des cas très nets et relativement faciles à diagnostiquer, il y a des cas très difficiles, des surprises, des cas atypiques, anomaux. Il y a aussi un diagnostic qu'il serait très important de pouvoir faire : c'est de s'assurer s'il y a ou non des adhérences. Malheureusement, il est impossible de le savoir d'avance. Dans la grande majorité des cas, ces adhérences existent, ainsi que permet de le constater l'intervention chirurgicale ou l'autopsie. Dans un des cas observés par M. Reclus, ces adhérences existaient même antérieurement à l'appendicite.

Au point de vue de l'intervention, M. Reclus se montre très nettement partisan de l'incision latérale et oblique ; il a même été surpris d'entendre M. Richelot vanter la laparotomie médiane. Cela lui paraît être un bon moyen de favoriser l'inoculation de la grande cavité péritonéale, en cas d'adhérences qu'il faut rompre, inoculation que l'on peut éviter par l'incision directe sur la fosse iliaque.

Selon M. Reclus, une première crise d'appendicite ne commande pas d'intervention chirurgicale ; mais si, après plusieurs crises successives, la palpation permet de reconnaître l'existence, dans la fosse iliaque droite, d'une petite tumeur dure, dont la perforation peut amener les accidents les plus redoutables, il ne faut pas hésiter à faire une laparotomie précoce et à exciser l'appendice. Cette intervention s'impose également quand la perforation a eu lieu, que la péritonite soit localisée ou généralisée ; et, en pareil cas, l'intervention doit être aussi prompte, aussi immédiate que possible ; quarante-huit heures après le début des accidents péritonéaux, il est trop tard.

M. TERRIER dit qu'en pratiquant des laparotomies, il arrive assez souvent qu'on aperçoive un corps étranger, dont le siège est assez variable et qui n'est autre que l'appendice iléo-cæcal. On le trouve souvent là où il ne devrait pas être, ailleurs que dans la fosse iliaque droite. Dans un grand nombre de cas, on a confondu une inflammation des annexes de l'utérus avec une inflammation de l'appendice. M. Terrier cite, comme exemple, un fait où il a dû faire la résection de l'appendice, croyant avoir à faire la résection des annexes. Aussi ne partage-t-il pas entièrement l'avis de M. Reclus quand il dit que le diagnostic de l'appendicite n'est pas difficile. Sans doute, il y a quelques signes précis, mais, dans bien des cas, le diagnostic n'est posé que sur un calcul de probabilité. On fait tel diagnostic parce que, d'après ce que l'expérience a appris, d'après ce qu'on a vu, on a 90 chances sur 100 de rencontrer l'affection que l'on diagnostique. C'est beaucoup plus encore sur ces probabilités que sur des signes absolument nets, caractéristiques, que l'on s'appuie pour diagnostiquer un certain nombre d'affections abdominales. M. Terrier cite plusieurs exemples à l'appui de l'opinion qu'il soutient.

Quant à l'intervention chirurgicale que peuvent nécessiter ces faits, elle est très variable suivant les cas : ce n'est rien de faire un trou dans une collection purulente et d'y placer un drain ; c'est déjà autre chose de faire une incision, d'aller à la recherche de l'appendice cæcal ; enfin, il est encore une autre intervention bien différente des deux premières : s'il s'agit d'une péritonite généralisée, une incision sur l'arcade crurale ne suffit plus, il faut faire une incision sur la ligne médiane ; il faut nettoyer la cavité péritonéale ; cela devient une opération autrement sérieuse. Il y a donc une distinction à faire entre les différents procédés opératoires applicables à tels ou tels cas. Les indications varient : tantôt il est nettement indiqué de recourir à l'incision latérale, tantôt il est indiqué de faire l'incision médiane.

M. BERGER pense que la difficulté ne réside pas dans le diagnostic de la pérityphlite ; elle réside, selon lui, dans ce fait qu'en présence d'une pérityphlite, il est impossible de savoir s'il existe une appendicite perforante ou bien s'il s'agit d'une maladie capable de se terminer par résolution. Rien ne peut exactement nous renseigner à ce point de vue. Le début est le plus souvent insidieux. Ainsi que le dit M. Terrier, le calcul des probabilités joue ici un grand rôle. Les chirurgiens sont, d'ailleurs, mal armés pour trancher cette question parce qu'ils ne sont appelés que pour les cas graves de pérityphlites, avec menace d'accidents redoutables. Les médecins sont mieux placés et pourraient, plutôt que les chirurgiens, fournir de précieux renseignements sur ces pérityphlites légères qui se terminent par résolution. Il serait à souhaiter qu'on pût réunir un grand nombre de faits médicaux et chirurgicaux et l'on pourrait alors arriver à une solution plus prompte et plus juste de cette importante question.

M. RECLUS reconnaît avec M. Terrier que le calcul des probabilités joue un grand rôle dans le diagnostic des pérityphlites et des appendicites. Mais c'est surtout sur la question du traitement qu'a porté tout l'effort de sa communication. Ce qui importe avant tout, c'est d'aller à la recherche de l'appendice, point de départ de l'abcès ; souvent même on trouve deux abcès, un antérieur, un postérieur. La recherche de l'appendice est donc avant tout ce qui doit guider la conduite du chirurgien. Or, à ce point de vue, c'est l'incision latérale qu'il faut préférer.

D'accord avec M. Berger, M. Reclus admet qu'il y a toute une phase médicale de la maladie qui échappe aux chirurgiens, appelés toujours à une époque où la question de l'intervention doit être posée.

La discussion est close.

COMMUNICATION

Rupture interstitielle de l'urèthre. — M. LE PRÉVOST (du Havre) communique l'observation d'un ouvrier peintre qui, étant à califourchon sur le sommet d'une échelle et celle-ci étant tombée par suite de l'écart de ses deux montants, eut la verge prise entre les deux extrémités rapprochées de ces montants. Il ressentit peu de temps après une douleur très vive, vit apparaître un gonflement assez marqué, éprouva certaines difficultés pour uriner, et, quinze jours après, présentait une rétention complète d'urine. A la suite d'un cathétérisme, il y eut une uréthrorrhagie abondante, il se fit une infiltration d'urine qui fut traitée par les moyens habituels, puis il resta une vaste fistule que M. Le Prévost guérit par une opération autoplastique fort ingénieuse.

PRÉSENTATIONS

Résection ostéoplastique du pied. — M. MICHAUX présente un malade auquel il a fait une résection ostéoplastique du pied, selon la méthode de Wladimiroff-Mickulicz. Le résultat obtenu est des plus satisfaisants. (Comm. : M. Berger.)

Néphropexie. — M. PICQUÉ présente une malade à laquelle il a pratiqué une néphropexie, selon le procédé de M. Tuffier. (Comm. : M. Segond.)

Synoviale articulaire. — M. BAZY présente une synoviale articulaire, qu'il a complètement enlevée il y a quelques jours, chez un malade atteint d'arthrite tuberculeuse. Cette synoviale remontait jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

Salpingite double tuberculeuse. — M. REYNIER présente une double salpingite tuberculeuse. L'une de ces trompes malades a été ouverte dans le cours de l'opération et une certaine quantité de pus s'est épanchée dans le péritoine. M. Reynier a fait un lavage soigneux et la malade a bien guéri.

M. BOUILLY fait observer que ces irruptions de pus dans la cavité péritonéale, au cours des laparotomies, ne sont pas très rares. Dans ces cas, il faut se hâter de laver la cavité péritonéale avec un fort courant d'eau bouillie. Grâce à cette précaution, les suites de cet accident ne sont habituellement pas graves. La gravité de ces suites varie d'ailleurs selon la nature et non la quantité du pus épanché. Dans tel cas, une grande quantité de pus n'amènera aucune complication, dans tel autre, quelques gouttes de pus causeront une péritonite mortelle.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

A propos d'autrefois sur les conseils de revision.

Par le docteur BADOUR,

Médecin principal de première classe.

I

Les lois, pour être bonnes, doivent s'adapter aux mœurs dont elles consacrent, de loin en loin et pour un temps plus ou moins long, l'inéluctable variabilité. Elles reflètent et fixent celles des idées nouvelles qui ont fait leurs preuves, elles effacent les imperfections, elles comblent les lacunes, elles satisfont à des sentiments mieux compris ou mieux interprétés.

Telle la loi du recrutement qui vient de subir une suprême transformation.

O législateurs de 1832, qui aviez accompli œuvre si bonne, en créant le septennat militaire où chacun trouvait son compte, pourvu qu'il eût des écus! Que diriez-vous de la dernière manière en vertu de laquelle chacun part pour son compte avec ou sans écus?

Et vous, jeunes gens, qui après les cinq ans de vos aînés trouvez toute naturelle la réduction nouvelle, que diriez-vous du retour à cet antique usage? Car vous n'imaginez plus qu'on puisse s'affranchir des devoirs militaires.

Sept ans! c'était la loi, il fallait s'incliner, et nous n'avions pas tous ces chemins de fer qui, annulant les distances, sont si propices aux permissions, ni l'électricité qui précipite les communications.

Quand le sort vous incorporait à l'autre bout du monde, si vous n'aviez ni sou, ni maille, c'était réglé : on vous croyait perdu. Le retour au foyer était une résurrection.

II

Il est vrai qu'à la faveur du remplacement, cette rigueur n'atteignait que les infortunés. Il y avait alors, en effet, des gens qui, moyennant finances, allaient servir pour vous et le Prince et l'État.

Comme de juste, on les appelait des remplaçants : c'était le mot officiel et poli. Pour le public, ils étaient des vendus et cette dénomination n'avait, je vous assure, rien de réjouissant.

Je me rappelle cependant que les intéressés se faisaient un honneur d'avoir été pris *bons* et l'affichaient par de bruyantes démonstrations.

Du cabaret où ils se coiffaient le cerveau d'un vin vieux ou nouveau et d'un bouquet de fleurs, ils s'épandaient dans la ville comme pour affirmer que rien ne leur manquait en attributs physiques. Ignorez-vous que, même actuellement en province et surtout à la campagne, un homme réformé, sans tare manifeste, passe pour un impropre en matière virile?

C'était alors que florissait l'institution des marchands d'hommes, qu'à vingt ans en arrière les membres des conseils de revision appréciaient encore drôlement pour venir après eux dans l'auberge rustique.

Entre nous et pour ne pas médire plus qu'il ne convient de cette nécessité de jadis, les reliefs étaient bons et, ma foi! la marchandise humaine, quelle que fût sa valeur, ne se majorait-elle pas à l'occasion de trouées à la peau?

III

Et, s'il y avait des remplaçants, il y avait aussi des simulateurs, parce que le service était long et parce que la loi était inéquitable. Il y en avait même tellement qu'un cours spécial leur était réservé dans l'enseignement officiel et que des livres étaient commis pour leur très grande gloire. N'étant sujets que du caprice, les simulateurs durèrent plus longtemps.

Aujourd'hui c'est fini; il n'en reste que pour mémoire, tout le monde étant d'accord pour défendre son bien.

Mais, si ce n'est pas regrettable sous le rapport des mœurs, c'est peut-être une perte à d'autres points de vue, par exemple, pour les conseils de revision dont ils égayaient la monotonie. N'était-il pas amusant de déjouer leurs fraudes et ne serait-ce pas le cas de répéter avec le fabuliste latin : « *Sic lusus animo debent aliquando dari?* »

Ainsi, il y avait des gens qui vous dévisageaient, tout en y voyant peu. D'autres n'entendaient pas et prouvaient le contraire en fuyant vos regards. Certains étaient trop courts qu'il fallait étirer, ou bien ils étaient faibles sous des muscles d'acier. Quelques-uns portaient des bandages sans la moindre hernie. Des plaies artificielles parfois se présentaient, etc., etc.

Par hasard, c'était le contraire. Un conscrit qui avait dans la bourse des siens de quoi parer largement à son remplacement, cachait une misère, surtout si quelque bruit de son infirmité courait dans la contrée. Celui-là savait bien ce que pensent les filles!

IV

Un jour, tandis que j'étais occupé à examiner le dernier sujet d'une série, un murmure d'étonnement plana sur l'assemblée. Il était provoqué par l'apparition dans la suivante d'un scrotum majestueux. Ce scrotum, réellement énorme, avait un tégument lisse à crever et une couleur d'un rouge rutilant (pas celui de la honte : car le porteur, un beau gars, semblant sûr de son fait, se campait fièrement). Vous devinez qu'il avait escompté un emphysème traumatique de la plus belle venue.

Une courte explication, donnée à voix basse pour sauvegarder (peut-être) un reste de pudeur, rassura le conseil qui était interdit. Un *Bon* pour le service stupéfia l'auditoire et tout était sur ce cas bel et bien terminé, quand il en vint un autre, puis un autre, jusqu'à six s'il vous plaît. Il va de soi qu'ils étaient déclarés bons dès leur apparition.

Le dernier, cependant, m'avait piqué au vif. Il insistait pour être exempté et je fus obligé de montrer au conseil la petite plaie suintante par où avait agi le tube insufflateur. C'était naturellement en dessous et en arrière : vous jugez du tableau.

« Voyons, lui dis-je quand il se releva, vous n'avez pu tout seul vous mettre en cet état. Comment avez-vous fait? — Eh bien donc! avec un canif et une paille. — Sans doute : mais qui vous a aidé? » Une expression faubourienne que je n'ose transcrire

lui servit de réponse et, vous pouvez m'en croire, il la fit sans malice.

Cela se passait à Châteaumeillant (Cher), le 2 juillet 1873.

V

Oh! les souvenirs! ne sont-ils pas, à l'âge où l'on se recueille, comme était autrefois la voix de la bien-aimée en ses inflexions les plus tendres?

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision présidentielle, en date du 23 octobre 1890, M. Lévy (Émile), médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale, rayé des cadres en vertu de l'article 2 du 31 août 1878, a été réintégré dons son ancien grade.

— Par décision ministérielle, en date du 27 octobre 1890, M. de Poul de Lacoste, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour le 62e d'infanterie.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours de l'externat vient de se terminer par les nominations suivantes :

1. MM. Breffeit, Brunet, Brindel, Donnadieu, Fieux, Larre, Delmas, Rocar, Dupeyron, Vitrac.

11. Levraud, Vaslet de Fontaubert, Texier, Pambrun, Jonchères, Vergely, Venot, Roy, Dutoya, Duclos.

21. Cornet, Amblard, Batsère, Vignan, Gaullieux, Dubourg, Callen, Robert, Mazet, Jacques.

31. Brieu, Dubourdieu, Favre, Canaby, Marion, Frèche, Chavanaz, Laroche, Chollet, Dunogier.

41. Mercier, Bourlaux et Eybrard.

— *Hôpitaux de Rouen.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Petitbon, Dacheux, Martin, Leblond et Levillain.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Les prix Godard ont été décernés comme suit :

Prix des docteurs stagiaires : M. Cassaët.

Prix des thèses de l'année : médaille d'or, M. Sigalas; médailles d'argent, MM. E. Bitot et Roux; médailles de bronze, MM. Archambault, Audebert, J. Chabrely, Labougle, Lequinquis, Lafaye, Roy et Vaton.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Dubois, professeur au lycée d'Amiens, est chargé d'un cours de physique à l'École de médecine de cette ville.

— Un concours d'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Lille, à Lyon et à Bordeaux le 20 novembre prochain, et à Nancy, à Paris et à Montpellier, le 25 du même mois.

Le nombre de ceux des candidats ayant subi l'examen avec succès, qui pourront être déclarés admissibles, est fixé à six pour la région de Paris, à cinq pour celle de Lille et à trois pour chacune des régions de Lyon, Bordeaux, Nancy et Montpellier.

Les candidats devront adresser leur demande, sur papier timbré, au ministère de l'Intérieur, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, premier bureau, de manière à ce qu'elle y soit parvenue dans la journée du 10 novembre prochain, avant cinq heures, dernier délai de rigueur.

Cette demande, qui devra indiquer la région dans laquelle le candidat veut subir le concours, devra être accompagnée des pièces ci-après :

1° Acte de naissance;

2° Certificat constatant que le candidat a accompli le stage d'une année au moins, soit comme interne dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme interne nommé au concours dans un hôpital;

3° Diplômes, états de services, distinctions obtenues.

Les candidats qui seront autorisés par le ministre de l'Intérieur à prendre part au prochain concours en seront prévenus officiellement et recevront également les indications nécessaires au sujet du lieu où siègera le jury d'examen et de l'heure à laquelle ils devront se présenter.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Leroy, médecin en chef de la maison d'Écouen.

— M. le docteur Bérillon commencera un cours particulier sur les applications de l'hypnotisme au traitement des maladies mentales et nerveuses, le samedi 8 novembre, à dix heures et demie du matin. On s'inscrit à la clinique, 55, rue Saint-André-des-Arts, les mardis, jeudis, samedis, de dix heures à midi.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

47

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

23

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

S[t] dép. dét. à Paris, Ph[ie] LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

42

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

L'ERGOTINE BONJEAN, soit en solution pour injections hypodermiques, soit en potion, est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs **hémostatiques.**

Les DRAGEES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour **faciliter travail de l'accouchement,** arrêter les **hémorrhagies** de toute nature (**crachements, pertes de sang,** etc.), contre les **dysenteries** et **diarrhées chroniques,** et enfin pour combattre la **phthisie pulmonaire** et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE et C[ie], 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

45

ANTIPYRINE DU D[r] KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100[g].

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

30

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille,* Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital,* Maladies de l'Estomac; *Hauterive,* Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins,* Gravelle, Maladies de la vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES.

Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. (Emballage franco.

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

35

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 57, rue d'Hauteville.

22

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.

Paris, COLLIN et C[ie], 49, r. de Maubeuge. (Éch. f[o]).

22

VIANDE ET QUINA

VIN AROUD AU QUINQUINA

ET A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Aliment-médicament d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant, pour 30 grammes : 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.

DOSES : 2 cuillerées à bouche avant chaque repas.

Prix : **5** *francs.*

Se vend chez FERRÉ, pharmacien à Paris, 102, rue de Richelieu, successeur de AROUD, et dans toutes les pharmacies de France et de l'Etranger.

38

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut n[os] 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective,* **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, 5 fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire,* 1880, p. 138).

Ph[ie] CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

51

DÉBILITÉ, ANÉMIE

MALADIES DE L'ENFANCE

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, agréable au goût, possède les mêmes propriétés que l'**Huile de foie de Morue.**

I E PERDRIEL ET C[ie], PARIS, et Ph[ies].

56

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE D[r] COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

22

ÉLIXIR ET VIN DE J. BAIN

à la Coca du Pérou.

TONIQUE ET FORTIFIANT, LE PLUS PUISSANT RÉPARATEUR DES FORCES ÉPUISÉES.

Ph[ie], 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

23

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

Exiger la source du **Pavillon.**

41

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

52

OSTÉINE MOURIÈS

Combinaison d'Albumine et de Phosphate de chaux.

Préparation honorée du prix Montyon (Institut de France) et de l'approbation de l'Académie de médecine de Paris.

Un rapport de l'Académie constate, à la suite de nombreuses observations cliniques qui y sont relatées, les grands avantages de cette préparation dans l'état de grossesse, de lactation, dans l'alimentation des enfants, pour prévenir le rachitisme ou le guérir, favoriser la dentition et le développement du système osseux.

L'Ostéine Mouriès se présente sous deux formes qui permettent d'en varier l'emploi et d'éviter le dégoût :

a. En *semoule,* dont on fait chaque jour les potages, comme on ferait avec une semoule ordinaire;

b. En *poudre;* sous cette forme, on la mélange aux potages, bouillies, chocolat, lait, café au lait, crèmes, soupes, panades, etc., etc.

Une mesure, qui surmonte chaque flacon, indique la dose à employer. Prix : 2 francs le flacon, avec une instruction pour l'emploi. Maison L. FRERE, 19, rue Jacob, Paris.

23

VIN DU DOCTEUR A. REVIL

Hématogène phosphaté.

CORDIAL DES HÔPITAUX AU QUINQUINA

Phosphate de chaux monobasique et Coca.

Ce vin, très agréable au goût et supporté par tous les estomacs, est le meilleur des toniques, stimulants et reconstituants.

Dépôt : DARASSE FRÈRES et LANDRIN, 21, rue Simon-le-Franc, Paris. — Détail : Toutes ph[ies]

56

CASCARA MIDY : Pilules rigoureusement dosées à l'**Ext. Hyd. Alcool**

de **Cascara Sagrada,** la meilleure préparation contre la **Constipation habituelle** et l'atonie de l'intestin.

2 fr. 50 le flacon, 113, faubourg Saint-Honoré.

54

ALBUMINATE DE FER DE LAPRADE

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Paris, COLLIN et C[ie], 49, r. de Maubeuge, et ph[ies].

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans t[tes] Ph[ies]. GROS : DUFILHO, à S[t]-Cloud.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Terrier a présenté un malade auquel il a, de parti pris, pratiqué une laparotomie exploratrice pour connaître la cause des accidents hépatiques dont il était atteint et agir ensuite selon les indications. Cet homme avait simplement une rétention biliaire dont la cause n'a pu être déterminée; M. Terrier lui fit une fistule biliaire et, depuis que cet homme excrète sa bile par cette fistule, il a vu cesser tous ses accidents. Il est juste d'ajouter que les suites de cette intervention ont été des plus simples.

Ce n'est pas, croyons-nous, la première fois, ainsi que l'a dit M. Terrier, qu'on a fait une laparotomie dans le seul but d'examiner le foie. Ces incisions exploratrices sont, d'ailleurs, devenues, grâce à l'antisepsie, d'une telle bénignité, qu'on ne saurait plus blâmer les chirurgiens d'y recourir avec tant de facilité. Il est même des cas où ces incisions, ayant permis de reconnaître l'absence de toute affection ou bien, au contraire, une tumeur inopérable, ont cependant amené un très grand soulagement des malades.

Dans le cas de M. Terrier, si l'incision n'a pas éclairé le diagnostic, elle a du moins conduit à faire une opération curative, l'établissement d'une fistule biliaire.

M. Pamard (d'Avignon) a eu la parole pour prendre part à la discussion sur les causes de la dépopulation. Il a fait connaître ce qui se passe dans le département de Vaucluse, principalement au point de vue de la loi Roussel qui, d'après lui, toute excellente qu'elle est dans son principe, n'a guère servi qu'à grever le budget, par suite du nombre d'employés préposés à son application d'ailleurs des plus défectueuses. Si l'on se servait mieux des médecins et moins des administrateurs, on arriverait à des résultats meilleurs et plus en rapport avec l'esprit de cette loi essentiellement humanitaire.

Les concurrents pour les différents prix de l'Académie n'auront pas à se plaindre de MM. les rapporteurs qui, cette année, font preuve d'une conscience et d'une exactitude dignes d'éloges : cinq rapports dans une seule séance! Rapports des commissions de l'Hygiène de l'enfance par M. de Villiers, du prix Civrieux par M. Peter, du prix Saint-Paul par M. Magitot, du prix Stanski par M. Trasbot, du prix Capuron par M. Budin. Si l'on ajoute à cela la première partie du rapport annuel sur les vaccinations et revaccinations par M. Hervieux, on ne pourra que s'associer aux éloges que nous proposons d'adresser à MM. les rapporteurs.

HOPITAL BEAUJON. — M. FERNET.

Pleurésie purulente traitée par les injections intra-pleurales antiseptiques.

(Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.)

Dans un mémoire que j'ai communiqué il y a quelques mois à la Société médicale des hôpitaux sur les *Injections intrapleurales antiseptiques dans les pleurésies infectieuses* (1), j'ai rapporté quelques faits empruntés à différents auteurs, plusieurs autres qui m'étaient personnels, dans lesquels cette méthode thérapeutique me paraissait avoir présenté des avantages incontestables. Je voudrais revenir encore sur cette question, dont l'importance pratique me semble grande, à propos d'un cas de pleurésie purulente métapneumonique traitée et guérie par les injections intrapleurales antiseptiques; ce nouveau cas s'ajoute à ceux que je viens de rappeler et est encore tout en faveur de la méthode.

Voici l'observation du malade, résumée d'après les notes qui m'ont été remises par M. David, externe du service :

Le nommé A... (Louis-Auguste), âgé de trente-cinq ans, déménageur, entre une première fois dans mon service, le 20 octobre 1889, pour une pneumonie du lobe inférieur droit, dont il est atteint depuis cinq jours. Nous ne trouvons rien d'important à relever dans ses antécédents, et la maladie actuelle se présente avec ses caractères habituels : l'évolution suit la marche ordinaire, la crise arrive au septième ou huitième jour, et le 31 octobre le malade est en état de partir en convalescence pour Vincennes, ayant cependant encore une légère douleur dans le côté droit.

Par suite d'un accident survenu pendant le trajet de Paris à Vincennes, il est obligé de faire une partie du trajet à pied, et, en arrivant à l'asile, il se sent très fatigué et mal à l'aise; la nuit suivante et le lendemain, il ressent de nouveau un point de côté aussi vif qu'au début de sa pneumonie et de la gêne respiratoire; et le lendemain, se sentant incapable de se lever, il est

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 785, 794 et 814.

obligé d'entrer à l'infirmerie, où il garde le lit pendant trois jours; il essaie alors de se lever, mais il est pris de frissons et la dyspnée augmente. On lui applique des ventouses sèches, puis un vésicatoire. Pendant quelques jours, il a une fièvre vive, 39 degrés le matin, 40 degrés le soir. Cependant son état paraît s'améliorer un peu, la douleur de côté diminue, mais la guérison n'arrive pas. Le 30 novembre, le malade est transféré de nouveau dans mon service de l'hôpital Beaujon (salle Monneret, n° 14).

Nous trouvons le malade très abattu, il a beaucoup maigri depuis sa sortie de l'hôpital, il a un facies terreux et même une légère teinte subictérique. La respiration est gênée, et il y a une douleur diffuse dans toute la base de la poitrine du côté droit. L'examen physique révèle les signes mal accusés d'une pleurésie avec un épanchement qui occuperait le tiers inférieur de la plèvre droite en arrière, sans extension en avant ni même à la partie inférieure de l'aisselle. Quoique cet épanchement semble peu considérable, le foie déborde les fausses côtes d'un travers de doigt et est douloureux à la palpation.

Les jours suivants, l'état de la poitrine paraît demeurer stationnaire; cependant le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt; l'ictère a augmenté, et je suis frappé de l'existence d'une certaine bouffissure de la face, surtout des paupières. Depuis une semaine, la fièvre présente nettement le type rémittent, 37°6 le matin, 39°5 en moyenne le soir.

En présence de ces symptômes et de ces signes, j'admets l'existence d'une pleurésie surtout diaphragmatique, et tenant compte de la pneumonie antérieure, de la bouffissure de la face et de la fièvre rémittente, je soupçonne que nous sommes en présence d'une pleurésie métapneumonique purulente.

Le 8 décembre, je fais une ponction exploratrice dans le huitième espace intercostal en arrière et j'amène du pus. Fait important à noter, l'aiguille n'a pénétré dans le foyer purulent qu'après avoir traversé un tissu résistant et avoir été enfoncée à 4 ou 5 centimètres de profondeur : l'épanchement ne paraît donc pas situé dans la grande cavité pleurale, mais plutôt dans la plèvre diaphragmatique, et on ne pénètre dans la cavité morbide qu'après avoir traversé une lame de tissu pulmonaire induré. Soit dit en passant, cette particularité a été relevée dans toutes les ponctions qui ont été faites ultérieurement.

Séance tenante, je fais une ponction avec l'appareil aspirateur de M. Potain, et je retire 200 grammes de pus; malgré l'aspiration, on ne peut en retirer davantage. Puis, considérant que l'abcès pleural est profond, qu'il paraît peu vaste, je me décide à tenter le traitement par les injections intra-pleurales et immédiatement j'injecte 10 grammes de liqueur de Van Swieten.

Deux jours plus tard (10 décembre), la situation a peu changé, les signes physiques sont sensiblement les mêmes, mais les accès de fièvre du soir ne se sont pas montrés, la température est restée fixe à 38 degrés matin et soir. Deuxième ponction avec la grosse seringue de Pravaz, qui n'amène que quelques gouttes de pus; nouvelle injection de 15 grammes de liqueur de Van Swieten.

12 décembre. Même état; les températures sont un peu audessus de 38 degrés. Troisième ponction aspiratrice avec la grosse seringue de Pravaz, quelques gouttes de pus seulement; injection de 15 grammes de liqueur de Van Swieten tiédie au bain-marie (les injections précédentes, froides, semblaient pénibles; l'injection tiède ne paraît pas l'être).

15 décembre. Depuis trois jours, la fièvre a augmenté et a repris le type rémittent, 38°2 le matin, 39°2 le soir avec frisson. Ce retour de la fièvre tient-il à quelques troubles digestifs que le malade a présentés ou à ce que le pus s'est reproduit dans la poche pleurale? Quatrième ponction avec évacuation de 150 grammes de pus; injection de 15 grammes de liqueur de Van Swieten.

17 décembre. La fièvre a diminué, 38°4. L'état général s'est amélioré d'une façon très sensible : l'ictère et la bouffissure de la face ont à peu près disparu et le malade se sent moins faible. Le foie ne déborde plus que d'un travers de doigt le rebord des côtes. Cinquième ponction, 50 grammes de pus; injection de 15 grammes de liqueur de Van Swieten.

21 décembre. Sixième ponction, 350 grammes de pus; injection de la même solution de sublimé.

24 décembre. Septième ponction, 100 grammes de pus; même injection.

27 décembre. L'état général du malade est transformé : ses forces reviennent de jour en jour : la température fébrile a graduellement diminué, et depuis deux jours les températures du matin et du soir sont normales. Le foie ne déborde plus les fausses côtes.

Cependant les signes physiques ont peu changé : il y a encore de la matité dans le quart inférieur de la poitrine en arrière et une absence presque complète de bruit pulmonaire à ce niveau. Le malade se lève, il mange et dort bien.

Dans les jours suivants, il y a encore deux soirs, le 27 et le 30 décembre, où la température monte à 38°2; autrement, depuis ce moment jusqu'à la fin de la maladie, il n'y a plus aucune fièvre et les températures du matin et du soir restent normales.

28 décembre. Huitième ponction, 200 grammes de pus; injection de 20 grammes de liqueur de Van Swieten.

31 décembre. Neuvième ponction, 300 grammes de pus. Dans le but de laver la poche et de chercher à tarir la formation du pus qui ne diminue pas, j'injecte 150 grammes de liqueur de Van Swieten tiède, dont je cherche à extraire ensuite la plus grande partie; mais l'aiguille se bouche et je ne puis extraire plus de 40 grammes environ du liquide injecté (1). Cet accident n'a été heureusement suivi d'aucun phénomène sérieux d'intoxication : au bout de quatre jours, il est survenu une légère gingivite qui a cédé rapidement à un traitement local par le chlorate de potasse.

5 janvier. Dixième ponction, 300 grammes de pus.

Malgré le résultat des injections de sublimé, résultat incontestablement favorable, puisque la fièvre est nulle, que l'appétit et le sommeil sont bons et que les forces reviennent; comme d'autre part, la suppuration ne semble pas diminuer, je me décide à employer pour l'injection intra-pleurale un autre liquide que le sublimé et je fais choix de la solution hydro-alcoolique de naphtol (2), qui a l'avantage, par la précipitation du naphtol dès qu'il est introduit dans la plèvre, de constituer un pansement antiseptique permanent dans l'intervalle des ponctions.

J'injecte donc, à la suite de cette ponction, 15 grammes de solution hydro-alcoolique de naphtol au vingtième, représentant 75 centigrammes de naphtol. Cette solution est injectée tiède. Pendant une heure après l'injection, le malade a ressenti de la cuisson dans le côté.

14 janvier. Onzième ponction : 200 grammes de pus qui, à la fin, est mélangé d'un peu de sang. Injection de 15 grammes de solution hydro-alcoolique de naphtol.

21 janvier. La santé générale est excellente; les températures sont normales. Bon appétit, bon sommeil; retour des forces; le malade reste levé toute la journée. Douzième ponction, qui amène à grand'peine, en vingt minutes au moins et avec une forte aspiration, 40 à 50 grammes de pus très visqueux. Injection de 15 grammes de solution de naphtol.

Le liquide extrait par cette ponction a été soumis à l'examen microscopique après coloration par mon collègue, M. Netter : il ne contient ni pneumocoques ni streptocoques; on y découvre seulement, après recherche minutieuse, deux groupes de staphy-

---

(1) J'ai indiqué les quantités de liqueur de Van Swieten inscrites dans l'observation prise par mon externe; je crois cependant me rappeler que nous avions évalué à 60 ou 80 grammes seulement la quantité que nous avions dû laisser dans la plèvre. Dans le liquide retiré de la plèvre six jours plus tard, j'ai fait rechercher la présence du sublimé; on n'en a pas trouvé trace.

(2) La solution employée a été préparée suivant la formule de M. Bouchard : Naphtol β, 5 grammes; alcool à 90 degrés, 33 grammes; eau distillée, filtrée et bouillie, q. s. pour faire 100 centimètres cubes de solution.

locoques. Étant donné les conditions dans lesquelles la maladie s'est développée, il est admissible qu'il existait antérieurement des pneumocoques, mais que ceux-ci auront été détruits par les injections antiseptiques.

Des essais de culture, faits avec ce même liquide par M. Netter, sont demeurés sans résultat.

11 février. Après un intervalle de quinze jours, treizième ponction qui donne 110 grammes de pus très visqueux de teinte gris brunâtre (on y a recherché sans succès le naphtol). Injection de 10 grammes de solution de naphtol.

A la suite de ces injections, le malade a plusieurs fois éprouvé un peu de gêne, avec sensation de cuisson dans le côté, et il a eu quelques quintes de toux avec expectoration muqueuse surtout pendant la nuit.

23 février. Deux ponctions successives, faites dans une zone très limitée du même espace intercostal que les fois précédentes, n'ont donné que deux gouttes de liquide séro-purulent dans la première, et rien dans la seconde.

Je refais encore une ponction le 25 février, mais malgré une aspiration intense et prolongée, je ne puis retirer qu'une goutte de liquide séro-sanguinolent sans caractère suspect : l'abcès pleural semble tari.

Du reste, le malade paraît complètement guéri et il déclare qu'il se sent aussi bien portant qu'il l'ait jamais été. Il part pour Vincennes le 29 février, et quelque temps après sa sortie de cet asile, il est revenu en visite à l'hôpital ; sa guérison s'était parfaitement maintenue.

Ainsi, en résumé, le malade a subi, pour arriver à la guérison parfaite d'une pleurésie purulente métapneumonique enkystée dans la plèvre diaphragmatique, treize ponctions évacuatrices suivies d'injections antiseptiques : neuf de ces injections ont été faites avec la liqueur de Van Swieten, quatre avec la solution hydro-alcoolique de naphtol.

Le traitement suivi est-il satisfaisant? Pouvait-on faire mieux en suivant une autre méthode, notamment en pratiquant la thoracotomie? Quelle est la valeur relative des deux solutions, solution de sublimé et solution de naphtol, qui ont été employées? Je voudrais examiner en quelques mots ces différentes questions, sinon d'une façon générale, au moins en envisageant le cas particulier que je viens de rapporter.

Le traitement suivi est-il satisfaisant? On pourrait dire que, le malade ayant guéri, la méthode thérapeutique n'était sans doute pas mauvaise; eh bien! cela n'est pas suffisant. La pleurésie purulente à pneumocoques (et il est probable que notre cas rentrait dans cette espèce), cette pleurésie, dis-je, est, parmi les pleurésies purulentes, celle dont le pronostic est peut-être le moins mauvais et qui paraît le plus susceptible de guérir de différentes façons : elle peut guérir spontanément, surtout quand elle est enkystée, mais au prix d'une vomique et avec tous les risques que cette éventualité entraîne; elle peut guérir après une ou plusieurs ponctions évacuatrices simples; mais cette heureuse terminaison, qui n'est pas très rare chez l'enfant, est exceptionnelle chez l'adulte ; il n'y fallait donc pas compter chez notre malade : on a vu, d'ailleurs, que le pus s'est reproduit plusieurs fois, ce qui doit faire penser que le foyer est demeuré infectieux jusqu'à ce qu'il ait été rendu stérile par les injections antiseptiques. Je ne crois pas contestable que la méthode employée soit supérieure à la poursuite de l'un des procédés de guérison que je viens d'indiquer et dût leur être préférée ; elle a, d'ailleurs, donné le résultat que j'en espérais dès les premières injections, et l'amélioration a été assez rapide pour m'encourager à persévérer dans la même voie jusqu'à la guérison. Je pense donc que le traitement peut être tenu pour satisfaisant.

Pouvait-on faire mieux en pratiquant la thoracotomie? Assurément, l'ouverture du thorax suivie de lavages antiseptiques dans les pleurésies purulentes n'en est plus à faire ses preuves, elle amène souvent la guérison, habituellement même dans les pleurésies purulentes à pneumocoques; aussi étais-je décidé à y recourir, si les premières tentatives du traitement que je voulais essayer n'amenaient pas une amélioration rapide dans l'état du malade : or, dès les premières injections, la fièvre rémittente et les autres symptômes graves se sont atténués et j'ai été ainsi conduit à continuer.

La méthode des ponctions suivies d'injections antiseptiques est assurément rationnelle, puisqu'elle répond à la double indication d'évacuer le liquide épanché et de supprimer le caractère infectieux du foyer morbide. Si les résultats donnés par cette méthode arrivaient à être aussi favorables et aussi certains que ceux que donne l'opération de l'empyème, il n'est pas douteux qu'on serait amené à préférer la première méthode qui peut être rangée parmi les moyens de douceur, qui serait plus facilement acceptée par les malades, et encore qui est plus simple, plus à la portée des médecins. Mais la préférence ne saurait lui être accordée au prix de la sécurité. La question principale est donc de savoir si cette méthode peut donner, dans certaines pleurésies purulentes, les mêmes succès que la thoracotomie ; c'est ce que l'expérience permettra d'établir. Jusqu'à plus ample informé, il semble qu'elle est surtout applicable dans les cas de collections purulentes circonscrites et peu étendues que les injections antiseptiques peuvent assez facilement stériliser. Enfin, et ceci nous ramène à notre cas particulier, cette méthode me paraît devoir être préférée (peut-être même est-elle seule réalisable) dans certains abcès pleuraux profonds, comme sont ordinairement les interlobaires, les médiastinaux et les diaphragmatiques, pour lesquels l'opération de l'empyème est entourée de difficultés et de risques. Ainsi, dans le cas précité, l'épanchement était sans doute enkysté sur la face convexe du diaphragme; pour arriver sur lui, après avoir fait la thoracotomie, il eût fallu soulever et décoller la face inférieure du poumon ou bien inciser une partie de la base de cet organe, ce qui n'eût assurément pas été sans difficultés et sans périls, tandis que nous arrivions facilement dans l'abcès avec l'aiguille aspiratrice à 4 ou 5 centimètres de profondeur en traversant une partie du poumon, ce qui paraît sans inconvénients, pourvu que l'aiguille soit peu volumineuse et qu'elle soit aseptique; facilement aussi nous pouvions faire l'évacuation et l'injection. Je crois donc que, dans ce cas particulier au moins, la méthode que j'ai suivie devait être préférée à la thoracotomie, et il en serait probablement de même dans quelques autres cas, comme ceux que j'ai indiqués plus haut.

Enfin, en terminant, je voudrais rechercher quel est le liquide antiseptique auquel il faut donner la préférence pour les injections intra-pleurales. Sur ce point, je reste encore, pour ma part, dans la plus grande réserve : la pratique de ces injections est trop récente pour qu'on n'en soit pas encore à la période des tâtonnements. Chez mon malade, j'ai successivement employé le sublimé sous forme de liqueur de Van Swieten et une solution hydro-alcoolique de naphtol; j'ai fait neuf injections du pre-

mier liquide, quatre du second. Lequel des deux a été le plus efficace ? L'observation montre que tous deux ont été utiles : avec la liqueur de Van Swieten, le caractère infectieux du liquide épanché a dû être bien profondément modifié, car en très peu de temps, tous les phénomènes d'infection générale ont disparu et la santé s'est presque rétablie, mais l'abcès ne se tarissait pourtant pas et la reproduction du pus était incessante ; avec le naphtol, après quatre injections, tout a été terminé, il n'y avait plus trace de pus.

On pourrait donc penser que le naphtol a été plus efficace que le sublimé; je n'oserais pourtant le dire, car il est bien possible que la guérison ait été préparée par le sublimé, et que le naphtol n'ait fait que l'achever. Quoi qu'il en soit, le naphtol, dont les propriétés antiseptiques et la valeur thérapeutique ont été mises en évidence par M. Bouchard, me paraît avoir un réel avantage sur lequel M. Bouchard a encore fortement insisté, c'est que, se précipitant dans la plèvre à l'état de poudre presque insoluble, il demeure dans la cavité morbide et agit comme antiseptique permanent dans l'intervalle des ponctions; son action serait donc prolongée au lieu d'être passagère comme celle du sublimé. Il serait peut-être très avantageux d'employer successivement les deux moyens et, après avoir lavé la poche à la liqueur de Van Swieten qu'on retirerait, d'y injecter du naphtol qu'on laisserait comme antiseptique à demeure.

Quoi qu'il en soit de la valeur relative de ces deux antiseptiques ou de tout autre qu'on croirait devoir leur préférer, la méthode reste rationnelle dans ses principes, satisfaisante dans ses résultats, facile dans son exécution.

Voici donc les conclusions que je crois pouvoir déduire de la discussion qui précède :

1° La méthode de traitement de certaines pleurésies infectieuses, purulentes ou non, par les ponctions suivies d'injections antiseptiques, est rationnelle, puisqu'elle répond aux deux indications d'évacuer les produits infectieux et de combattre l'infection du foyer morbide;

2° Cette méthode est particulièrement applicable aux pleurésies infectieuses circonscrites et limitées qu'elle peut atteindre dans toutes leurs parties; elle est presque seule applicable aux pleurésies que leur siège rend à peu près inaccessibles à la thoracotomie : pleurésies interlobaires, médiastines, diaphragmatiques ; elle a donc ses indications comme la ponction simple et la thoracotomie ont les leurs dans d'autres pleurésies;

3° Les modes d'application de cette méthode et les moyens dont elle dispose, notamment les agents antiseptiques qu'elle met en œuvre, ne sont pas encore bien déterminés ; mais la méthode elle-même me paraît suffisamment fixée dans ses indications et les résultats déjà acquis me semblent assez favorables pour qu'on soit encouragé à en poursuivre l'application.

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

Traitement des granulations folliculaires. — La conjonctivite folliculaire, caractérisée par la présence de petites granulations rouges dans le cul-de-sac palpébral inférieur, est une affection des plus rebelles.

Elle est causée très souvent par un défaut de réfraction, hypermétropie ou astigmatisme, myopie et presbytie même, auquel il faut remédier par un choix rationnel de verres, mais elle dépend souvent encore de l'état général du sujet ou des conditions auxquelles il se trouve soumis pour son travail ou ses occupations habituelles. Ces granulations folliculaires peuvent être engendrées par la simple fatigue oculaire, surtout par la fatigue éprouvée dans un milieu confiné et éclairé à la lumière artificielle.

En dehors du traitement étiologique nécessaire, la thérapeutique locale la meilleure est la suivante :

Lotions chaque soir sur les yeux avec une solution *très chaude* d'acide borique ainsi formulée :

Eau distillée de lavande. . . .	250 grammes.
Acide borique.	6 —

Cautérisations tous les deux jours du cul-de-sac conjonctival inférieur avec le cristal pur d'alun, taillé en pointe mousse et poli à l'aide d'un linge mouillé.

A l'aide de ce traitement, la maladie cède ordinairement en dix ou quinze jours.

Mouches volantes. — Les mouches volantes, si fréquentes chez les myopes et dans certaines affections des membranes profondes de l'œil, se trouvent heureusement influencées par le traitement suivant, prolongé un long temps :

Instillations quotidiennes, dans les yeux atteints, du collyre suivant :

Eau distillée	10 grammes.
Iodure de potassium.	5 centigr.

Dr VALUDE.

Extirpation du tissu cellulaire péri-utérin dans les cancers du col de la matrice. — Le professeur Pawlik (de Prague) a publié, dans les *Archives de tocologie*, un mémoire original sur l'extirpation du tissu cellulaire péri-utérin, dans les cancers du col de la matrice.

L'expérience a démontré au professeur Pawlik que, dans le plus grand nombre des cancers cervicaux, l'ablation totale de la matrice n'était pas nécessaire. En effet, il a pu constater sur des pièces que le corps de l'utérus était sain. Il était donc préférable d'enlever simplement le col, opération moins grave et moins difficile que l'hystérectomie totale.

Mais, par contre, ce chirurgien a remarqué que, très souvent, le paramétrium était déjà infecté, alors même que le col était seul cancéreux.

La conclusion est qu'il fallait enlever le paramétrium pour tenter la cure radicale de ces malades. « C'est un contre-sens d'enlever le corps qui est, dans le plus grand nombre de cas, tout à fait sain, et de laisser à côté le tissu cellulaire malade. »

L'importance de l'extirpation du tissu cellulaire était donc reconnue, mais la présence des uretères tout près de l'utérus s'opposait à l'exécution de cette opération.

Pour éviter cette lésion des uretères, Pawlik entreprit des études sur le cathétérisme de ces conduits. Il trouva la méthode dès 1880.

L'auteur a fait quatre fois l'extirpation du tissu cellulaire péri-utérin, après avoir cathétérisé l'uretère. Il a réussi à enlever ce tissu cellulaire infiltré et la totalité de la matrice. Les malades ont guéri.

Mais ces guérisons opératoires donnent-elles une survie considérable aux malades? Y a-t-il lieu désormais de rayer du cadre des contre-indications l'existence bien constatée des infiltrations cancéreuses autour de l'utérus? Doit-on, au contraire, passer outre et enlever toutes les portions de tissu cellulaire envahies par le néoplasme?

La tentative de Pawlik, si heureuse qu'elle ait été, ne sera pas souvent imitée en France. Le cancer utérin, quand il a franchi les limites de l'organe, quand il s'est propagé dans les lymphatiques et le tissu cellulaire circonvoisin, doit être considéré comme inopérable. On peut opérer avec succès — et Pawlik en a donné la démonstration — mais n'est-ce pas une illusion que

de croire qu'on a enlevé tout le mal, quand on s'efforce d'atteindre, au cours de l'opération, toutes les portions qui semblent altérées ou seulement suspectes? Le nettoyage de l'aisselle, qui se fait presque à ciel ouvert, présente déjà de grandes difficultés. On a cependant sous les yeux tous les tissus qui peuvent être envahis. Malgré la large brèche faite dans l'aisselle, malgré l'exploration minutieuse du tissu cellulaire et des ganglions, ne laisse-t-on pas souvent des ganglions altérés dans le creux axillaire? Or il est impossible de bien explorer les tissus péri-utérins. Lorsque l'opérateur aura enlevé une partie, même considérable, de tissu cellulaire infiltré, il aura beaucoup de chances d'avoir laissé, soit du tissu cellulaire, soit des lymphatiques ou des ganglions déjà infiltrés par la néoplasie. Le cancer continuera donc son évolution, pendant et après la guérison de la plaie opératoire.

En somme, l'opération préconisée par Pawlik doit être enregistrée. Mais il y a tout lieu de croire que c'est une tentative opératoire sans avenir sérieux. R. P.

Le lavage interne de l'organisme humain. — M. Cantani a proposé de traiter le choléra asiatique par l'injection d'une grande quantité d'eau sous la peau (hypodermoclyse). M. Sahli (de Berne) propose à son tour d'étendre ce traitement à un certain nombre d'états morbides dans lesquels l'auto-intoxication joue un rôle important. Le but visé c'est de faire passer dans l'organisme une grande quantité d'eau qui, sortant par les reins, entraîne les substances nocives et produise ainsi une sorte de lavage interne.

A l'aide d'une canule qu'on introduit sous la peau de la cuisse ou de la fesse et qui, par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc, communique, d'autre part, avec un réservoir placé à une certaine hauteur, de façon à obtenir une pression suffisante, M. Sahli injecte, dans le tissu conjonctif sous-cutané, un litre d'eau chlorurée et stérilisée à la température du corps. Ces injections peuvent être faites tous les jours ou même deux fois par jour. Souvent il se produit une diurèse abondante. Le bénéfice de cette pratique est alors évident, et la preuve du lavage interne se trouve ainsi fournie. Ces injections seraient encore utiles alors même que la diurèse ne survient pas; le sérum artificiel introduit dans l'organisme viendrait humecter des tissus « desséchés ».

Ce traitement donnerait d'excellents résultats dans la fièvre typhoïde et dans l'urémie : deux maladies dans lesquelles l'auto-intoxication joue le rôle principal.

M. Sahli n'est ni le premier ni le seul qui ait cherché à laver l'organisme de façon à le débarrasser de certaines impuretés. Ce lavage, M. Debove cherche à le faire, depuis quelque temps, dans la fièvre typhoïde. Il emploie pour cela un procédé très simple, bien antérieur à l'invention de l'hypodermoclyse. Voulant introduire beaucoup d'eau dans l'organisme de ses malades, il a eu une idée qui, paraît-il, ne vient pas à tout le monde — il les fait boire. Il leur donne 5 litres de limonade vineuse par jour. Cela n'augmente pas la diarrhée, comme on pourrait le craindre *a priori*, mais cela augmente notablement la quantité des urines, ce qui est le but cherché.

N'est-il pas assez naturel de faire boire beaucoup les gens que l'on veut faire uriner beaucoup? N'est-il pas assez logique de commencer par là? A. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 novembre. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Hache (de Beyrouth) qui se porte candidat au titre de correspondant national dans la section de chirurgie;

2° Un pli cacheté déposé par MM. Germain Sée, Letulle et Marquézy, sur le traitement curatif de la tuberculose;

3° Un mémoire de M. le docteur Durieu (de Ribérac), sur la thérapeutique de la pneumonie délirante.

COMMUNICATION

Rétention biliaire; laparotomie; établissement d'une fistule biliaire. — M. **Terrier** présente un malade qui lui avait été adressé, dans son service, avec le diagnostic de kyste du foie. Cet homme offrait des symptômes d'ictère, mais M. Terrier ne lui trouva pas de kyste du foie. Celui-ci étant notablement hypertrophié, il y fit une ponction qui n'amena rien et qui fut suivie d'une nouvelle poussée d'ictère. Les selles étaient décolorées, cet homme souffrait horriblement, il était émacié et son état général était gravement atteint. M. Terrier fit une laparotomie exploratrice ; il arriva sur le foie qu'il trouva gros, congestionné, mais il n'était le siège d'aucune tumeur; il explora successivement le hile du foie, la vésicule biliaire, qui ne contenait pas de calcul, le canal cholédoque, le canal cystique et ne trouva rien d'anomal, si ce n'est quelques ganglions engorgés. La bile ne s'écoulait pas dans l'intestin.

M. Terrier établit donc une fistule biliaire, en suturant la muqueuse de la fistule à la peau. Le résultat fut merveilleux; les douleurs cessèrent, l'ictère disparut, les selles redevinrent colorées, la digestion fut de nouveau régulière et, depuis l'opération, ce malade a engraissé et se porte très bien. Il perd encore une certaine quantité de bile par sa fistule, mais bien que les selles aient repris leur coloration normale, M. Terrier croit plus prudent d'attendre encore quelque temps avant de fermer cette fistule.

Que s'est-il passé dans ce cas? M. Terrier suppose que le facile écoulement de la bile par la fistule a fait cesser soit l'inflammation, soit les spasmes des voies d'excrétion de la bile, et que celle-ci a pu passer dans l'intestin. Il y aurait eu là quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans la rétention d'urine, lorsque la prostate est hypertrophiée et que l'on vide la vessie par des ponctions aspiratrices.

Il conclut qu'en présence d'accidents de congestion hépatique, avec arrêt de l'excrétion de la bile dans l'intestin, arrêt déterminant de l'ictère et des accidents graves, on peut être autorisé à pratiquer non seulement une laparotomie exploratrice, mais une fistule biliaire.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. **Pamard** dit que dans le département de Vaucluse, le chiffre des décès a dépassé en 1889 celui des naissances de 1159 pour une population de 241,787 habitants. Cette déplorable situation est due à l'excessive mortalité (21,86 p. 100 par rapport à la mortalité totale) des enfants de zéro à deux ans, et cette mortalité est surtout élevée pendant les chaleurs excessives de l'été.

Pour y remédier, il y aurait lieu de créer sur les montagnes des sanatoria pour les jeunes enfants et de développer les pratiques de l'hygiène pour l'élevage de l'enfance.

Ce n'est pas, selon M. Pamard, la loi Roussel, appliquée comme elle l'est aujourd'hui, qui pourra conjurer le mal; sous ce rapport, il ne partage pas l'avis de M. Rochard. L'argent dépensé pour la protection de la première enfance est surtout utilisé en frais d'administration et de statistique. C'est en simplifiant toutes les formalités administratives, en modifiant la loi Roussel, selon les indications qu'a indiquées M. Pamard dans un mémoire au dernier Congrès international d'hygiène, qu'on obtiendra des résultats sérieux. Il serait à souhaiter que les médecins qui sont le rouage essentiel de la loi en eussent quelques avantages et ne fussent pas lésés dans leurs intérêts; ils le méritent mieux que ceux qui font des statistiques.

RAPPORTS

Vaccinations et revaccinations. — M. **HERVIEUX** lit la première partie de son rapport sur les vaccinations et revaccinations en 1889.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — M. **CHARPENTIER**, au nom de M. **DE VILLIERS**, absent, lit le rapport de la commission de l'hygiène de l'enfance.

Prix Civrieux. — M. **PETER** fait un rapport sur le mémoire unique adressé pour ce prix.

Prix Saint-Paul. — M. **MAGITOT** fait un rapport sur les vingt-deux mémoires adressés pour le prix Saint-Paul.

Prix Stanski. — M. **TRASBOT** lit le rapport sur les travaux adressés pour le prix Stanski.

Prix Capuron. — M. **BUDIN** examine les mémoires pour le prix Capuron.

Les conclusions de ces rapports sont lues en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 26 octobre 1890, ont été promus dans le corps de santé militaire pour prendre rang du 5 novembre 1890, et ont été maintenus à leurs postes actuels par décision ministérielle du même jour :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Vincent, de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce; Licht, du 11e cuirassiers; Bassères, du 9e d'infanterie; Viéron, du 14e d'artillerie; Bardot, du 2e chasseurs à pied; Augias, du 1er pontonniers; Guibbaud, du 2e pontonniers; Francillon, du 131e d'infanterie; Watrin, du 10e chasseurs à pied; Barbot, du 7e d'artillerie;

MM. Gary, du 12e d'infanterie; Piedpremier, du 9e cuirassiers; Delaborde, du 26e dragons; Lenez, du 30e d'infanterie; Mendès-Bonito, du 7e dragons; Lombard, du 63e d'infanterie; Barthélemy, du 61e d'infanterie; Cuche, du 38e d'infanterie; Fosse, du 21e chasseurs à cheval; Lansac, du 1er cuirassiers;

MM. Gaillard, du 16e chasseurs à cheval; Armynot du Chatelet, du 45e d'infanterie; Vitoux, du 25e d'artillerie; Danjou, du 7e cuirassiers; Lejeune, du 24e dragons; de Vernejoul, du 90e d'infanterie; Provendier, du 87e d'infanterie; Salis, du 77e d'infanterie; Ravoux, du 86e d'infanterie; Esprit, du 97e d'infanterie.

MM. Senesse, du 53e d'infanterie; Gilles, du 8e hussards; Deumie, du 117e d'infanterie; Sicard, du 143e d'infanterie; Millière, du 27e d'infanterie; Habert, du 11e hussards; Dumont, du 68e d'infanterie; Michel, du 1er chasseurs d'Afrique; Gauillard, du 1er chasseurs à cheval; Cavalier-Benazet, du 64e d'infanterie.

MM. Pascal, du 88e d'infanterie; Cambours-Mouflet, du 137e d'infanterie; Lœuillet, du 109e d'infanterie; Louis, du 110e d'infanterie; Dubar, du 1er d'infanterie; Guillaume, du 70e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 1er novembre 1890 : M. le médecin-major de première classe Charbonnier est désigné pour occuper l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Commercy.

Sont désignés pour les postes ci-après : MM. les médecins aides-majors de première classe Mazeillé, pour le 5e d'infanterie; Castelli, pour le 1er zouaves; Cuche, pour l'hôpital militaire de la division d'Alger.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 novembre 1890, une médaille d'honneur en bronze a été décernée à M. Fabre, infirmier-major des salles militaires de l'hôpital mixte de Montpellier : donne depuis quinze ans ses soins aux malades traités dans cet hôpital; a toujours fait preuve du plus grand dévouement, notamment en 1885 pendant une épidémie de fièvre typhoïde, au cours de laquelle il a contracté lui-même la maladie.

— Le Comité permanent du Congrès français de chirurgie a mis à l'ordre du jour de la quatrième session les questions suivantes :

1° Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée);

2° Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes;

3° Des diverses espèces de suppurations examinées au point de vue bactériologique et clinique.

Le Congrès s'ouvrira à Paris sous la présidence de M. le professeur Guyon, en avril 1891 (semaine de Pâques).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Desq (Paul) est nommé aide-préparateur du laboratoire d'hygiène, en remplacement de M. Guy, dont le temps d'exercice est expiré.

Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à M. Brousse, chef des travaux d'histologie et d'anatomie pathologique du laboratoire des cliniques.

M. Boinet, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histologie et d'anatomie pathologique du laboratoire des cliniques, pendant la durée du congé accordé à M. Brousse (année scolaire 1890-1891).

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à M. Dumont, aide d'anatomie.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Delabost, professeur de pathologie externe et médecine opératoire, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite École, en remplacement de M. Dumesnil, décédé.

— *École de médecine de Reims.* — Un congé, sans traitement, est accordé, pour raisons de santé, à M. Valser, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

M. Monflier, chef des travaux physiques et chimiques, est chargé des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— M. le docteur Baratoux reprendra ses conférences sur les maladies des oreilles, du nez et du larynx, le mardi 11 novembre, à trois heures et demie, à sa clinique, 33, rue Saint-André-des-Arts, et les continuera tous les samedis et mardis, à la même heure.

— M. le docteur Jules Simon reprendra ses conférences de thérapeutique infantile, à l'hôpital des Enfants-Malades, le mercredi 19 novembre, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Tous les samedis, consultation clinique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de l'hygiène publique, d'après ses applications dans différents pays d'Europe (*France, Angleterre, Belgique, Allemagne, Autriche, Suède et Finlande*), par le docteur Albert PALMBERG, médecin hygiéniste de la province d'Helsingfors, vice-président de la Société française d'hygiène, de la Société de médecine publique de Paris, etc.; traduit du suédois par M. A. HAMON. 1 vol. gr. in-8° de 620 pages, avec 210 fig. — Prix : 14 francs. — Paris, O. Doin.

De l'opération césarienne, méthodes et procédés d'exécution, par le docteur BERLIN (de Nice). Couronné par l'Académie de médecine, prix Capuron, 1889. 1 vol. in-8° de 260 pages avec figures dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Contribution à l'étude de la thérapeutique intra-utérine antiseptique, de la dilatation et du pansement antiseptique de la cavité utérine dans le traitement des métrites chroniques, par le docteur Louis COUTURIER, ancien externe des hôpitaux et de la Maternité de la Pitié. 1 broch. in-8° de 132 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Sur la physiologie normale et pathologique des muscles du larynx, par le docteur Paul Raugé, ancien interne des hôpitaux de Lyon, lauréat de l'École de médecine de Lyon, etc. 1 broch. in-8° de 70 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Recherches expérimentales sur les leucocytes du sang, par le docteur E. Maurel. 1 broch. (1er fasc.) de 60 pages. — — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

La dengue et la grippe, études des épidémies de 1889 à Smyrne, par W. Chasseaud, médecin de l'hôpital Saint-Antoine à Smyrne, membre de la Société médicale de Londres. In-8° de 70 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Chatel-Guyon, indications et contre-indications, par le docteur Albert Deschamps. 1 broch. in-12 de 32 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 128. — SAMEDI 8 NOVEMBRE 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 8 NOVEMBRE 1890. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Du rôle des microbes dans l'étiologie et l'évolution des péritonites aiguës.

Par P. ACHALME et M. COURTOIS-SUFFIT,
Internes des hôpitaux de Paris.

Dans la plupart des livres classiques de pathologie interne, et dans les articles les plus récents des dictionnaires médicaux, le classement des causes de la péritonite aiguë est fondé sur des divisions plus ou moins artificielles, les unes dans le but évident de ne rien omettre, même les causes les plus rares; les autres exclusivement établies pour rendre, du sujet, la compréhension plus claire. Dans un premier chapitre, on range, comme à regret, et uniquement pour sacrifier à une idée ancienne, la péritonite *à frigore*, c'est-à-dire celle dont on n'a pas trouvé la cause; puis vient le groupe plus considérable des péritonites secondaires, scindé d'une façon toute schématique, suivant la fréquence relative des maladies primitives, ou sur la proximité plus ou moins intime des organes voisins du péritoine.

Or, il nous semble qu'en l'état actuel de la science, et sous l'influence de l'élan considérable qu'elle a pris à la suite des progrès des études microbiologiques, il doit être de la question des péritonites purulentes aiguës comme de celle des méningites microbiennes, et surtout comme de la question des pleurésies purulentes, où la notion étiologique ne peut plus flotter dans le vague d'une classification commode, mais paraît pouvoir être soumise à une notion plus absolue, celle des micro-organismes pathogènes, où l'évolution symptomatique est soumise, d'une façon directe, aux lois qui président à l'évolution vitale du microbe lui-même.

C'est cette étude d'ensemble que nous voulons tenter ici, cherchant à faire une classification étiologique, fondée exclusivement sur la qualité des différents microbes qui engendrent tour à tour la péritonite aiguë. Nous verrons que chaque forme symptomatique voit aussi son évolution liée, d'une façon intime, à l'évolution habituelle dans l'organisme de l'agent pathogène. Il n'existe malheureusement pas dans la science un nombre suffisamment considérable de faits bien acquis pour que, d'une façon définitive, on puisse établir cette division d'une façon absolue. Mais il est très certain que ce n'est, en somme, que l'*état actuel* et que la question mérite d'être poussée plus avant et devra être à nouveau étudiée et surtout complétée. Nous nous occuperons exclusivement des péritonites *purulentes aiguës généralisées*, laissant tout à fait de côté les *péritonites* SPÉCIFIQUES : tuberculeuse, par exemple.

I

EXPÉRIMENTATION. RÉSULTATS ET CONCLUSIONS DES DIFFÉRENTS AUTEURS

Nous indiquerons dès le début, et d'une façon pour ainsi dire brutale, les résultats de l'expérience sur ce sujet. Il est important de les connaître, mais il ne nous paraît pas que, jusqu'à présent, on puisse tabler sur eux d'une façon absolument évidente, et pour cette raison qu'ils sont souvent contradictoires et souvent aussi complètement opposés aux données certaines que l'on peut tirer de l'observation clinique. Nous chercherons à indiquer, chemin faisant, pourquoi il en est ainsi.

Nous ne ferons que signaler les expériences de Wegner, qui, faites sans la certitude que peuvent seules donner les recherches microbiologiques, ne sont, en somme, ici, que d'un appoint médiocre. Il s'agit de travaux intéressants sur la question de la formation des exsudats intra-péritonéaux et sur leur résorption, sur l'action de l'air et de la bile saine sur la séreuse.

C'est Grawitz qui, en 1886, donne le premier travail expérimental d'ensemble ayant pour but d'élucider cette question pathogénique. Nous ne pouvons mieux faire que de transcrire les conclusions auxquelles l'ont amené de longues et consciencieuses recherches :

1° L'introduction, dans la cavité péritonéale normale, de microbes non pyogènes, n'entraîne pas la moindre conséquence fâcheuse, même à dose énorme; il en est de même de matières excrémentitielles stérilisées en suspension dans l'eau;

2° Si le pouvoir de résorption du péritoine est aboli, les microbes non pyogènes se comporteront différemment, suivant qu'ils sont ou non capables de décomposer l'albumine. Dans le dernier cas, ils ne produisent rien ; dans le premier, ils pourront donner lieu à une intoxication putride ;

3° Les microbes pyogènes, en suspension dans un liquide non irritant, ne produisent rien sur un péritoine sain;

4° Ils produisent, au contraire, une péritonite s'il y a stagnation des liquides dans le péritoine, ou si ce dernier est le siège d'une irritation ou d'une plaie.

C'est donc poser bien nettement la question si importante de la préparation du terrain, à laquelle Grawitz fait jouer, comme on le voit, un rôle prépondérant, rôle sur lequel il insiste encore davantage dans son travail avec de Bary, sur les suppurations sans microbes.

C'est probablement avec l'idée préconçue de lutter contre cette théorie des suppurations aseptiques que Paulowsky a repris la question des péritonites expérimentales, en se servant soit de microbes, soit de substances chimiques, produits microbiens ou autres.

Les conclusions auxquelles ce dernier auteur est arrivé diffèrent un peu de celles de Grawitz.

Les substances que Paulowsky a injectées dans le péritoine des animaux, principalement du lapin, peuvent être groupées sous trois chefs :

1° Les corps connus pour leurs propriétés irritantes, et, comme type, l'huile de croton en émulsion dans la gomme arabique, provoquant une péritonite hémorrhagique;

2° Les diastases animales, entre autres le ferment albuminoïde du pancréas, la trypsine, qui provoque une péritonite hémorrhagique mortelle;

3° Les produits de sécrétion des microbes, et, parmi eux, ceux du *staphylocoque doré*, qui se sont montrés très actifs alors que ceux du streptocoque n'amenaient aucune réaction.

Parmi les microbes, celui qui lui a semblé donner lieu le plus facilement à la péritonite purulente est le *staphylococcus pyogenes aureus*, ce qui, nous le verrons plus tard, est *loin d'être* d'accord avec les résultats des observations cliniques.

La loi que l'on pourrait tirer des expériences, dont nous venons de relater les résultats, est la suivante :

Possibilité de la production d'une péritonite hémorrhagique mortelle à l'aide de substances chimiques;

Nécessité de la présence d'un micro-organisme pour engendrer une péritonite purulente.

Bien que M. Laruelle n'ait étudié qu'un seul microbe, le *bacillus coli communis*, et que peut-être il cherche à trop généraliser ses conclusions, nous voulons relever dans ses expériences les points intéressants qui se rapportent surtout à la préparation du terrain. Après avoir démontré que la bile, d'un côté, les matières intestinales stérilisées, d'un autre, étaient relativement inoffensives pour le péritoine ou n'amenaient (du moins en ce qui concerne la bile) qu'une destruction superficielle de l'endothélium péritonéal, il injecte des cultures du bacillus coli communis en suspension dans ces substances, comparativement à des cultures ayant pour véhicule un liquide complètement inoffensif, l'eau salée physiologique, par exemple.

Dans ce dernier cas, il ne se produit rien et les microbes sont rapidement détruits.

Dans le premier cas, au contraire, l'on voit survenir des accidents de péritonite aiguë, amenant la mort de l'animal.

La préparation du terrain par un liquide irritant autre que la bile ou le contenu intestinal, donne le même résultat.

En somme, pour M. Laruelle, deux facteurs essentiels sont nécessaires : 1° l'action destructive de la bile et du liquide intestinal sur les cellules endothéliales du péritoine qui prépare le terrain; 2° l'action directe du bacillus coli communis.

Nous verrons plus loin, en comparant ces expériences aux observations cliniques de Bumm, tout l'intérêt pratique qui s'attache à cette question de l'intégrité du péritoine.

Il nous paraît, cependant, qu'une critique peut être faite, dès maintenant, soit aux expériences de M. Laruelle que nous venons de signaler, soit à celles de Paulowsky, qui, lui aussi, a injecté des matières intestinales stérilisées dans la cavité abdominale et en arrive à conclure ainsi au rôle actif des micro-organismes contenus, à l'état normal, dans l'intestin. Ces auteurs mettent, en effet, en parallèle le contenu intestinal normal et le contenu intestinal stérilisé; comme si, par la stérilisation, le seul changement subi par ce milieu consistait dans la mort des micro-organismes. Du moment qu'ils ne spécifient pas le mode de stérilisation employé, nous sommes autorisés à croire qu'ils se sont servi du plus usuel; c'est-à-dire de la chaleur, qui non seulement tue les micro-organismes, mais encore les diastases. Or ces dernières, d'après les expériences de Paulowsky lui-même, semblent être pour le péritoine un agent énergique d'irritation. Il y a donc là une cause d'erreur dont il n'a peut-être pas été tenu assez compte. Un reproche analogue pourrait être fait aux expériences de Frænkel sur la pathogénie des symptômes de la péritonite. Voulant, en effet, étudier le mode d'action des micro-organismes péritonéaux sur l'économie et le rôle des poisons solubles sécrétés par eux, il injecta aux animaux des cultures stériles de streptocoques et de bacilles retirés d'exsudats péritonéaux. Les produits des bacilles amenèrent une intoxication générale mortelle, alors que ceux des streptocoques restèrent inoffensifs. Dans ce cas, la stérilisation ayant été faite par la chaleur, il n'a pas été tenu compte des diastases.

Frænkel a aussi démontré que l'injection, soit de perchlorure de fer, soit de teinture d'iode, amenait des lésions intestinales suffisantes pour laisser passer les microbes contenus dans la cavité entérique, sans que, principalement lorsqu'il s'agit de la teinture d'iode, il y ait lésion macroscopique de la paroi intestinale.

Nous pouvons donc, dès maintenant, résumer de la façon suivante ces diverses expériences faites par des méthodes et avec des buts différents :

1° Les péritonites aiguës peuvent être provoquées, soit par des agents irritants aseptiques, soit et surtout par des micro-organismes : ces derniers seuls donnent lieu à de véritables péritonites purulentes;

2° Les micro-organismes qui provoquent les péritonites purulentes sont ceux que l'on rencontre habituellement dans le pus : *staphylocoques*, *streptocoques*. Mais il est besoin pour leur multiplication d'une prédisposition spéciale du péritoine due à une altération, soit contemporaine, soit antérieure;

3° Si les fonctions de résorption du péritoine sont profondément troublées, les microbes capables de digérer l'albumine, introduits dans sa cavité, peuvent s'y développer, et amener, par la putréfaction des liquides intra-péritonéaux, une intoxication putride générale de l'économie;

4° Dans les cas de putréfaction intra-péritonéale, les accidents sont dus à l'empoisonnement par les produits solubles des microbes. Dans les cas d'inflammation purulente, la résorption de ces produits semble jusqu'à présent jouer un moindre rôle que dans les formes précédentes.

II

ÉTIOLOGIE. ESQUISSE SYMPTOMATIQUE DES PÉRITONITES AIGUES D'APRÈS LA NATURE DU MICROBE PATHOGÈNE.

Il ne nous paraît pas nécessaire d'insister davantage sur ces données expérimentales : peu complètes jusqu'à présent, elles ne donnent que peu d'enseignements utiles, d'autant qu'en certain point elles paraissent en désaccord avec les faits cliniques.

Il n'y a probablement qu'une apparence dans cette contradiction, car il faut se contenter de demander à chacun de ces deux modes d'investigation ce qu'il peut nous donner, et non chercher à généraliser quand même des faits expérimentaux à l'observation clinique.

L'expérimentation, en permettant de varier les conditions et les modes d'inoculation, peut surtout nous renseigner sur l'ensemble des phénomènes vitaux qui ont pour résultat la production de la péritonite. Elle nous a fait faire un grand pas en nous montrant le rôle important que jouent les lésions du péritoine, antérieures ou contemporaines.

Mais elle pourrait nous égarer, si nous cherchions à généraliser, à l'espèce humaine, des faits qui ne sont rigoureusement vrais que pour l'espèce animale expérimentée.

Le péritoine des lapins, sensible entre tous aux micro-organismes, n'est pas comparable à celui du cobaye, beaucoup plus réfractaire. Aussi, ne devons-nous que médiocrement nous étonner en trouvant que le *staphylococcus aureus* (Paulowsky) ou le bacillus coli communis (Laruelle), n'ont été rencontrés que très peu fréquemment par les auteurs qui se sont contentés d'examiner, au point de vue bactériologique, l'exsudat des péritonites observées par eux.

PREMIER GROUPE. PÉRITONITES SEPTIQUES. — Les microbes qui les provoquent sont ceux que l'on considère habituellement comme pyogènes : *pneumocoque, streptocoque, staphylocoques blanc et doré.*

1° *Péritonite purulente à pneumocoques.* — Il n'est, à l'heure actuelle, que peu de faits permettant d'isoler, dans un cadre symptomatique absolu, la péritonite à pneumocoques. Il n'en existe guère encore que quatre ou cinq observations, encore qu'elle doive, cependant, être plus fréquente; M. Netter, qui, sur ce sujet, possède le plus grand nombre de matériaux possible, disait, il y a peu de temps, dans un mémoire à la Société de biologie, que, sur 151 autopsies et faits observés par lui où l'existence du pneumocoque avait été démontrée par l'examen bactériologique et par les cultures, il n'avait observé que deux péritonites, toutes les deux chez des enfants.

Il conclut à ce sujet (1) : « En somme, la péritonite est une manifestation très rare de l'infection à pneumocoques. Cette rareté a lieu de surprendre, si l'on tient compte de ce fait, qu'à toutes les autopsies de pneumoniques, on peut reconnaître dans la cavité péritonéale l'existence de pneumocoques, en colorant les lamelles appliquées contre la paroi de la séreuse. »

Et, en effet, recherchant dans la science les faits où cette localisation du pneumocoque avait été rencontrée, nous n'avons pu trouver que quelques observations.

Wechselbaum (2) publie deux observations dans lesquelles le pneumocoque a été reconnu comme l'agent exclusif de la production de la péritonite aiguë primitive.

(1) NETTER. Société médicale des hôpitaux, 22 mai 1890.
(2) WECHSELBAUM. *Centralbl. f. Bacter.*, janvier 1889.

Dans les deux cas, qui se sont tous les deux terminés par la mort, la péritonite n'existait pas à l'état isolé, mais accompagnée d'une pleurésie purulente.

Il n'y avait donc pas localisation exclusive de l'agent pathogène sur le péritoine, et, par conséquent, les lois qui président d'ordinaire à l'évolution et à la gravité relative des localisations du pneumocoque dans l'économie, n'ont pas ici trouvé leur sanction.

Il en est de même d'une observation publiée par l'un de nous (1), où le pneumocoque fut trouvé comme agent exclusif dans la production d'une péritonite aiguë ; mais il existait, en outre, une méningite purulente due au même micro-organisme.

Enfin, l'observation la plus nette de cette localisation unique du pneumocoque sur le péritoine est celle de M. Sevestre (2). La maladie a commencé par des phénomènes d'une extrême acuité, sans cause connue, puis a évolué assez rapidement, et, enfin, s'est terminée par la guérison ; le pus s'est localisé vers l'ombilic et a été évacué.

De tous ces faits, nous voyons que, à part cette dernière observation, dont l'évolution a pu être suivie d'une façon complète, et qui, dans tout son cours, a gardé les caractères que l'on a coutume de rencontrer dans les localisations pneumococciques (acuité du début, évolution rapide, tendance à la guérison), les autres ne sont que des cas d'infection généralisée, probablement par la voie sanguine, avec localisation double, et où, par conséquent, le tableau particulier de la péritonite n'est pas nettement évident,

Un signe, sur lequel nous avons insisté et qui se retrouve dans toutes les affections dues au pneumocoque, réside dans les caractères particuliers de la suppuration.

Le pus est tout à fait spécial et dans l'observation que nous avons publiée, il possédait cet aspect au maximum. C'est un pus particulièrement épais, non fluide, ne s'écoulant pas, mais qu'il faut détacher, et qui s'enlève comme une fausse membrane. Ce fait est d'importance capitale, car, avec cette notion, on peut presque à simple vue faire le diagnostic de la présence du pneumocoque.

2° *Péritonites purulentes dues aux autres microbes de la suppuration, sans association d'autres bactéries.* — A. Péritonite où le *streptocoque* a été trouvé à l'exclusion d'autres micro-organismes :

WIDAL : 3 cas d'infection puerpérale ;

BUMM : Dans un nombre non déterminé de faits d'infection puerpérale ;

PREDŒHL : 3 péritonites opératoires ;

FRÆNKEL : 1 cas de péritonite opératoire consécutive à une pérityphlite ; 1 cas d'infection puerpérale ; 1 cas de suppuration rétro-péritonéale ; 1 cas de pyo-salpingite.

PERSONNELS : 3 cas puerpéraux ; 1 cas opératoire.

B. Péritonites où le staphylocoque a été trouvé à l'exclusion d'autres micro-organismes :

Staphylococcus aureus : 1 cas de péritonite consécutive à un cancer de l'utérus (Frænkel) ;

Staphylococcus flavus : 1 cas de rupture d'un ganglion

(1) COURTOIS-SUFFIT et BOULAY. Société médicale des hôpitaux, 22 mai 1890.
(2) SEVESTRE. *Idem*, 29 mai 1890.

mésentérique suppuré consécutif à une fièvre typhoïde (Frænkel);

Predœhl, dans 1 cas d'infection puerpérale, a rencontré un coccus pyogène mal déterminé.

3° *Formes mixtes.* — Streptocoque mélangé à d'autres espèces pyogènes.

Au staphylococcus albus : Frænkel, 1 cas de cholécystite suppurée ulcéreuse.

A des bacilles de la putréfaction : Predœhl, 4 cas de péritonite par perforation de causes diverses;

Frænkel : 5 cas de péritonite par perforation consécutives à la dothiénentérie; 1 cas de péritonite opératoire consécutive à une résection de l'iléon.

Ces dernières, comme nous le verrons plus loin, empruntent beaucoup de leurs symptômes cliniques à la péritonite putride.

Évolution symptomatique. — Le groupe, dont nous venons de signaler les principaux éléments, est, en somme, celui des véritables péritonites purulentes; l'allure en est connue et classique.

Au début, c'est un frisson violent, pénible, avec ascension brusque de la température à 40 ou 41 degrés; une douleur locale extrêmement intense éclate, puis les vomissements porracés, le hoquet, la constipation, la dysurie. Quelques symptômes cérébraux plus ou moins violents : céphalalgie, agitation, parfois délire, convulsions. La guérison est rare, et à l'autopsie on trouve le péritoine rempli d'un exsudat purulent, plus fluide que celui que provoque le pneumocoque. Il est souvent teinté de sang, et ceci surtout dans les cas où le staphylocoque a été l'organisme pathogène.

Si l'on a affaire exclusivement au streptocoque, le pus est blanchâtre, sous forme de sérosité trouble tenant en suspension des flocons fibrineux, qui se déposent en grande abondance à la surface des organes abdominaux et principalement du foie, leur formant une sorte de coque fibrinopurulente.

Ce qu'il faut surtout faire remarquer, c'est que, lorsque l'on ne rencontre dans l'exsudat que les seuls microbes pyogènes, le pus est complètement inodore ou, du moins, ne dégage que l'odeur fade habituelle du pus dit de bonne nature.

Deuxième groupe. Péritonites putrides. — Ici se place un groupe tout à fait différent du précédent, groupe dans lequel la péritonite est due aux agents microbiens que l'on rencontre dans un grand nombre de putréfactions.

Quelques-uns relèvent du genre micrococcus, mais la plupart sont des espèces bacillaires.

Parmi eux, nous citerons en tête le bacterium coli communis, parce qu'il forme une sorte de transition entre les microbes pyogènes et les micro-organismes putrides. Il ne produit, en effet, de pus que dans des circonstances exceptionnelles et, d'autre part, les exsudats qu'il provoque à l'état de pureté ne dégagent aucune odeur putride.

Rencontré par M. Cornil, puis par M. Clado dans le liquide du sac d'un étranglement herniaire, son rôle clinique dans la pathogénie de la péritonite généralisée reste encore un peu hypothétique. Il n'a été, en effet, signalé à l'état de pureté que dans les deux cas de M. Laruelle, cas un peu discutables au point de vue technique, l'autopsie n'ayant été faite, dans un cas, que cinq jours après la mort, c'est-à-dire à un moment où l'on ne pouvait plus guère espérer découvrir le véritable agent pathogène.

Les observations les plus nettes que nous puissions relever dans ce groupe, sont celles qui sont résumées dans la dernière édition du livre de MM. Cornil et Babès. Les ulcérations, disent-ils, laissent passer dans le péritoine des substances alimentaires, ou des liquides intestinaux, qui contiennent les uns et les autres une grande quantité de bactéries et des matériaux propres à la putréfaction. Il en résulte des péritonites suraiguës, accompagnées de fermentation putride qui dégagent des gaz extrêmement fétides dans la cavité péritonéale, et qui causent une intoxication septique ou une véritable saprémie.

Premier cas : « Les intestins et le grand épiploon étaient agglutinés entre eux par des fausses membranes fibrineuses, semblables à du mastic, au-dessus desquelles il y avait un peu de pus. Le sang du cœur et celui de tous les vaisseaux était en pleine décomposition putride et rempli de gaz fétides.

L'examen du liquide fibrino-puriforme du péritoine et des plèvres, celui de la sérosité louche contenue dans la pie-mère, a montré de grands filaments et des bacilles en quantité considérable, dont la longueur variait de 5 à 15 μ et dont l'épaisseur était de 0 μ 8 à 1 μ 5. »

Dans le deuxième cas (péritonite causée par perforation de l'estomac), le sang n'était pas décomposé, liquéfié, comme dans le fait précédent, et ne contenait pas de gaz.

L'exsudat du péritoine et celui des plèvres ont montré une grande quantité de bactéries allongées, filaments ou bacilles, et en même temps des filaments contenant des spores et des gros cocci. Il n'y avait pas de chaînettes comparables aux streptocoques.

Le liquide de la troisième observation contenait de grands bacilles semblables à ceux de l'intestin.

Ce sont ces micro-organismes qui ont été rencontrés seuls dans l'exsudat péritonéal par :

Bumm : Péritonites par perforation en nombre indéterminé; — 2 cas de péritonite opératoire;

Predœhl : 5 cas de péritonite par perforation, de causes diverses; — 1 cas opératoire à la suite d'une intervention dans un rétrécissement pylorique;

Frænkel : 1 cas d'ulcération cancéreuse du cæcum;

et l'un de nous, dans un cas de perforation intestinale, au cours d'une dothiénentérie.

Tous les micro-organismes que ces différents auteurs ont rencontrés, sont de véritables agents de putréfaction. Ils ont pour caractère commun de liquéfier très rapidement la gélatine, en la transformant en un putrilage fétide, de proliférer, avec une rapidité extraordinaire, à la surface de l'agar, la recouvrant bientôt d'une couche épaisse et uniforme, double propriété qui rend difficile, sinon impossible dans certains cas, l'isolement de toutes les espèces contenues dans le liquide.

L'examen de ces exsudats doit donc être fait, suivant le conseil de Frænkel, par inoculation en stries sur plaques d'agar glycériné, et même ce moyen doit toujours être contrôlé sévèrement par des cultures anaérobies qui ont été trop négligées par les précédents auteurs.

Aperçu symptomatique de cette forme. — De tout ce que nous venons de dire, et de l'étude générale que nous venons

de faire de l'introduction des micro-organismes dans ces cas et de leur nature, il est facile de tirer cette conclusion que l'ensemble des symptômes de cette forme doit être tout à fait spécial.

Ce qui domine ici, ce qui caractérise d'une façon très nette la péritonite putride, ce ne sont pas les phénomènes inflammatoires locaux, mais, au contraire, le collapsus, la tendance à l'exagération des phénomènes généraux d'adynamie, ce qui serait dû à une intoxication générale de l'économie par la résorption des liquides putrides.

La fièvre dans cette forme est beaucoup moins intense que dans la forme précédente, elle peut même être remplacée par de l'hypothermie, de l'algidité. La douleur est ordinairement vive au début, se calme bientôt, au point parfois de ne plus exister spontanément.

Les vomissements sont moins fréquents, plus tardifs, la terminaison fatale plus rapide.

Telle est, dans ses grandes lignes, la division que permet d'adopter l'examen comparatif des données cliniques et des recherches bactériologiques; et nous pensons que les termes que propose Bumm : péritonite septique pour la première, péritonite putride pour la seconde, correspondent à des espèces bien caractérisées, au double point de vue clinique et pathologique.

Cette division est tout à fait exacte pour les cas simples, dans lesquels une seule espèce microbienne est rencontrée dans l'exsudat, mais ces cas sont assurément peu fréquents, et ne sont guère observés que lorsque l'issue a été rapidement fatale.

Bien plus nombreuses sont les formes mixtes. Frænkel a démontré que, au cours d'une péritonite produite par un microbe pyogène et (contrairement à l'opinion de Bumm) pendant la vie du malade, une migration des microbes intestinaux peut se faire au travers des parois entériques et infecter secondairement l'exsudat purulent dont ils amènent la putréfaction.

La péritonite, ayant débuté franchement comme une péritonite septique, peut se terminer comme une péritonite putride par collapsus et algidité. A l'autopsie, on découvre un liquide purulent, mais fétide, dans lequel l'examen bactériologique permet de reconnaître un ou plusieurs micro-organismes pyogènes unis à des bacilles de la putréfaction.

Les phénomènes contraires peuvent se produire, et il n'est pas rare d'observer, déversés ensemble dans le péritoine, des microbes pyogènes et des micro-organismes de la putréfaction. Dans ce cas, les premiers se développant plus vite donnent naissance aux accidents d'intoxication; et si l'organisme ne succombe pas dans cette première lutte, les accidents inflammatoires viennent compléter la scène morbide et à la péritonite putride vient se superposer une péritonite septique secondaire.

Ces associations sont si fréquentes, que Frænkel les accepte comme la règle, proteste contre la division trop absolue de Bumm, et, sans être très affirmatif, semble faire entendre que, lorsque dans un exsudat péritonéal on n'a pas pu trouver de microbes pyogènes, c'est qu'on les y a mal cherchés. Ceci est l'exagération opposée et il faut admettre entre les deux formes extrêmes, à espèce bactérienne unique, des formes mixtes aussi et même plus fréquentes.

III

PATHOGÉNIE. PORTES D'ENTRÉE ET VOIES DE PROPAGATION DES AGENTS INFECTIEUX.

Ayant vu dans le précédent chapitre les différents micro-organismes signalés dans les cas les plus nombreux de péritonite aiguë et les formes différentes qu'elle affecte sous l'influence directe de ces agents pathogènes, il est tout naturel d'examiner maintenant quelle voie ils suivent pour arriver à la séreuse.

Le suc péritonéal normal ne contenant pas de bactéries, ces dernières peuvent y pénétrer :

1° Par la circulation sanguine ;

2° Par les organes pelviens chez la femme ;

3° Par propagation ou rupture d'une poche purulente intra ou extra-péritonéale ;

4° Par la paroi abdominale ;

5° Par rupture d'un organe creux intra-abdominal contenant des bactéries dans sa cavité.

1° PAR LA CIRCULATION. — C'est peut-être la route la plus rare, mais c'est la seule dont on doive admettre l'authenticité, au moins par exclusion, lorsque l'on ne trouve à la péritonite aucune cause locale, et surtout lorsqu'elle coïncide avec d'autres foyers purulents situés en des régions éloignées. Les quelques observations qu'on y peut faire rentrer sont presque exclusivement celles où l'on a trouvé le *pneumocoque*, comme unique agent pathogène.

Il est probable, cependant, quoique l'on ne puisse l'affirmer, que le *streptocoque* peut suivre la même voie pour gagner le péritoine. C'est probablement lui (d'après les données bactériologiques actuelles) qui est la cause prochaine des péritonites que M. Cheurlin (1) a signalées dans le cours de l'érysipèle de la face et de celles qu'ont décrites Moore (2) et Marchant (3) comme complications de la scarlatine.

Il doit aussi se partager, avec le staphylococcus pyogenes aureus, la production des exsudats péritonéaux, épiphénomènes d'une infection purulente. Mais ce ne sont là que de simples probabilités, ayant besoin d'être vérifiées par des faits positifs.

2° PAR LES ORGANES PELVIENS CHEZ LA FEMME. — Ici c'est surtout la péritonite puerpérale qui doit nous occuper. C'est elle que Bumm prend pour type de sa péritonite septique, mais il paraît un peu exclusif lorsqu'il regarde le streptocoque comme l'agent spécifique de cette maladie.

Predœhl, en effet, a trouvé, dans le seul cas qui se soit offert à son examen, un petit coccus qu'il n'a pu caractériser, mais qu'il rattache à la catégorie des microbes pyogènes.

M. Widal rapporte aussi, dans sa thèse, plusieurs observations d'infection puerpérale due à la bactérie pyogène de Clado et Albarran.

Il est cependant tout à fait probable que l'agent le plus actif de l'infection puerpérale est le streptocoque pyogène, identifié, par la plus grande majorité des auteurs, avec celui de l'érysipèle.

Dans trois cas de péritonite puerpérale, dont l'un de

(1) CHEURLIN. Thèse de Paris, 1879.
(2) MOORE. *Dublin Journal*, 1876.
(3) MARCHANT. *Schmidts Jahrbuch*, 1884.

nous a fait l'examen bactériologique, c'était ce microbe que l'on trouvait à l'état de pureté dans le pus péritonéal et dans le sang du cœur. Au contraire, dans un cas de phlébite du plexus utéro-ovarien, avec caillot suppuré de la veine rénale sans trace de péritonite, l'infection était due au staphylocoque doré et la présence du streptocoque n'a pu être démontrée ni dans les veines malades, ni dans le sang, ni dans la cavité utérine.

Bien que l'on ait signalé des cas où l'état puerpéral avait suffi à déterminer la localisation sur le péritoine de microbes pyogènes originaires d'un abcès situé dans une partie éloignée de l'économie, on peut regarder la cavité utérine comme le point de départ constant de l'agent infectieux.

Depuis longtemps, en effet, on a signalé la présence des micro-organismes dans les lochies des femmes malades. Mais beaucoup de ces observations sont caduques, en ce sens que les lochies ont été recueillies à l'orifice vulvaire, après s'être mélangées au liquide vaginal qui, ainsi que l'a démontré Bumm, contient, à l'état normal, un grand nombre de schyzomicètes.

Dœderlein a évité cette cause d'erreur en recueillant, à l'aide d'une pipette stérilisée, le liquide lochial qui s'écoule de l'orifice utérin. Il a démontré l'absence de micro-organismes dans les lochies saines, la présence de microbes, et, entre autres, celle du streptocoque dans les lochies des femmes fébricitantes.

La cavité utérine ne contenant pas de micro-organismes, soit à l'état de repos (Pereire), soit après l'accouchement (Dœderlein, Strauss et Sanchez-Toledo); d'autre part, le streptocoque ne se trouvant pas, d'après Bumm, parmi les microbes commensaux ordinaires du vagin, il faut admettre qu'il y a été apporté, soit par les mains de l'accoucheur, soit par le contact d'instruments souillés, soit, dans des cas plus rares, par continuité avec un érysipèle externe.

Arrivé dans la cavité utérine, deux voies lui sont ouvertes pour gagner le péritoine : la voie muqueuse par la trompe et la voie lymphatique.

Il semblerait, au premier abord, tout naturel que le micro-organisme, introduit dans la cavité utérine, traversât l'orifice utérin de la trompe pour gagner le péritoine par ce canal et son pavillon. C'est néanmoins la route la plus rarement suivie. Bien des auteurs ne l'admettent pas (Siredey, Lucas-Championnière) et pensent, au contraire, que les lymphatiques sont seuls les voies de propagation jusqu'au péritoine de l'agent infectieux intra-utérin.

M. Widal a néanmoins signalé dans sa thèse deux observations de péritonite puerpérale, dans lequelles les trompes semblaient avoir été primitivement intéressées.

Bumm pense comme les auteurs dont nous signalions les noms plus haut. Dans deux cas, qu'il a particulièrement étudiés, il a vu, sur des coupes, des streptocoques dans l'intérieur des lymphatiques intra-musculaires de l'utérus, alors que des cultures et des examens bactériologiques répétés ne lui révélaient la présence d'aucun germe dans la cavité tubaire.

Il admet, alors, que lorsqu'il existe une salpingite associée à une péritonite puerpérale, elle est le résultat et non la cause de la péritonite purulente.

Parmi les trois cas que l'un de nous a examinés, dans deux, la surface interne des trompes était absolument saine; dans le troisième, la trompe gauche était le siège d'une inflammation intense. Mais sur des coupes, le processus semblait limité à l'ampoule de Heule, l'isthme de Barkow était absolument sain. Nous serions donc tentés d'admettre l'explication pathogénique de Bumm.

Ce serait, du reste, une erreur que de vouloir conclure, de la fréquence des salpingites suppurées, à la fréquence de la présence du streptocoque pyogène dans leur intérieur. Le contenu des salpingites, dont l'étude bactériologique est encore à faire, n'est pas, en effet, du pus véritable, mais plutôt du muco-pus, résultant d'un processus inflammatoire spécial, différent de ceux que provoque habituellement le streptocoque.

3° Par propagation ou rupture d'une poche purulente intra ou extra-péritonéale. — En tête de ce groupe et formant une transition naturelle avec le précédent, nous dirons un mot des salpingites suppurées comme cause de la péritonite aiguë généralisée. En effet, leur rupture dans le péritoine, spontanée ou dans le cours d'une opération, présente certaines particularités que les données, ou plutôt les hypothèses bactériologiques, peuvent jusqu'à un certain point expliquer. Dans certains cas, la salpingite est de vieille date et au moment de la rupture, bien que contenant macroscopiquement du pus, elle ne renferme plus de micro-organismes. Il en était ainsi dans un cas observé par l'un de nous, dans lequel ni l'examen microscopique, ni l'étude sur plaques, n'a pu déceler de micro-organisme.

Dans d'autres cas, étudiés par Bumm, la salpingite développée sous l'influence infectieuse de la blennorrhagie, ne contient comme micro-organisme que le diplocoque de Neisser.

Ce dernier, d'après les expériences de Bumm, ne peut exercer son action nocive que sur les membranes muqueuses et est inoffensif pour les séreuses et le tissu cellulaire.

On comprend donc que, dans le cas de rupture d'une salpingite appartenant aux deux précédents groupes, l'exsudat soit résorbé tout simplement comme un corps aseptique, et ne s'accompagne que de phénomènes inflammatoires peu intenses et localisés.

Il en sera tout autrement si le pus existant dans les trompes contient, soit primitivement, soit le plus souvent sous l'influence d'une infection secondaire, des micro-organismes vraiment pyogènes, tels que le streptocoque et le staphylocoque. Une péritonite généralisée et le plus souvent mortelle sera la conséquence fatale de leur rupture.

La plupart des autres collections purulentes qui peuvent s'ouvrir dans le péritoine sont des suppurations du tissu cellulaire, reconnaissant, comme agent causal, un ou plusieurs micro-organismes, capables d'amener une inflammation du péritoine.

Nous passerons très rapidement sur ces diverses affections : phlegmons de la paroi abdominale, de la fosse iliaque, psoïtis, phlébite suppurée, abcès de la prostate, des vésicules séminales, des ligaments larges.

Les suppurations péri-rénales sont mieux connues, grâce aux travaux d'Albarran, et l'on saisit bien, d'après ses conclusions, que la rupture de ces foyers purulents puisse produire une péritonite mortelle.

Il en est de même de l'ouverture d'autres poches purulentes intra-abdominales, telles que kystes hydatiques suppurés, abcès du foie (Netter-Laveran), abcès du rein, abcès et ruptures de la rate, rupture d'un ganglion mésentérique suppuré, comme dans une observation de Frænkel.

Les suppurations thoraciques, abcès du médiastin, péri-

cardites et surtout pleurésies purulentes, peuvent également, en se propageant à travers le centre phrénique ou les insertions sternales du diaphragme, amener la production de péritonites purulentes secondaires.

4° Par la paroi abdominale. Péritonite opératoire. — Dans des cas exceptionnels, il semble que les micro-organismes puissent franchir cette paroi, et il est probable que c'est par un processus analogue à celui que nous avons décrit dans la péritonite puerpérale, qu'un érysipèle de la paroi abdominale peut se compliquer de péritonite purulente.

Mais, ordinairement, le microbe pathogène pénètre jusqu'à la séreuse par une solution de continuité, soit physiologique comme dans les inflammations consécutives à l'érysipèle péri-ombilical des nouveau-nés, soit, dans la majorité des cas, traumatique.

Dans cette dernière catégorie, rentrent les péritonites opératoires ainsi qu'une partie des péritonites consécutives aux plaies pénétrantes de l'abdomen, celles qui surviennent sans qu'il y ait perforation d'aucun organe intra-abdominal, et dans lesquelles le germe a été introduit de l'extérieur, soit par l'agent traumatisant lui-même, soit consécutivement au traumatisme.

On comprend tout l'intérêt pratique qui s'attache à l'étude pathogénique des inflammations généralisées, consécutives à l'ouverture chirurgicale de la cavité péritonéale, et l'on voit toutes les déductions qui découleraient naturellement d'une connaissance ferme de leur mode de production.

Malheureusement, c'est sur ce point que les auteurs dont nous avons cité précédemment les travaux, sont en complète contradiction. Cette contradiction a été, du reste, accentuée et envenimée par eux dans une polémique qui aurait pu être évitée si chacun d'eux s'était attaché à poser nettement la question et à préciser les conditions d'observation.

Pour Frænkel et pour Predœhl, la péritonite opératoire doit être rangée parmi les péritonites septiques et reconnaît pour cause le streptocoque pyogène.

Ils en rapportent, ainsi qu'il a été dit plus haut, un certain nombre d'observations. Le fait qui s'impose, si l'on veut généraliser leurs conclusions, c'est que la péritonite chirurgicale est toujours le résultat d'une faute d'antisepsie, que l'on peut qualifier de massive, car il est permis de supposer qu'il ne suffit pas d'un seul microbe pyogène pour déterminer une péritonite, et l'on ne peut empêcher de rapprocher cette hypothèse du fait établi par Gebhart, à savoir :

Qu'il faut un nombre relativement considérable de bacilles tuberculeux (820) pour déterminer une péritonite tuberculeuse chez le cobaye, dont on connaît le peu de résistance à ce micro-organisme.

L'opinion de Bumm est moins exclusive. Il admet, en effet, que, dans certains cas, la péritonite chirurgicale est due à l'envahissement du péritoine par les microbes pyogènes, introduits par les doigts ou les instruments de l'opérateur. Mais il considère comme plus fréquente une autre forme qu'il range dans le groupe des péritonites putrides et à laquelle il assigne la pathogénie suivante :

« Je crois, dit-il, que les observations bactériologiques amènent aux conclusions que Kaltenbach, Schrœder et récemment Frisch ont déduites des faits cliniques. Dans toute laparotomie, même pratiquée avec les plus grandes précautions antiseptiques, des microbes tombent dans le péritoine. Ce fait sera accordé facilement par quiconque a fait des recherches bactériologiques, et l'on peut dire qu'opérer aseptiquement n'est pas synonyme d'opérer à l'abri de tout micro-organisme. En général, ceux qui tombent dans la cavité péritonéale y sont détruits avant d'avoir pu se multiplier.

Mais si l'opération se prolonge, si la séreuse subit un traumatisme mécanique ou chimique, sur une étendue assez grande pour modifier son fonctionnement normal, le nombre des microbes augmentera. Alors le danger est proche, les liquides transsudés et le sang stagnant dans le péritoine formeront un excellent bouillon de culture aux microbes qui s'y développeront, en amenant une adultération chimique de ce milieu.

Dans les cas où les choses tournent mal, la quantité des micro-organismes augmente dans des proportions énormes et transforme le contenu séro-sanguin en un liquide sanieux, fétide, brassé à chaque instant par les contractions péristaltiques de l'intestin.

Grâce à la facilité d'absorption de la séreuse, les poisons bactériens produits dans sa cavité seront bientôt transportés dans la circulation générale et amèneront une intoxication putride. »

En présence de l'affirmation d'un observateur comme Bumm, l'on est obligé d'admettre, sinon l'explication pathogénique, du moins le fait de l'existence possible après la laparotomie d'une péritonite putride, dans la genèse de laquelle le rôle le plus important serait joué par les troubles des fonctions du péritoine. Cette idée est du reste singulièrement en rapport avec les conclusions et les expériences de Grawitz, concernant l'influence capitale d'une altération péritonéale sur l'éclosion de la péritonite.

D'où cette conséquence, grosse de déductions pratiques, que, dans la laparotomie, il ne suffit pas, pour se mettre à l'abri des complications péritonéales, de se tenir en garde contre l'introduction de germes pathogènes dans la cavité séreuse, mais qu'il faut encore respecter, autant que possible, l'intégrité histologique et par cela même physiologique du péritoine en évitant tout traumatisme mécanique ou chimique.

Il faut, en un mot, en cherchant à lui faciliter sa tâche, laisser le péritoine en état de se défendre lui-même, ayant toujours présente à l'esprit la facilité avec laquelle on provoque la péritonite sur une séreuse déjà lésée par l'injection de liquides irritants. Or, les antiseptiques les plus usuels, l'acide phénique, le sublimé, coagulantes énergiques de l'albumine, fixateurs cellulaires puissants, amènent un traumatisme chimique considérable, et en détruisant l'endothélium séreux suppriment le secours qu'on en pouvait attendre pour la destruction des microbes.

L'idéal des méthodes sera donc celle qui, en produisant le minimum de lésions péritonéales, n'exposera qu'à l'introduction d'un nombre minimum de microbes. La stérilisation soigneuse des instruments et des mains de l'opérateur, l'occlusion consécutive mettent à l'abri de la péritonite septique. Quant à la forme décrite par Bumm, elle semble mieux devoir être évitée par l'asepsie que par l'emploi des antiseptiques.

Ainsi, dans les cas où le péritoine est sain et non encore infecté, le liquide qui conviendra le mieux à sa toilette sera celui qui, sans introduire de micro-organismes et en en-

traînant ceux qui auraient pu y tomber, se montrera le plus inoffensif pour les cellules endothéliales.

L'eau bouillie se rapproche de cet idéal, bien que l'eau pure ne respecte pas absolument l'intégrité des tissus. La solution physiologique de sel marin lui serait préférable, en ayant soin d'en assurer la stérilité par une longue ébullition ou mieux par un séjour d'un quart d'heure dans l'autoclave à 120 degrés.

Les antiseptiques doivent être réservés pour les cas où l'infection est un fait accompli, et où il s'agit d'arrêter un processus déjà commencé.

Enfin, dans certains cas, la péritonite chirurgicale peut être due à la lésion d'un des organes creux intra-abdominaux et au déversement de son contenu dans la cavité péritonéale, ce qui la range au point de vue pathogénique dans la classe suivante :

5° Par rupture d'un organe creux de l'abdomen contenant des bactéries dans sa cavité. — C'est cette catégorie que l'on désigne couramment sous le nom de péritonite par perforation.

Les réservoirs, dont les rapports anatomiques permettent le déversement dans la cavité péritonéale, sont les réservoirs urinaires (bassinet et vessie), biliaires, et toute la portion sous-diaphragmatique du tube digestif.

L'ouverture de la vessie ou du bassinet sains et l'écoulement d'une urine normale ne provoquent pas la péritonite aiguë. Cette innocuité, pour les tissus, de l'urine ne contenant pas de micro-organismes, a été démontrée par les expériences de Gosselin, MM. A. Robin, Murron, Vincent, et plus récemment par celles de MM. Albarran et Tuffier.

Il en est tout autrement, lorsque les voies urinaires sont infectées, ainsi que cela s'observe le plus fréquemment chez les vieux urinaires. Dans ce cas, l'urine contenant soit le streptocoque pyogène, soit la bactérie septique de MM. Clado, Hallé et Albarran, produira une infection péritonéale mortelle.

Il en est de même en ce qui concerne principalement la vésicule biliaire, avec cette différence que, en raison de son volume, les traumatismes l'atteignent plus rarement que la vessie. Les ruptures spontanées sont relativement plus fréquentes et reconnaissent, le plus souvent, pour cause, une inflammation ulcérative de la muqueuse, due à la présence de microbes dans sa cavité.

L'obturation temporaire ou définitive du canal cholédoque par un calcul, la diminution de la sécrétion biliaire, l'hypocholie des maladies infectieuses, la présence, dans l'intestin, d'un plus grand nombre de micro-organismes pathogènes, comme dans la dothiénentérie, sont autant de circonstances facilitant l'ascension et la pullulation dans les voies biliaires de microbes intestinaux.

Du reste, toute cette pathogénie des infections biliaires fera l'objet de la dissertation inaugurale de notre collègue, M. E. Dupré, qui a bien voulu nous communiquer les résultats expérimentaux intéressants auxquels il est arrivé.

Donc, de même que pour la vessie : blessure d'une vésicule saine, déversement d'une bile saine dans le péritoine ; pas de péritonite.

Blessure ou rupture spontanée par ulcération d'une vésicule malade contenant des micro-organismes, péritonite le plus souvent mortelle, si le contenu tombe dans la grande cavité péritonéale et si des adhérences préalables n'ont pas d'avance limité le foyer. Un cas de ce genre a été rapporté par Frænkel, qui a trouvé, dans l'exsudat péritonéal, du streptocoque et du staphylocoque blanc.

Mais les perforations, de beaucoup les plus importantes et les plus fréquentes, sont celles de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif, que l'on peut diviser en deux groupes, suivant que la solution de continuité intéresse l'estomac ou l'intestin.

L'estomac, en effet, grâce à l'acidité du suc gastrique (Strauss et Wurtz), n'est pas un bon milieu de culture pour les micro-organismes et, principalement, pour les microbes pathogènes ingérés, en grande quantité, avec la salive. Ces derniers y meurent au bout de peu de temps. Aussi ne semble-t-il pas étonnant qu'à la suite d'une plaie de l'estomac, les micro-organismes, s'ils sont introduits en petite quantité dans la cavité péritonéale, ne puissent s'y développer, ce qui explique, jusqu'à un certain point, la bénignité relative des plaies de l'estomac et leur guérison spontanée fréquente, qui a fait l'objet d'une récente discussion à la Société de chirurgie. Mais si la quantité du contenu stomacal est très grande ou si le suc gastrique est altéré pathologiquement dans sa sécrétion, il n'aura plus ses propriétés bactéricides et les microbes pourront être en assez grand nombre et assez virulents pour produire une péritonite mortelle.

Lorsque c'est l'intestin qui est atteint, soit par un traumatisme, soit par des ulcérations assez profondes pour amener une solution de continuité, comme dans la fièvre typhoïde, le contenu intestinal et ses nombreux micro-organismes tombent dans la cavité séreuse, produisant une infection péritonéale massive. Les microbes qui la produisent sont ceux que l'on trouve à l'état normal dans l'intestin :

Bacillus coli communis (Escherich-Laruelle); bacillus Bienstockii très pathogène pour la souris; bacillus albuminis (Bienstock); bacillus mesentericus vulgatus et diverses autres espèces moins bien déterminées (Vignal), le vibrion septique (Pasteur).

Enfin des espèces pyogènes ont été signalées comme commensales ordinaires du tube intestinal et principalement du duodénum, par Gessner (1), qui y a trouvé constamment le streptocoque et le staphylocoque doré.

On voit combien doit être redoutable l'introduction dans la cavité péritonéale de ces diverses sortes de bactéries, les unes, agents actifs d'inflammation, les autres, ferments puissants de la putréfaction, et l'on comprend que, dans l'immense majorité des cas, une péritonite aiguë en soit le résultat, présentant, suivant la prédominance de tel ou tel groupe bactérien, les symptômes d'une péritonite putride ou d'une péritonite septique, le plus souvent d'une forme mixte. Cette péritonite pourra même être produite, sans solution véritable de continuité, si les micro-organismes cheminent à travers la paroi intestinale, assez modifiée pour ne leur offrir nulle résistance, ainsi que cela se rencontre dans les hernies étranglées, sans gangrène, de l'intestin (Cornil-Clado), et qu'il résulte des expériences de Frænkel citées plus haut.

En un mot, nous pouvons synthétiser de la manière suivante les rapports entre l'étiologie et la forme de la péritonite généralisée :

(1) Gessner. *Arch. f. Hygiene*, Bd. IX, Helft 2.

1° Péritonite septique pure due aux microbes pyogènes. — Péritonites par infection générale de l'économie.

Péritonites puerpuérales à forme rapide.

Péritonites par ouverture d'une poche purulente dans le péritoine.

Péritonites opératoires par faute d'antisepsie.

Péritonites par rupture de la vessie ou du bassinet contenant des microbes pyogènes.

Péritonites par perforation de la vésicule biliaire dans les mêmes conditions.

2° Péritonite putride pure due aux microbes de la putréfaction. — Péritonite par perforation intestinale, à forme rapide.

Péritonite opératoire par lésions péritonéales traumatiques ou chimiques.

3° Formes mixtes. — Péritonite puerpérale, forme lente permettant l'infection secondaire par les espèces putréfiantes de l'intestin.

Péritonite par perforation intestinale, forme lente permettant le développement ultérieur des espèces pyogènes.

Bibliographie. — Wegner. Remarques chirurgicales sur la cavité péritonéale, avec applications spéciales à l'ovariotomie, *Arch. de Langenbeck*, 1876, vol. XX. — Grawitz. Travail statistique et expérimental sur la péritonite, *Annales de la Charité*, 1886, vol. XI. — Paulowsky. Etude expérimentale sur l'étiologie et les formes des péritonites aiguës, *Arch. de Virchow*, 1889, vol. CXVIII, p. 469. — Laruelle. Études bactériologiques sur les péritonites par perforation, *La Cellule*, Würtzburg, 1889. — Bumm. Étiologie de la péritonite aiguë, *Münch. med. Wochens.*, 1889, n° 42. — Predœhl (de Hambourg). Étiologie de la péritonite aiguë, *Münch. med. Wochens.*, 1890, n° 2. — Frænkel (de Hambourg). Étiologie de la péritonite aiguë, *Münch. med. Wochens.*, 1890, n° 2. — Frænkel et Bumm. Polémique sur l'étiologie de la péritonite aiguë, *Münch. med. Wochens.*, 1890, nos 10 et 11. — Weichselbaum. *Centralbl. f. Back.*, janvier 1889. — Cornil et Babès. Tome II, p. 41. — Sevestre. Société médicale des hôpitaux, 22 mai 1890. — Widal. Thèse de Paris, 1889. — Boulay et Courtois-Suffit. Société médicale des hôpitaux, 16 mai 1890. — Netter. Société de biologie, juillet 1890.

NOTE

SUR LES RAPPORTS DE LA SEPTICÉMIE GANGRÉNEUSE ET DU TÉTANOS, POUR SERVIR A L'ÉTUDE DES ASSOCIATIONS MICROBIENNES VIRULENTES

Par M. le professeur Verneuil.

La coexistence de la gangrène et du tétanos a été depuis longtemps signalée par les chirurgiens qui avaient remarqué que la dernière de ces maladies survenait assez souvent après les plaies contuses, les écrasements des membres, les fractures comminutives, les brûlures, les congélations, etc., toutes blessures s'accompagnant ou se compliquant à l'occasion de sphacèle primitif ou d'inflammation gangréneuse.

Toutefois, comme ces faits sont relativement rares, eu égard à ceux dans lesquels le tétanos succède à des traumas légers, sans gravité apparente, sans accidents locaux sérieux et même en marche naturelle vers la guérison, on pouvait se demander s'il n'y avait pas simple coïncidence plutôt que relation, et s'il ne s'agissait pas d'une association fortuite entre deux maladies sans que l'une, la gangrène, suscitât ou favorisât l'autre, le tétanos.

En tout cas, ceux qui croient à la connivence n'en ont jusqu'ici fourni ni la preuve ni l'explication; mais, il paraît possible, aujourd'hui, de combler la lacune, grâce aux doubles données fournies par l'expérimentation au laboratoire et l'observation au lit du malade.

On sait que la terre cultivée contient divers microbes pathogènes, au premier rang desquels se placent le vibrion septique de Pasteur et le bacille tétanigène de Nicolaïer.

Les inoculations faites avec cette terre virulente développent, chez les animaux, deux maladies redoutables : la septicémie gangréneuse, due au vibrion; le tétanos, dû au bacille.

Les deux microbes se trouvant de coutume réunis dans la terre infectée, les inoculations engendrent, sans qu'à la vérité on sache exactement pourquoi, tantôt l'une, tantôt l'autre des maladies susdites, et cela dans des proportions très variables, tel échantillon de terre produisant, je suppose, quatre-vingts septicémies et vingt tétanos, tel autre un pourcentage inverse.

En raison de l'activité inégale et de la durée d'incubation différente de leurs virus respectifs, les deux maladies n'apparaissent point en même temps.

La septicémie, plus hâtive, se montre dans les premiers jours, sinon dans les premières heures; le tétanos, plus tardif, ne survient que vers le quatrième ou cinquième jour, et souvent plus tard.

Malgré le nombre aujourd'hui très considérable des inoculations faites avec la terre et suivies de septicémie gangréneuse ou de tétanos, il ne paraît pas qu'on ait vu la première, ouvrant la marche, être suivie par le second, ni le second, une fois développé, être compliqué par la première.

En d'autres termes, la réunion si évidente des deux virus, dans un même échantillon de terre inoculé aux animaux, n'aurait jamais eu jusqu'ici, pour résultat, le développement ni simultané, ni successif des deux maladies, ce qui semble au moins démontrer leur indépendance.

La septicémie gangréneuse est rapidement et à peu près fatalement mortelle chez les animaux, ce qui explique peut-être pourquoi elle n'est jamais suivie du tétanos, auquel elle ne laisse pas le temps de se développer.

Voici, d'autre part, comment les choses se passent en pathologie humaine, d'après ce que nous ont enseigné les faits cliniques convenablement interprétés.

L'observation apprend que la susdite terre cultivée, mise en contact avec les plaies de l'homme, peut les infecter :

1° En y provoquant la septicémie gangréneuse de M. Pasteur, « laquelle, comme le rappellent MM. Cornil et Babès, a souvent pour causes les fractures comminutives, les contusions profondes, *surtout si les plaies ont été souillées par la terre* »;

2° En engendrant le tétanos, notion de date récente, mais qui ne saurait être contestée.

Donc, sur ce premier point, similitude entre l'homme et les bêtes, avec cette légère restriction que la septicémie humaine, d'origine tellurique, semble moins fréquente que le tétanos.

L'époque d'apparition successive est sensiblement la même dans les deux séries, c'est-à-dire également primitive, chez l'homme, pour la septicémie, secondaire pour le tétanos. Les deux maladies s'y montrent toutefois un peu plus tardivement que chez les animaux, du deuxième au troisième jour pour la première, après sept jours d'inoculation en moyenne pour le second.

Les deux maladies sont, dans notre espèce, d'une extrême gravité. Toutefois, la septicémie gangréneuse, peut-être parce qu'on se donne la peine de la soigner et qu'on peut, en certains cas, en retarder la marche par des mesures radicales, ne tue pas toujours ou tue moins brutalement; d'où résulte que la prolongation de la vie permet au virus tétanique d'achever son incubation; — d'où l'existence simultanée des deux maladies, inconnue chez les animaux et déjà plusieurs fois constatée chez l'homme.

Je ne fatiguerai pas l'Académie par le récit des observations par moi connues et déjà publiées d'ailleurs (1); je me contenterai de lui communiquer trois faits inédits, aussi clairs, aussi évidents, aussi décisifs que les meilleures expériences *in anima vili*.

Je dois l'un à l'obligeance d'un de mes confrères de l'armée, M. le docteur Labit, médecin-major au 35e de ligne, et les deux autres à M. le docteur Tédenat, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Observation I. — A Rouen, en 1885, un chasseur à cheval, très vigoureux, fait, dans le manège du régiment, une chute violente sur l'avant-bras gauche. On constate : 1° une fracture simple du radius à la partie moyenne; 2° une seconde fracture des deux os, située plus bas, à 2 ou 3 centimètres de l'articulation du poignet. Les fragments supérieurs du radius et du cubitus font issue au dehors et sont comme étranglés par une boutonnière cutanée; ils sont souillés par la poussière et la terre du manège, dont on les débarrasse incomplètement au moment de l'accident. Du reste, point d'hémorrhagie, ni de troubles dans la sensibilité de la main.

Dans ces conditions, on tente la conservation du membre; la plaie est nettoyée soigneusement avec la solution phéniquée forte; quelques esquilles mobiles sont enlevées; enfin le membre est immobilisé après pansement antiseptique.

Pendant quarante-huit heures tout va bien; ni réaction, ni douleurs; état général satisfaisant. Le troisième jour changement subit. L'avant-bras, jusqu'au coude, est tuméfié, douloureux, et présente les caractères de l'affection connue sous le nom ancien d'érysipèle bronzé et appelé, par les modernes, septicémie gangréneuse ou foudroyante, œdème malin, etc.

L'amputation du bras, jugée indispensable, est aussitôt pratiquée par M. Weber, médecin inspecteur. On fait un pansement antiseptique sans réunion immédiate. L'extension du mal est arrêtée du coup et la plaie opératoire évolue à souhait. Mais, quatre jours écoulés, c'est-à-dire sept jours après l'accident, on voit successivement apparaître le trismus, la raideur de la nuque et la dysphagie; bref, le tétanos avec tout son cortège. On institue aussitôt le traitement par le chloral à haute dose, l'immobilisation, la température constante, etc. Mais le tout inutilement. Bien que la marche ait été lente, les contractures modérées, la fièvre peu intense, la mort survint au vingt-deuxième jour.

La plaie d'amputation était guérie.

Obs. II (docteur Tédenat). — Homme de trente-huit ans. Chute de cheval. Luxation de la tête inférieure du cubitus saillant à travers une boutonnière cutanée, mise en contact avec le *fumier* lentement chauffé par un soleil de quatre mois, et arrosé par une averse, trois jours après l'accident, frisson violent une heure après. Appelé le lendemain, je trouve des collections gazeuses à la partie supérieure de l'avant-bras; j'incise, je lave avec un liquide antiseptique, je mets le membre dans un bain antiseptique permanent. Le tissu cellulaire mortifié dans les foyers gazeux s'élimine. Tout s'arrange, la famille croit tout danger conjuré. Mais le contact de la plaie avec le fumier me fait craindre l'invasion du tétanos. Celui-ci éclate au huitième jour et enlève le blessé en quarante-huit heures.

(1) *Revue de chirurgie*, 1888, passim.

Obs. III (docteur Tédenat). — Jeune fille, vingt-trois ans. Luxation du pied en dehors; le plateau inférieur du tibia porte sur le sol et dans son cartilage s'incruste de la poussière, l'accident a lieu aux environs d'un abattoir. On fait un lavage phéniqué.

Appelé le troisième jour, je trouve une arthrite purulente avec phlegmon diffusé jusqu'au genou. Incisions multiples. Vers le vingtième jour, tétanos, qui guérit.

J'ai, plus tard, fait la résection, et aujourd'hui la malade, grande et belle montagnarde, marche bien.

La concordance remarquable des résultats expérimentaux et des observations cliniques permet de regarder comme suffisamment établies les conclusions suivantes :

1° La coïncidence chez l'homme de certaines formes de gangrène et du tétanos n'est pas due au hasard;

2° Elle résulte de l'introduction simultanée des deux microbes bien connus de MM. Pasteur et Nicolaïer, fréquemment réunis, surtout dans la terre cultivée ou fumée;

3° Les deux maladies, contemporaines à l'origine, évoluent toutefois dans la suite d'une manière distincte, conformément à l'action propre de leur virus et sans paraître manifestement s'influencer;

4° Le développement de la septicémie gangréneuse, dans une plaie souillée par la terre, doit faire craindre, sans doute, l'apparition ultérieure du tétanos, mais l'indépendance réelle des deux infections est prouvée par ce fait que la suppression radicale de la première n'empêche pas la seconde de se développer;

5° Tout semble donc démontrer qu'il y a là association morbide pure et simple, due à la réunion fortuite de deux virus (1).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La souscription pour l'érection d'un buste au regretté professeur Damaschino sera close le 1er décembre.

Les cotisations sont reçues chez les sociétaires du comité MM. les docteurs Letulle, 124, boulevard Saint-Germain, et Gilles de la Tourette, 14, rue de Beaune.

— M. le professeur Mathias-Duval commencera le cours d'histologie le samedi 8 novembre, à quatre heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. le professeur Grancher commencera le cours de clinique des maladies infantiles, le samedi 8 novembre 1890, à quatre heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— M. Quinquaud, agrégé, reprendra ses conférences le lundi 10 novembre à quatre heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le professeur Pinard commencera le cours de clinique d'accouchement et de gynécologie, le lundi 10 novembre 1890, à neuf heures du matin (clinique Baudelocque, à la Maternité,

(1) La septicémie gangréneuse n'est pas la seule maladie virulente capable de s'associer au tétanos. En effet, on a déjà signalé la coïncidence de ce dernier avec le charbon, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la malaria, la tuberculose; mais ces faits, outre qu'ils sont fort rares, sont pour la plupart si sommairement rapportés, qu'on n'en peut pas déduire les relations réelles entre les deux maladies.

Il est intéressant de noter que la plus commune des intoxications traumatiques, c'est-à-dire la pyohémie, ne s'est peut-être jamais (d'après M. Jeannel et moi-même) associée au tétanos. Il y a peut-être là antagonisme véritable.

125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophthalmologique, le lundi 10 novembre 1890, à neuf heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. Weiss, agrégé, commencera ses conférences, le lundi 10 novembre 1890, à midi (petit amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Tillaux commencera le cours de médecine opératoire le lundi 10 novembre, à cinq heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le professeur Farabeuf commencera le cours d'anatomie le lundi 10 novembre, à quatre heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 129. — MARDI 11 NOVEMBRE 1890. 63e ANNÉE. MARDI 11 NOVEMBRE 1890. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 10 novembre 1890.

Le doyen de notre Faculté a dû être quelque peu gêné lorsqu'à la dernière réunion du conseil général des Facultés, il a avoué qu'il lui fallait 90000 francs pour assurer chaque année le chauffage et l'éclairage de son école. Un pareil aveu doit être bien pénible à faire, et que ne laisse-t-il pas sous-entendre ! Encore, si cette somme considérable figurait avec sa destination au budget de la Faculté, on s'extasierait sur sa riche dotation et sur le libéralisme dont le gouvernement fait preuve à son endroit ! Mais il n'en est évidemment rien, et, dans cette même séance, le doyen dut compléter son aveu en disant que, les fonds lui manquant pour subvenir à pareille dépense, ce n'était que par des virements plus ou moins autorisés qu'il arrivait à produire le calorique et l'éclairage indispensables aux élèves. Près de la moitié de la somme est prise sur les fonds destinés aux musées et aux collections ! Le fait se passe de commentaires !!

Il ne nous appartient pas de rechercher à qui incombe la responsabilité d'un pareil désordre, que le doyen subit, mais qu'évidemment il déplore. Mais, pour être aussi lourde, la faute commise doit au moins servir de leçon. Cet exemple nous indique sans doute que l'architecte eût peut-être sagement agi en s'inquiétant de la destination d'un bâtiment dont la construction lui a été confiée, et qu'il eût été logique et naturel de songer à installer le chauffage dans des salles destinées au travail pendant les longs mois d'hiver, que ce n'est pas après coup qu'il eût dû songer à pareilles choses. Mais pour nous la leçon porte plus loin. Si la Faculté eût été chargée elle-même de faire construire l'École pratique, dont elle avait besoin, si c'était elle qui eût la garde et l'usage de ses deniers, soyez persuadés qu'elle eût su en faire un meilleur emploi. Soyez également convaincus que s'il lui fallait tirer 90000 francs du produit de son enseignement pour payer le chauffage et l'éclairage de ses cours, elle s'arrangerait de façon à ce que ses cours soient suivis et productifs. Au lieu de cela, que la Faculté progresse ou qu'elle périclite, les fonds alloués sont les mêmes ; qu'est-ce que le Conseil des professeurs pourrait bien avoir à dire ? Ces choses-là ne le regardent pas. Que le gouvernement intéresse la Faculté à ses recettes et à ses dépenses et l'on verra au plus vite cesser de pareils abus. Ne serait-il pas bon d'affranchir notre Faculté d'une tutelle onéreuse et de lui donner une autonomie et une indépendance dont elle saura faire un profitable usage ?

HOTEL-DIEU. — M. RICARD.

Des dangers de l'application des bâtons de chlorure de zinc dans les cas de cancer utérin.

Les dernières discussions de la Société de chirurgie semblent avoir condamné, dans le traitement des endométrites, l'emploi des cautérisations intra-utérines à l'aide des bâtons de chlorure de zinc. Nous ne voulons pas, aujourd'hui, prendre parti dans cet intéressant débat qui va se rouvrir prochainement à la tribune de l'Académie. Mais il nous a semblé utile de vous faire connaître le cas d'une malade que nous avions récemment dans nos salles, et qui avait subi, en février dernier, une cautérisation intra-utérine par le chlorure de zinc.

Mais, reprenons l'histoire de cette malade, dès le début de ses accidents, dont l'évolution est suffisamment instructive pour n'être pas négligée.

Mme X..., veuve, âgée de cinquante neuf ans, était de vigoureuse constitution et de forte apparence ; mais elle était tourmentée par des douleurs dans le bas-ventre et par des pertes puriformes et sanguinolentes, que les lavages vaginaux, le tamponnement, les injections chaudes ne parvenaient pas à arrêter. Ces pertes, d'ailleurs, étaient peu abondantes ; c'est leur continuité seule qui préoccupait la malade. Son médecin, voyant l'inutilité du traitement jusqu'alors employé, la conduisit à Paris chez un de nos confrères des plus distingués et des plus habiles. Quel diagnostic fut posé en ce moment ? nous l'ignorons. Mais il est probable que ce fut celui de métrite hémorrhagique ; si l'on en juge d'après la résolution que prirent nos confrères de pratiquer la cautérisation intra-utérine à l'aide d'une languette de chlorure de zinc, préparée d'après la formule habituelle.

Cette application fut tellement douloureuse que la malade fit appeler son médecin le soir même de l'intervention et que celui-ci enleva le tamponnement et pratiqua des lavages boriqués très abondants. Ceci se passait huit à dix heures après l'intervention du matin.

On le voit, il n'y eut aucune imprudence de commise, l'application du chlorure de zinc avait été faite par un médecin des plus experts en pareille matière, la malade avait été suivie de très près, et l'application caustique n'avait duré qu'une dizaine

d'heures. Malgré cela, de l'avis d'un des médecins traitants, il se serait produit « une eschare totale du col ». Le fait est pour nous difficile à vérifier actuellement, et il est impossible d'affirmer si le col a été tout entier détruit par la cautérisation, ou si ce furent simplement les parties superficielles du col; toujours est-il qu'actuellement notre malade présente au fond du vagin un petit moignon déformé, ne rappelant en rien ni les dimensions, ni la forme du col normal, et que ce petit moignon est le centre de brides cicatricielles qui rayonnent autour de lui.

Voilà le fait dans toute sa simplicité.

Vous devinez que notre malade ignorait absolument cette oblitération absolue de son orifice utérin, et que ce n'est pas pour cette *atrésie* que la patiente était venue s'échouer à l'hôpital, et réclamer, à nouveau, l'aide de la chirurgie. Bien au contraire, elle était satisfaite de sa première intervention. En effet, dès que, après la chute des eschares, la cicatrisation eut oblitéré l'orifice cervical de l'utérus, il n'y eut plus de pertes d'aucune sorte, et la malade se crut guérie de ce côté. Mais les douleurs du bas-ventre s'accrurent de plus en plus, la marche devint impossible et, à cause de ces souffrances devenues plus grandes, la malade, quoique très contente de la cessation de ses pertes, réclama un nouveau traitement. C'est dans ces conditions qu'elle vint dans nos salles.

L'examen, par le toucher et par le spéculum, nous révéla l'existence de ce moignon cicatriciel, dont je vous ai déjà parlé; on sentait de plus des portions molles à côté d'autres nettement fluctuantes. Mais le petit bassin paraissait libre et le toucher bi-manuel ne nous révélait que la présence d'un utérus volumineux, remontant au niveau de l'ombilic, avec une tumeur molle en arrière et à gauche. Le diagnostic nous parut simple : étant donné la cessation complète des écoulements préexistants, nous pensâmes qu'il s'agissait là d'une rétention, intra-utérine et probablement salpingienne, des sécrétions enfermées maintenant grâce à l'atrésie du col.

Mais, si le diagnostic était aisé, la question de thérapeutique était délicate et le choix de l'intervention discutable. Sachant que M. le professeur Le Dentu préparait actuellement un rapport à l'Académie de Médecine, sur les effets de la cautérisation intra-utérine par le chlorure de zinc, et ayant été prévenu de l'intérêt que ce cas pouvait lui présenter, je le priai de venir voir la malade et de me donner conseil, ce qu'il fit avec une grâce dont je ne saurais trop le remercier.

Le diagnostic posé fut vérifié et confirmé et il résulta de notre consultation : 1° qu'il fallait intervenir; 2° que la voie abdominale était préférable à la voie vaginale. La nécessité de l'intervention n'était pas discutable, la malade le comprenait tellement, qu'elle ne nous pardonnait guère le temps que nous perdions à l'examiner et à réfléchir. Mais pourquoi prendre la voie abdominale et rejeter la voie vaginale, où nous aurions pu nous borner à faire une ponction et à établir ainsi un orifice que nous aurions rendu permanent à l'aide d'un drainage mis à demeure?

Trois considérations nous firent rejeter la voie vaginale :

1° Il était difficile de dire où était exactement le col utérin au milieu des cicatrices qui bridaient le fond du vagin; notre ponction eût risqué d'être aveugle, c'est-à-dire inutile et peut-être dangereuse ;

2° Il y avait d'autres lésions, probablement salpingées, en dehors des lésions utérines, et il était impossible de prévoir quelles étaient l'étendue et la nature de ces lésions;

3° Enfin, il était à craindre que l'utérus ne fût pas distendu purement et simplement par la rétention d'un liquide pathologique; et étant donné la rareté des métrites simples à l'âge avancé de notre malade, nous pouvions redouter de trouver un utérus malade lui-même et probablement fibromateux.

L'incertitude du diagnostic anatomique nous dictait de choisir, comme voie d'intervention, la voie la plus éclairée, c'est-à-dire la voie abdominale, quitte, une fois l'incision faite, à déterminer comment se terminerait l'acte opératoire.

L'opération fut faite avec l'aide de M. Le Dentu. Après l'ouverture de l'abdomen, nous reconnûmes la présence de l'utérus volumineux et distendu que le toucher nous avait déjà fait connaître. Une saillie arrondie, située à la face antérieure de l'organe, nous confirma dans le diagnostic d'utérus fibromateux, et séance tenante, nous décidâmes l'extirpation totale. De longues pinces furent placées sur les ligaments larges qui furent liés et sectionnés, et les annexes furent extirpées à droite et à gauche. De ce côté, la trompe, très dilatée et très adhérente, descendait dans le cul-de-sac de Douglas. L'utérus, bien que libéré ainsi sur les côtés, était difficilement attiré entre les lèvres de la plaie. Il fut alors incisé, vidé du liquide visqueux et noirâtre qu'il contenait, un lien élastique put être placé, et un drainage vagino-utérin fut établi après perforation du haut en bas du col oblitéré.

A ce moment de l'opération, une hémorrhagie eut lieu sur le côté gauche de l'utérus, au-dessous du pédicule. Des pinces furent inutilement placées, il existait là un tissu friable, ramolli, sans consistance aucune, et dans lequel la pince s'enfonçait sans pouvoir trouver prise. L'hémorrhagie continuant très forte, la cavité fut vidée et tamponnée, mais la malade avait perdu une grande quantité de sang. L'opération fut terminée par la fixation du pédicule au dehors, et la suture de la paroi abdominale.

L'examen des pièces enlevées nous réservait une surprise inattendue : l'utérus distendu présentait une muqueuse friable, dégénérée et ramollie ; en haut et à gauche, existait un noyau arrondi et pulpeux, de nature évidemment épithéliale, et au milieu des parois très épaissies (3 centimètres environ), se trouvait un deuxième noyau également cancéreux, saillant au dehors, noyau qu'au cours de l'opération, nous avions pris pour un nodule fibromateux. Les trompes, et surtout la gauche, étaient distendues par du liquide sanguinolent.

L'hémorrhagie très abondante qui avait eu lieu à la fin de l'opération, l'impossibilité de placer une pince sur un vaisseau nettement ouvert, nous faisaient craindre de voir ternir une statistique de vingt laparotomies, jusqu'ici vierge d'accidents. La malade succomba, en effet, dans la nuit, sans avoir pu surmonter l'épuisement dû à l'hémorrhagie. Son pouls, devenu à peine perceptible, ne se releva pas, malgré les stimulants de toute sorte qui lui furent prodigués.

L'autopsie nous révéla l'explication de cette hémorrhagie imprévue. Toute la partie inférieure gauche du petit bassin était infiltrée d'un tissu gélatineux, de consistance myxoïde et que l'examen histologique nous démontra être de nature épithéliale. Au milieu de ce tissu mou, se trouvaient les veines péri-utérines altérées et très dilatées, dont les parois friables se déchiraient sous la moindre pression (1).

(1) Nous pûmes également constater un fait rare, dans l'histoire des

Ainsi donc, il s'agissait d'un épithélioma de l'utérus, dont le diagnostic préalable avait été rendu impossible, parce que la cautérisation avait fait disparaître les traces extérieures du corps du délit.

Mais de ce fait, tristement instructif, nous devons tirer une conclusion : c'est que, dans le cas d'infiltration cancéreuse du col de l'utérus, l'introduction d'un bâton de chlorure de zinc peut être suivie d'une destruction complète du col dégénéré, et laisser à sa suite une atrésie absolue et complète, dangereuse par la rétention des liquides sécrétés, qui, n'ayant plus d'issue, vont se collecter dans la cavité utérine et dans les trompes.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la diphthérie à l'hôpital d'enfants de Strasbourg

D'APRÈS UN MÉMOIRE DU PROFESSEUR KOHT (1)

Le nombre des cas de diphthérie soignés de 1879 à 1889, à l'hôpital d'enfants de Strasbourg, ne s'élève pas à moins de 938. C'est d'après ces 938 observations que Koht expose la pratique qu'il suit actuellement relativement à l'angine, l'infection générale, les accidents de suffocation, la néphrite et la paralysie diphthéritiques. Les résultats obtenus ont été assez favorables. Le chiffre des guérisons s'élève, pour l'ensemble, à 53,3 p. 100. Pour les enfants trachéotomisés, il atteint encore 38,2 p. 100.

1° *Traitement de l'angine.* — Le traitement ordinaire de l'angine consiste dans l'application d'une cravate de glace et dans des inhalations soit de glycérine au quart, soit de solution de chlorure de sodium à 1 p. 100. Chez les enfants très jeunes qui ne peuvent faire les inhalations, on a recours à des pulvérisations faites avec ces mêmes solutions. Au point de vue des applications locales, Koht distingue deux formes; celle où les fausses membranes sont peu épaisses et en quelque sorte infiltrées dans la muqueuse, et celle où elles forment un enduit marqué et épais. Dans le premier cas, il a recours aux badigeonnages faits trois fois par jour avec la solution de chinoline à 5 p. 100; il est bien rare qu'on n'arrive pas très vite à limiter la propagation des membranes; l'effet thérapeutique est d'autant plus incontestable qu'on voit souvent cette propagation reprendre si l'on suspend le médicament. Contre les fausses membranes épaisses et volumineuses, il emploie les inhalations et les badigeonnages avec la solution de papaïne à 5 p. 100. Quand on peut en répéter l'emploi toutes les cinq à dix minutes, l'effet de dissolution est si puissant que, en quelques heures, la gorge se débarrasse et que la guérison semble obtenue. On doit cependant être prévenu que cet aspect satisfaisant de la gorge ne met pas à l'abri des complications ultérieures, et en particulier des paralysies diphthéritiques.

2° *Infection générale.* — L'infection générale est combattue par une alimentation aussi riche que possible, et surtout par le vin donné en grande quantité. Décider les enfants à s'alimenter est souvent difficile. L'emploi de la sonde serait assez pratique sans l'agitation qu'elle entraîne et les vomissements qui se produisent souvent au moment où on la retire. Les lavements alimentaires ne constituent qu'une ressource momentanée. Dans les diphthéries avec températures élevées, Koht emploie, pour combattre la fièvre, soit des bains tièdes, soit l'enveloppement dans une couverture mouillée.

3° *Accidents de suffocation.* — La trachéotomie semble seule employée, et Koht ne discute même pas l'intubation. Il insiste sur la nécessité fréquente où l'on se trouve de laisser longtemps la canule, dix, seize jours et plus. Plus les enfants sont jeunes, plus l'ablation précoce de la canule offre de difficulté.

4° *Néphrites.* — Les néphrites sont extrêmement fréquentes au cours de la diphthérie. Il est heureusement exceptionnel qu'elles passent à l'état chronique. Elles n'en constituent pas moins un danger sérieux ainsi qu'une grande gêne pour le traitement. Koht montre quelle réserve elles doivent imposer au point de vue thérapeutique. L'administration de petites doses de chlorate de potasse, en particulier, a été suivie d'accidents toxiques mortels. Cette remarque de Koht est d'une grande importance. Ajoutons que les modifications que le traitement de la diphthérie doit subir, dans le cas de complications rénales, sont un sérieux embarras pour le praticien et mériteraient d'être étudiées plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Faut-il, au risque d'aggraver l'inflammation rénale, persister dans l'emploi du vin, de l'alcool, du café, etc.? Faut-il, au contraire, au risque de laisser l'enfant s'affaiblir, se borner au lait seul? Ce sont là des indications et contre-indications délicates, où il faut évidemment tenir compte de l'intensité de la néphrite et du degré de l'infection générale, de la période de la maladie, de la façon dont l'enfant accepte le lait. Mais cette importante question pratique est encore malheureusement bien loin d'être résolue.

5° *Paralysies diphthéritiques.* — Les paralysies diphthéritiques limitées au pharynx, aux muscles de l'œil, aux extrémités supérieures, n'exigent souvent, pour guérir, qu'un régime fortifiant, un peu de fer, quelques séances d'électrisation ou quelques bains salés. Celles qui frappent les muscles du larynx surviennent surtout après la trachéotomie et doivent être bien connues, car elles retardent souvent l'enlèvement de la canule et peuvent forcer à la remettre ultérieurement. L'électricité constitue encore contre elles la principale ressource. Les troubles de la déglutition, par l'inanition qu'ils entraînent, deviennent souvent sérieux. En donnant des aliments en bouillies, en essayant de les donner ou froids ou chauds, en les variant beaucoup, on peut parfois parvenir à éviter l'emploi de la sonde. Si cet emploi devient indispensable, Koht introduit la sonde trois à quatre fois par jour, et verse chaque fois dans l'estomac un quart de litre de lait additionné d'un jaune d'œuf et d'une cuillerée de cognac. La morphine constitue un moyen utile de calmer l'agitation et de prévenir les vomissements qui accompagnent le cathétérisme. Les lavements alimentaires sont d'ordinaire conservés trop peu de temps, surtout chez les jeunes enfants, pour pouvoir être absorbés. Enfin, dans les formes sérieuses avec arythmie cardiaque, les injections de strychnine constituent le moyen le moins infidèle. Dans ces formes, le danger d'une mort subite, alors même que l'enfant paraîtra entré en pleine convalescence, devra toujours être prévu et indiqué par le praticien.

---

cancers utérins, c'était l'existence d'une chaîne ininterrompue de ganglions cancéreux et mous, allant jusqu'à l'embouchure du canal thoracique, jusque dans le creux sus-claviculaire gauche.

(1) *Zeitschr. f. Klin. Med.*, vol. XVII, p. 101.

Telles sont les principales règles adoptées par Koht dans le traitement des diverses formes de la diphthérie. Alors même que l'on préférerait aux médicaments qu'il indique tels ou tels autres moyens, deux règles générales de sa pratique sont d'une grande justesse et mériteront toujours d'être conservées : 1° distinction, dans le traitement local de l'angine, entre les formes avec infiltration légère et les formes pseudo-membraneuses épaisses, le traitement local devant être beaucoup moins énergique dans les premières que dans les secondes; 2° nécessité d'assurer avant tout l'alimentation de l'enfant. Cette dernière règle surtout offre une importance capitale. Le plus grand nombre des médicaments internes, si souvent préconisés contre la diphthérie, sont, par le fait qu'ils fatiguent l'estomac et entravent l'appétit, bien plus nuisibles qu'utiles. Ils doivent être impitoyablement rejetés.

Dr A.-F. Plicque,
Ancien interne des hôpitaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 novembre 1890. — Présidence de M. Nicaise.

COMMUNICATION

Traitement des tumeurs fibreuses utérines. — **M. Richelot** lit un travail sur la thérapeutique des fibromes utérins. Il passe successivement en revue l'électrothérapie, la castration ovarienne et l'hystérectomie.

L'électrothérapie n'est qu'un moyen palliatif, qui peut rendre des services, qui en a rendu d'incontestables, mais qui n'a jamais guéri radicalement une tumeur fibreuse.

La castration ovarienne est également un moyen palliatif, mais parfois aussi curatif. Elle n'est pas dangereuse, souvent elle échoue. Il ne reste plus alors qu'une ressource, l'hystérectomie.

Ces divers moyens de traitement ne doivent pas être employés, d'ailleurs, sans discernement; aucun d'eux ne convient à tous les cas. Il en est où, évidemment, la castration ovarienne constitue un moyen efficace et simple, et où elle doit être choisie de préférence à tout autre mode de traitement, ainsi que cela résulte de la discussion qui a eu lieu sur ce sujet à la Société de chirurgie (voy. *Gazette des hôpitaux*, mai et juin 1888). Mais dans les cas où elle est contre-indiquée, dans les cas où elle a échoué, il ne faut plus hésiter, comme autrefois, à recourir à l'hystérectomie abdominale.

Cette opération est, en effet, aujourd'hui, beaucoup moins grave; elle ne doit plus être un épouvantail et on peut dire que sa gravité ne dépasse pas sensiblement celle de l'ovariotomie. Elle est seulement plus laborieuse, et demande un peu plus de travail et de temps. C'était surtout le traitement du pédicule qui faisait la différence de la gravité de l'hystérectomie comparée à l'ovariotomie; car on fixait le pédicule au dehors, tandis qu'aujourd'hui, grâce à la ligature élastique perdue, on peut rentrer le pédicule comme dans l'ovariotomie.

M. Richelot insiste particulièrement sur ce traitement intra-péritonéal du pédicule et décrit la façon dont il y procède; il emploie un cordon de caoutchouc plein; une fois ce cordon placé autour du pédicule de la tumeur, il commence par couper celle-ci assez au-dessus de la ligature, puis façonne le moignon; il résèque la partie restante du fibrome, réduit le plus possible le moignon; une seule fois il avait 6 centimètres de diamètre; dans tous les autres cas il a pu le réduire à moins; il a soin de ne pas prendre la vessie dans la ligature, mais celle-ci peut être placée tout près d'elle et même, au besoin, la vessie peut être décollée sur une certaine étendue. Pour éviter toute hémorrhagie secondaire, il passe un fil de soie dans chaque ligament large; il détruit tout le bord de la muqueuse avec le thermocautère et passe également le couteau rougi sur toute la surface utérine. Afin d'éviter ultérieurement tout étranglement intestinal, il a soin, une fois la toilette du pédicule achevée, d'étaler l'épiploon sur la surface utérine, afin de la séparer de l'intestin. Il fait ensuite la suture à étages de la paroi abdominale. Depuis que M. Richelot a recours à ce mode de suture, il n'a pas eu à constater un seul cas de cicatrice difforme ni d'éventration.

M. Richelot fait suivre cette description du procédé opératoire qu'il emploie, de 16 observations personnelles, sur lesquelles il a eu 13 cas heureux et 3 décès. Dans les deux premiers cas, il avait fixé le pédicule à la paroi abdominale; les malades ont eu de la fièvre et ont présenté des accidents assez graves. Depuis, il a toujours eu recours au traitement intra-péritonéal du pédicule en employant le procédé qu'il vient de décrire. Il a eu des cas plus ou moins difficiles, plus ou moins laborieux; mais chez toutes ses malades, les suites ont été plus simples et la guérison plus rapide qu'avec le traitement extra-péritonéal du pédicule. Il n'a jamais eu à constater d'hémorrhagies secondaires.

M. Richelot a eu trois décès. L'une de ces trois malades, chez laquelle l'opération et ses suites n'avaient pas présenté de gravité particulière, est morte au quarantième jour d'affaiblissement graduel et d'épuisement. La seconde malade, chez laquelle l'opération avait été très laborieuse, a succombé le cinquième jour à une occlusion intestinale et avec un certain degré de péritonite adhésive. Dans ce cas, M. Richelot a regretté de n'avoir pas fait une laparotomie secondaire. La troisième malade est morte de congestion pulmonaire. En résumé, dans ces trois opérations graves, l'insuccès a été dû à des causes d'ordre général et non à l'hystérectomie abdominale elle-même.

M. Richelot termine sa communication par les conclusions suivantes :

Dans le traitement des fibromes utérins, l'électrothérapie constitue un bon moyen palliatif, qui peut rendre des services à des malades atteintes de fibromes qui leur permettent de vivre sans danger;

La castration ovarienne réussit plus souvent, mais elle a aussi ses échecs. Elle est, d'ailleurs, peu dangereuse;

L'hystérectomie abdominale, dans beaucoup de cas, s'impose comme la seule ressource qui reste aux malades. Elle est infiniment moins dangereuse aujourd'hui, et sa gravité ne dépasse pas sensiblement celle de l'ovariotomie;

Enfin, une maladie aussi complexe ne saurait réclamer un traitement unique, et chaque cas présente ses indications spéciales, parmi lesquelles l'électrothérapie doit être prise en sérieuse considération.

M. Bouilly veut insister sur le côté opératoire de l'importante question soulevée par M. Richelot. Il n'est pas aussi radical que son collègue au point de vue du choix de la méthode intra-péritonéale dans le traitement du pédicule des fibromes utérins, au cours de l'hystérectomie abdominale. Ce mode de traitement n'est pas applicable à tous les cas, et il en est un certain nombre dans lesquels on est véritablement obligé de recourir à la méthode extra-péritonéale. Même avec cette méthode, le pronostic des hystérectomies abdominales s'est singulièrement modifié depuis quelque temps et se rapproche sensiblement de celui des ovariotomies. Ainsi M. Bouilly a pratiqué huit hystérectomies par ce procédé, et les suites de ces opérations ont été aussi simples qu'après des laparotomies pour ovariotomies. Dans beaucoup de cas, on aura donc avantage à conserver la méthode extra-péritonéale. Si l'on a soin de réduire, le plus possible, le bord muqueux du fibrome, d'obtenir une véritable dessiccation du moignon en le cautérisant avec le thermocautère et en y faisant une large application de poudre de tannin et d'iodoforme, on a alors un petit pédicule noir, sec, véritablement tanné et ne donnant pas de suppuration. L'élimination en est seulement un peu retardée; c'est là le seul point défectueux. Mais les malades n'ont pas plus de fièvre. On fait le premier pansement seulement après huit jours. Le pédicule tombe généralement entre le vingt-deuxième et le trentième jour. Dans ses observations, M. Bouilly

n'a pas eu à constater d'accidents attribuables à ce procédé de pédiculisation extra-péritonéale. C'est un procédé moins brillant, moins flatteur que l'autre, mais peut-être plus sûr.

Pour M. Bouilly, comme pour M. Richelot, les progrès très notables, accomplis dans l'hystérectomie abdominale, sont dus à l'application du tube élastique, à la base de la tumeur, et à une meilleure antisepsie.

M. TERRILLON rappelle avoir déjà attiré l'attention de la Société sur cette question qu'il a traitée, d'ailleurs, complètement dans ses Cliniques et qui a été reprise, après lui, par Trœbe et par d'autres. Il a opéré 28 ou 29 malades par la méthode intra-péritonéale ; sur ce nombre, il a eu 3 décès par accidents spéciaux. Mais ce qui ressort de sa pratique, c'est que chaque fois que l'on peut fixer la ligature élastique aussi près que possible du col de l'utérus et obtenir un petit pédicule, on a des résultats merveilleux ; on ne constate ni fièvre, ni aucune réaction.

Un second fait à retenir, c'est le rôle important que joue la désinfection de la cavité utérine et du moignon. M. Terrillon, pour obtenir cette désinfection, abrase la muqueuse jusqu'au caoutchouc, cautérise le moignon au thermocautère et le touche avec une éponge trempée dans une solution de sublimé à 2 ou 3 p. 1000. On a, dans ces cas, des accidents quand on a affaire à un gros pédicule ; c'est pourquoi il faut s'appliquer à l'amoindrir le plus possible, à le réduire, à le creuser, à en énucléer la plus grande partie possible.

C'est ainsi que, même avec de gros pédicules, on peut arriver à de bons résultats. Il est un troisième point important, c'est que le moignon soit bien disposé. Lorsqu'on a fait la toilette du moignon, il faut avoir soin de le bien placer pour éviter des accidents ultérieurs d'étranglement intestinal.

Il importe également de faire très attention à la vessie. Il n'y a pas d'inconvénients à la décoller dans une étendue de 2 à 4 centimètres, pour pouvoir placer le tube de caoutchouc dans de bonnes conditions. Il arrive, parfois, qu'ultérieurement ce tube de caoutchouc tend à s'éliminer par le col et par le vagin. C'est ainsi que M. Terrillon a opéré une malade, qui, deux ou trois mois après, fut prise de douleurs dans le bassin et d'un écoulement jaunâtre par le vagin. En l'examinant au spéculum, il trouva le tube de caoutchouc qui était le point de départ de cette suppuration. L'ablation de ce tube fit aussitôt cesser tous les accidents.

Quant à la méthode extra-péritonéale, qui a bien aussi ses avantages, M. Terrillon a eu, avec elle, des accidents au début de sa pratique. Ces accidents étaient dus à l'antisepsie incomplète du moignon. Il faut qu'il soit absolument desséché. On arrive à ce résultat à l'aide du thermocautère et de l'emploi du tannin. Grâce à ces précautions, la méthode extra-péritonéale constitue aujourd'hui également une très bonne méthode.

M. POZZI trouve exagéré de comparer le pronostic de l'hystérectomie abdominale avec celui de l'ovariotomie. Il existe encore, entre ces deux opérations, de très grandes différences et l'on ne saurait établir non plus de comparaison, entre les corps fibreux eux-mêmes, selon leur siège, leur point de départ, leur volume, leur pédiculisation plus ou moins facile. On peut compter sur un pronostic favorable, si l'on a affaire à un corps fibreux facilement pédiculisable et sus-ligamentaire ; on doit craindre, au contraire, un pronostic très grave lorsqu'il s'agit d'un corps fibreux intra-ligamentaire et à large implantation. On ne saurait appliquer le même traitement à tous ces cas dissemblables.

Dans les corps fibreux facilement pédiculisables et sous-péritonéaux, le traitement intra-péritonéal est le meilleur. Toutefois, si l'on prend en bloc tous les cas, l'avantage se trouve en faveur de la méthode extra-péritonéale. C'est, en effet, le traitement qui convient aux cas graves. Quand il s'agit d'un pédicule large, saignant facilement, quand la cavité utérine est largement ouverte, on n'est jamais sûrement à l'abri ni des hémorrhagies consécutives, ni de l'infection secondaire. Or, c'est précisément le traitement extra-péritonéal qui met à l'abri de ce double danger. Cela est tellement vrai que les promoteurs eux-mêmes de la ligature élastique perdue, Czerny, Olshausen, l'ont abandonnée pour revenir au pédicule extra-péritonéal. On a eu des mécomptes, on a vu se produire des abcès pelviens, des accidents très graves, plusieurs semaines, ou même plusieurs mois, après les opérations par le procédé intra-péritonéal.

M. Pozzi rappelle avoir le premier, en France, vanté la ligature élastique dans le traitement des pédicules des fibromes utérins. On peut, lorsqu'on a recours à la méthode extra-péritonéale, réduire notablement le pédicule ; il est très important de le tanner. Il est vrai qu'ainsi desséché il tombe plus tardivement. M. Pozzi s'est appliqué à en hâter la chute par une traction modérée continue.

Il est une troisième méthode dont on n'a pas parlé encore dans cette discussion, c'est celle qui consiste dans l'hystérectomie totale, c'est-à-dire dans l'ablation de tout l'utérus, y compris le col. Il y a eu, à ce sujet, une série d'observations de l'autre côté du Rhin ; jusqu'ici, cette méthode a donné 8 morts sur 30 cas. Enfin, il y a aussi le traitement mixte du pédicule, traitement qui consiste à le fixer aussi près que possible de la paroi abdominale, sans le mettre tout à fait dehors.

En résumé, le traitement chirurgical des fibromes utérins est un traitement très complexe ; les indications varient selon les cas. C'est pourquoi on ne saurait comparer ce traitement, si complexe et si variable avec celui des kystes ovariques.

M. TERRIER n'admet pas qu'on puisse comparer la gravité du pronostic de l'hystérectomie abdominale avec celle du pronostic de l'ovariotomie. On peut établir, il est vrai, une certaine analogie entre ces deux opérations, lorsqu'il s'agit d'un fibrome à pédicule haut, facilement pédiculisable, et dont l'extraction n'a pas entraîné l'ouverture de la cavité utérine. Alors il n'y a pas de différences capitales, au point de vue du pronostic, entre cette opération et l'ovariotomie. Mais il est loin d'en être toujours ainsi, et lorsqu'on a dû ouvrir la cavité utérine, on ne peut plus jamais être sûr de l'asepsie et de la non-infection ultérieure de cette cavité. On a beau la gratter, la cautériser, on n'est jamais certain de sa désinfection. On se trouve alors en présence de certains dangers possibles et, dans ces conditions, il est plus prudent de laisser le pédicule dehors que de le mettre dedans. M. Terrier cite deux observations dans lesquelles il a eu recours à la ligature élastique perdue et à la méthode intra-péritonéale : dans le premier cas, il a obtenu un succès merveilleux. Dans le second cas, il s'agissait d'une jeune fille, vierge, dont, par conséquent, il n'avait pu assurer l'asepsie vaginale, qui a été très bien pendant les quatre premiers jours après l'opération et qui a été prise d'une septicémie effroyable, qui l'a emportée en quelques heures. M. Terrier ne veut pas tirer de conclusions de ces deux faits. La ligature perdue et la réduction intra-péritonéale du pédicule lui paraissent indiquées quand il s'agit d'un pédicule petit se trouvant sur le corps même de l'utérus, d'un fibrome pédiculisé sur le fond de l'utérus. En pareil cas, on peut agir exactement comme dans l'ovariotomie et se contenter même de serrer ce pédicule entre un double fil de soie. Les choses se passent comme dans l'ovariotomie au point de vue de la simplicité des suites. M. Terrier reconnaît également que la ligature élastique perdue a aussi ses indications. Mais lorsqu'il s'agit de fibromes inclus dans les ligaments larges, de pédicules saignants, il devient impossible de comparer entre eux tous ces faits. On sait qu'il y a des malades qui meurent d'hémorrhagies secondaires. Aussi, toutes les fois que l'excison doit porter sur la cavité utérine, M. Terrier préfère-t-il laisser le pédicule dehors, à condition de le rendre sec et dur, de le dessécher, de le momifier, pour ainsi dire, à l'aide de l'un des moyens dont on a parlé. Il est juste d'ajouter que l'on voit parfois se produire ultérieurement des éventrations à la suite de ces opérations.

M. TERRILLON rappelle que, dans les cas dont il a parlé, il a toujours eu en vue l'hystérectomie sus-vaginale, avec ouverture de la cavité utérine.

LECTURE

Laparotomie pour coup de feu de l'abdomen. — M. FONTAN (de Toulon) lit une observation de laparotomie pratiquée soixante-six heures après un coup de feu de l'abdomen, en pleine péritonite suppurée et suivie de guérison. (Comm. MM. Bouilly, Nélaton et Jalaguier.)

PRÉSENTATIONS

Chéiloplastie par la méthode de Taggliacozzi. — M. BERGER présente un malade dont la lèvre supérieure avait été détruite par des accidents tertiaires et auquel il a refait cette lèvre, à l'aide d'un lambeau pris sur le bras, par la méthode de Taggliacozzi modifiée. Cet homme a eu le bras gauche fixé à la tête pendant dix-neuf jours. Le résultat est des plus satisfaisants.

Cure radicale d'une éventration. — M. LE DENTU présente une paroi abdominale presque complète, qu'il vient d'enlever sur une jeune femme de vingt-neuf ans qui, à la suite de couches, a été atteinte d'une énorme éventration, et qui souffrait beaucoup des phénomènes d'entéroptose qui en résultaient. M. Le Dentu lui a fait la cure radicale de cette éventration en faisant une incision sur la ligne blanche, qui lui a permis d'introduire une éponge pour refouler et protéger les intestins, puis en sectionnant latéralement les téguments et le péritoine dans une grande étendue, entre le pubis et la région épigastrique. Il a fait ensuite une suture en masse. Les suites de cette intervention ont été des plus simples et la malade va très bien.

M. REYNIER a pratiqué la même opération chez une malade qui avait eu une laparotomie pour ovariotomie. Cette femme était arrivée à l'hôpital en portant ses intestins dans son tablier. M. Picqué, qui se trouvait là, lui lava ses intestins et les lui rentra. M. Reynier lui pratiqua, quelques jours après, la cure radicale de son éventration. Tout alla bien pendant quelque temps, mais cette éventration tend à se reproduire.

M. TERRIER fait observer que n'a pas d'éventration qui veut. Lorsqu'il s'agit de vieilles femmes, en dégénérescence graisseuse, il faut bien surveiller ces malades au point de vue de l'éventration. Celle-ci dépend du sujet et non du chirurgien. Toutefois, il est hors de doute qu'avec la suture à étages, on a beaucoup moins de chances de voir se produire ces éventrations ultérieures.

Néphrectomie. — M. PICQUÉ présente un rein qui était atteint d'hydronéphrose considérable et qu'il a enlevé en totalité par la voie transpéritonéale. (Comm. M. Segond.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 novembre 1890, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Bonnafy.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Caradec, Frison, Maurin et Baissade.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Girard, Laborde, Mazet, Duville, Le Gac, Thomas, Leclerc, Ménier, Babot.

— Par décret, en date du 8 novembre 1890, M. Rousselin, ancien médecin de deuxième classe de la marine, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— L'École principale du service de santé de la marine a été officiellement inaugurée à Bordeaux, mercredi dernier.

— Le concours de la médaille d'or des internes des asiles d'aliénés de la Seine vient de se terminer par la nomination de M. Marie, interne de deuxième année.

— *Hôpitaux de Nancy.* — A la suite des derniers concours ont été nommés :

Internes : MM. Sterne, Weill, Koehler, Lang, Étienne.

Internes provisoires : MM. Dreyfus, Thierry, Blaise, Wilhelm.

Externes : MM. Volpert, Jacques, Strauss, Renard, Guédon, Roger, Masson, Renaud, Fuscher, Schwandier, Colin.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Moitessier est délégué dans les fonctions de chef des travaux cliniques, en remplacement de M. Ville, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Guérin, agrégé, est nommé directeur du laboratoire des cliniques, en remplacement de M. Dorez, dont la délégation est expirée.

M. Chevalot est délégué dans les fonctions d'aide d'anatomie, pendant la durée du congé accordé à M. Dumont.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Guilbaud est nommé aide de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Lenoir, démissionnaire.

— La source d'eau minérale dite « Yvonne », alimentant un établissement thermal sur le territoire de la commune de Chatelguyon, est déclarée d'intérêt public. — Il est attribué à cette source un périmètre de protection sous forme d'un cercle de 20 mètres de rayon, ayant son centre à la source et une étendue de 12 ares 57 centiares.

— M. le professeur Tarnier commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie, le mardi 11 novembre 1890, à neuf heures du matin (clinique d'accouchements, rue d'Assas), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : mardi et samedi, leçons à l'amphithéâtre; visite des malades tous les matins, à huit heures et demie.

— M. le professeur Le Dentu commencera le cours de clinique chirurgicale, le mardi 11 novembre 1890, à neuf heures et demie du matin (hôpital Necker), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Jaccoud reprendra son cours de clinique médicale le mardi 11 novembre, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Verneuil commencera le cours de clinique chirurgicale, le mardi 11 novembre 1890, à dix heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Gautier commencera le cours de chimie médicale le mardi 11 novembre, à une heure (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. Letulle, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique le mardi 11 novembre, à quatre heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. Maygrier, agrégé, commencera les conférences d'obstétrique le mardi 11 novembre, à cinq heures (grand amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Peter commencera son cours de clinique médicale le mercredi 12 novembre, à neuf heures et demie, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

— M. le professeur Guyon commencera le cours de clinique des maladies des voies urinaires le mercredi 12 novembre, à neuf heures et demie (hôpital Necker), et le continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure.

— M. le professeur Lannelongue commencera le cours de pathologie chirurgicale le mercredi 12 novembre, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

— M. le professeur Dieulafoy commencera le cours de pathologie interne le jeudi 13 novembre, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

— M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le samedi 15 novembre, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Dans la première leçon le professeur résumera l'histoire de la période arabe et des médecins arabes.

— M. le professeur Ball commencera le cours de clinique des maladies mentales le dimanche 16 novembre à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

— M. le docteur Lavaux, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours sur les affections des voies urinaires, à l'École pratique (amphithéâtre Cruveilhier), le mardi 18 novembre, à deux heures, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— Poste médical à céder pour cause de santé, à Gennes (Maine-et-Loire). Pays riche à proximité du chemin de fer. Clientèle rapportant environ 10 000 francs. On fait la pharmacie.

Le successeur serait tenu de prendre à prix coûtant la maison du titulaire. — S'adresser à M. le docteur Vidal, à Gennes (Maine-et-Loire).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Congrès international d'hydrologie et de climatologie (2e session). 1 vol. gr. in-8°, cartonné, de 500 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

Manuel de médecine antiseptique, applications de l'acide phénique et de ses composés, par le docteur Déclat. 1 vol. in-12 de 500 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Des nœvi pigmentaires (taches de naissance, lignes, envies), anatomie descriptive et microscopique, pathogénie et traitement, par M.-L.-A. Hugues, ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Clinique d'accouchement et de gynécologie. 1 broch. de 165 pages, avec fig. dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Étude clinique sur la maladie de Thomsen, par le docteur Francisque Déléage, ancien interne des hôpitaux, médaille de bronze de l'Assistance publique. 1 broch. in-8° de 150 pages avec 11 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Revue critique des congrès d'hygiène et d'assistance (Paris, 1889), par le docteur Drouinaud, inspecteur général des établissements de bienfaisance. 1 broch. in-8° de 125 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 130. — JEUDI 13 NOVEMBRE 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 13 NOVEMBRE 1890. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Brouardel, en prenant part à la discussion sur la dépopulation de la France, a le premier porté la question sur le terrain seul de l'hygiène prophylactique. Sans phrases, sans prétentions oratoires, mais avec une logique et une rigueur scientifique parfaites, l'éminent doyen de la Faculté a montré l'une des causes du mal et, ce qui vaut mieux, les moyens de le combattre, moyens dont l'application est facile et l'efficacité certaine, ainsi que le prouvent surabondamment les chiffres qu'il a cités et dont l'éloquence ne laisse rien à désirer. L'importante argumentation de M. Brouardel, qu'on trouvera au compte rendu, se résume à ceci : Avant de chercher à augmenter les naissances, travaillons d'abord à empêcher les vivants, et surtout les jeunes vivants, de mourir. La variole et la fièvre typhoïde nous enlèvent encore par an plus de 30000 sujets, âgés de moins de trente ans. Or, ces 30000 sujets, dans la force de l'âge, et de l'âge le plus favorable à la reproduction, pourraient être conservés à la France par ces deux mesures prophylactiques dont l'efficacité n'est plus à démontrer : la vaccination obligatoire et l'usage alimentaire de l'eau non souillée.

Pour la vaccine obligatoire, tout le monde est absolument d'accord, et la nécessité d'une loi s'impose. Quant à l'usage de l'eau de source pour prévenir la propagation de la fièvre typhoïde, il reste encore quelques dissidents au sujet de l'importance étiologique de l'eau de boisson ; il est hors de doute, cependant, que si l'eau souillée n'est pas la cause unique de cette maladie, elle en est au moins le moyen de propagation le plus important et le plus fréquent. On ne saurait donc hésiter à entrer largement dans cette voie de l'hygiène prophylactique. L'Académie de médecine aura accompli son rôle en montrant le mal et en indiquant le remède. C'est maintenant au Parlement et aux pouvoirs publics à faire le reste.

Il ne fallait rien moins que le discours de M. Brouardel pour faire taire les conversations particulières qui se donnaient un trop libre cours pendant la lecture des rapports de prix.

Au début de la séance, M. Abadie a fait une communication sur le traitement de l'ophthalmie sympathique par la cautérisation au galvano-cautère. Les résultats obtenus par M. Abadie sont des plus encourageants, et l'on doit le féliciter d'avoir trouvé autre chose que l'énucléation d'un œil pour sauver l'autre.

Dans la prochaine séance, l'Académie se formera en comité secret, à quatre heures et demie, pour entendre la lecture du rapport de M. Terrier sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

La presse médicale — avec un ensemble remarquable et sans entente préalable — fait entendre ses doléances sur l'impôt dont sont menacées les spécialités pharmaceutiques.

S'il est vrai que l'annonce d'un impôt nouveau n'est jamais reçue avec enthousiasme, il est encore plus vrai qu'aucun impôt ne semble moins justifié que celui des *spécialités*, aucun n'est moins démocratique, aucun ne présente un caractère plus fâcheux, puisqu'il ne frappe que l'homme en état de maladie.

Ce projet d'impôt a été si mal étudié qu'on ne s'est pas rendu compte du préjudice porté à une industrie toute française. Pour le faire accepter de l'opinion publique, on a volontairement exalté les bénéfices des pharmaciens; on a mis en avant les exagérations de l'annonce pour mettre en suspicion les annonces honnêtes, mesurées et dignes — les seules dont nous acceptions l'insertion. On a été jusqu'à contester l'utilité des spécialités. Et sur cette pente d'incrédulité, on a fini par ne plus comprendre le rôle joué dans la médecine moderne par les spécialités pharmaceutiques.

Ce n'est certes pas à des médecins qu'il faut rappeler d'où est sortie la *spécialité*. Il ne faut pas avoir quitté les grandes villes pour ignorer à quel point d'insécurité étaient descendues certaines officines. Les préparations pharmaceutiques y étaient absolument impossibles. Et quel est celui de nous qui, forcé par la maladie d'absorber certains produits de ces officines, n'en a pas gardé le plus triste souvenir? Ce que ne pouvait faire un pharmacien de village ou de petite ville, des pharmaciens instruits l'ont exécuté. Des médicaments, préparés avec les procédés et les outil-

lages les plus perfectionnés, ont été mis à la disposition du corps médical. Le succès couronnait ces premiers essais entourés de toutes les garanties scientifiques. L'Académie de médecine ne marchandait point alors ses approbations. D'importantes pharmacies se fondaient; l'une d'elles se donnait même pour mission de préparer tous les médicaments appouvés par l'Académie. A tant d'efforts pour nous doter de parfaites préparations, avait répondu la fortune.

L'approbation académique faisait la fortune de celui qui l'avait obtenue. Mais il paraît qu'un corps savant n'est pas fait pour cela, quel que soit le mérite de l'inventeur. Et depuis lors, on n'a aucune peine à compter les approbations accordées par le cénacle de la rue des Saints-Pères.

De la pharmacie officielle l'envie ne tarda pas à descendre à l'officine. Après les jalousies mesquines, on en arriva à comprendre que, sous le soleil, il y a place pour tous. Et chacun se mit à l'œuvre, et chacun voulut avoir sa spécialité. Les unes étaient bonnes, elles réussirent; d'autres ne furent pas comprises. La concurrence aidant, les spécialités devinrent de plus en plus nombreuses, les succès plus rares et les élévations à la fortune moins rapides. Mais la légende était faite : la spécialité conduisait directement à la fortune.

Aujourd'hui on ne peut plus revenir aux médicaments grossiers de nos pères. Habitués à l'élégance des formes, à la perfection des produits, nous avons fait partager cette manière de voir à l'étranger, et la vente des spécialités hors du territoire est deux fois plus considérable qu'à l'intérieur. Et c'est ce moment que l'on choisit pour toucher à une industrie toute nationale, pour la troubler dans son exercice, lui imposer des entraves qui, si légères qu'on les veuille bien dire, n'en sont pas moins des entraves.

On croit véritablement rêver quand on voit nos gouvernants se complaire ainsi à tuer leurs poules aux œufs d'or. Mais ils ne le feront pas sans avoir été bien avertis de la fausse route où ils s'engagent. Les millions qu'ils rêvent ne sont pas là où ils affirment les trouver. Mais dussent-ils en trouver même une partie, ce n'est certes pas sur les malades qu'ils doivent frapper. Ils savent bien que jamais l'imposé ne paye l'impôt, mais bien le consommateur, et ici le consommateur de la spécialité est celui qui souffre.

En résumé, un ministre des finances peut se boucher les oreilles et nous laisser crier; mais les médecins sont nombreux au Parlement. S'ils ont quelque souci de nos intérêts, l'heure de le montrer est arrivée.

HOPITAL NECKER. — M. Peter.

I. Myocardite de la fièvre typhoïde. — II. Rhumatisme léger. — III. Délire alcoolique. — IV. Gastrite alcoolique.

I. J'ai examiné, en votre présence, une femme couchée au n° 1 de ma salle. C'est une surveillante qui a contracté la dothiénentérie dans le service.

Dans ma jeunesse, on refusait, aux examens de la Faculté de Médecine de Paris, les candidats au doctorat qui osaient dire que la fièvre typhoïde était contagieuse. La non-contagiosité était un dogme à cette époque. Malheur à qui n'y croyait pas!

Quoi qu'il en soit, je reviens à la malade qui est l'objet de cette leçon.

Cette femme, d'une santé délicate, d'un tempérament débile, s'était peut-être surmenée en remplissant ses laborieuses fonctions de surveillante, à un moment où il y avait beaucoup de malades dans les salles dont elle était chargée.

Des prodromes ont fait leur apparition et ont éveillé notre attention.

La surveillante se plaignait de céphalalgie. Elle était tombée dans un état de langueur dont elle ne pouvait sortir malgré ses efforts. L'appétit avait disparu. Quelques désordres intestinaux s'étaient produits. La langue, d'abord blanchâtre sur toute son étendue, n'avait pas tardé à devenir rouge sur la pointe et les bords. Le pouls était fréquent et dicrote. Il existait de la fièvre.

La possibilité d'une fièvre typhoïde avait été envisagée. La situation n'était pas grave. Le diagnostic fut définitivement tranché par l'apparition d'une légère éruption de taches rosées lenticulaires.

La malade s'est alitée le deuxième jour. Elle avait une dothiénentérie, d'ailleurs, légère. La température n'était pas très élevée. Il n'y avait pas de prostration. Cette femme avait conservé toute la plénitude de son intelligence, et c'est un point à noter. Elle a pu nous dire qu'elle avait ressenti, la nuit précédente, des douleurs aiguës au cœur. Les souffrances avaient même été assez vives pour l'empêcher de dormir.

Ce symptôme ne pouvait pas me laisser indifférent. Il exigeait un examen minutieux de la malade.

J'ai commencé par exercer une pression dans la région précordiale, au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux du côté droit. Cette pression n'a réveillé aucune douleur. En appuyant avec un doigt dans les mêmes espaces intercostaux du côté gauche, j'ai déterminé une souffrance vive.

Que signifiait cette douleur? S'agissait-il d'une douleur intercostale? Non, bien certainement. Les points douloureux de la névralgie intercostale n'existaient pas chez cette femme. En réalité, cette malade souffrait de son cœur. La douleur spontanée et celle que j'avais provoquée par la pression étaient sous la dépendance d'une myocardite développée au cours d'une dothiénentérie.

Cette femme a une fièvre typhoïde bénigne en apparence. Les phénomènes thoraciques sont à peu près nuls, les symptômes abdominaux peu développés, l'état général n'est pas mauvais, la fièvre est modérée, les fonctions cérébrales sont conservées et, cependant, la situation de la malade est grave. La gravité de cet état ressort de la constatation d'une douleur localisée au cœur.

Le muscle cardiaque est atteint. Or, l'expérience démontre que la myocardite, qui est due à la fièvre typhoïde, a une marche rapide. La mort par syncope peut survenir d'un instant à l'autre.

Ce cas est intéressant. Sommes-nous désarmés? Je pense qu'on peut être utile à la malade. Mais je vais continuer l'examen de la malade. L'auscultation m'a fait reconnaître l'existence d'un souffle au premier temps et à la pointe. Ce bruit de souffle n'existait pas auparavant, j'en ai la certitude. Il est le résultat de l'altération nouvelle. Il ne me semble pas douteux que cette femme ait une myocardite typhoïdique. Ce bruit morbide qui siège à la pointe n'est pas un souffle d'insuffisance mitrale produite par une lésion de l'endocarde. Il s'agit d'un souffle d'insuffisance mitrale par myocardite.

Je vous ai dit déjà que la thérapeutique n'était pas

impuissante et que surtout elle ne devait pas rester inactive. Il y a une indication thérapeutique qui s'impose, c'est l'application de trois ventouses scarifiées sur le cœur.

Nous pourrons ainsi décongestionner le myocarde. Nous continuerons à faire de la révulsion sur la région précordiale. Il est vraisemblable que le souffle et les douleurs disparaîtront.

A côté de ce cas intéressant, je dois vous en signaler un autre. Au n° 1 de la salle des hommes, est couché un homme atteint de fièvre typhoïde. Chez ce malade, l'adynamie domine. Il faut redouter aussi une myocardite, car cet homme présente des signes d'insuffisance cardiaque. La région précordiale est douloureuse à la pression. Les battements du cœur sont fréquents. Sa langue est sèche, sa voix enrouée. Ce malade a un laryngo-typhus. Son état est sérieux.

II. Vous avez pu voir un malade, entré ce matin, dans ma salle. Il a un rhumatisme léger, à fleur de peau. La fièvre est à peine marquée. Cet homme a les symptômes du rhumatisme blennorrhagique et cependant il n'a pas de chaudepisse.

Il présente une douleur localisée à la bourse séreuse, située au niveau de la patte d'oie, et des sensations douloureuses sur le trajet du tendon du biceps. Ses articulations n'ont aucune lésion.

On a dit que le rhumatisme des bourses séreuses était d'origine blennorrhagique. Ce n'est pas toujours vrai.

Cet homme n'a pas de fièvre. Son endocarde est indemne. Vous savez que le rhumatisme léger et qui ne siège pas dans un viscère n'est pas, ordinairement, accompagné de lésions valvulaires.

Les spécialistes qui s'occupent de maladies vénériennes sont disposés à tout rapporter à la syphilis ou à la blennorrhagie. Dès qu'ils rencontrent un cas léger de rhumatisme, ils pensent au rhumatisme blennorrhagique et ils se croient autorisés à affirmer l'existence de cette affection.

Il est parfaitement reconnu que le rhumatisme léger peut apparaître en l'absence de toute blennorrhagie.

Mais pour un rhumatisant tout est un prétexte à l'apparition d'une affection rhumatismale. Un rhumatisant a-t-il une blennorrhagie, qu'on peut voir éclater chez lui un rhumatisme léger, qui est dit blennorrhagique. La plupart des cas de rhumatisme léger ne sont pas d'origine blennorrhagique.

III. Je vous ai montré, en passant, un malade qui poussait des vociférations. Il parlait à tort et à travers. Son délire n'est pas continuel. Cette nuit, il a marmotté des mots : « C'est épatant ! » répétait-il.

C'est un garçon d'office. Or, vous n'ignorez pas que les gens qui font ce métier boivent beaucoup d'alcool. Ils ont l'habitude de vider le fond des bouteilles.

Cet homme est d'apparence chétive. Il a été faible pendant sa jeunesse. Il a vécu misérablement. L'alcool a eu sur lui plus de prise que sur tout autre individu.

C'est hier qu'il est entré à l'hôpital. Il avait l'air inconscient. Sa figure exprimait la tristesse. Son état, sur lequel je ne veux pas m'étendre, pouvait laisser supposer qu'il était atteint de méningite tuberculeuse. Mais l'examen le plus minutieux des poumons ne permettait pas de trouver les signes de tuberculose. Cette constatation avait sa valeur ; vous connaissez, en effet, la fréquence de la tuberculose des sommets des poumons, quand il existe des granulations tuberculeuses dans les méninges.

Cet homme ne vomissait pas ; il n'avait pas de céphalalgie. Son pouls était fréquent et très régulier. Ses mains étaient agitées d'un tremblement caractéristique. Ce malade n'était pas atteint de delirium tremens à proprement parler. Il avait du délire alcoolique. Il a passé de la tristesse à la gaieté la plus grande.

J'ai donc écarté, d'une façon absolue et définitive, le diagnostic de méningite tuberculeuse et je me suis rallié à celui de délire alcoolique.

Ce diagnostic m'a imposé un traitement, qui eût été tout autre s'il s'était agi d'une tuberculose méningée. Les révulsifs sont contre-indiqués chez ce malade. Nous devons le soumettre au traitement opiacé. Il faut lui donner de l'opium à hautes doses. Il est nécessaire de lui faire prendre 10, 20, 25 centigrammes d'extrait thébaïque.

Cet homme a déjà absorbé 5 centigrammes d'extrait thébaïque depuis son entrée à l'hôpital. J'ai interrompu le traitement opiacé, parce que le malade a déjà éprouvé une réelle amélioration.

IV. J'ai examiné, ce matin, un garçon de magasin assez vigoureux. Dans ce métier, on n'a pas ordinairement des habitudes alcooliques invétérées. Mais ce malade présente une particularité dans son existence. Il a vécu pendant quinze ans en Afrique. Or, vous savez que, dans ce climat, les hommes se livrent facilement à des abus de boissons. Ils fument beaucoup et font une énorme consommation de vin et surtout d'absinthe. Cet homme a commis des excès en Afrique, mais depuis son retour en France, il ne fume plus et il ne boit plus.

Il a maigri et a perdu ses forces, et présente quelques troubles stomacaux.

S'agit-il d'une gastrite alcoolique ? Ce malade ne souffre pas. Il ne présente aucune induration dans la région hépatique. Son estomac est souple.

Je ne crois pas que nous soyons en présence d'un cancer. Cet homme n'est pas cependant un dyspeptique. Je pense qu'il s'agit d'une gastrite alcoolique. Je vais le soumettre au régime lacté, et j'espère obtenir rapidement une amélioration.

GUÉRISON RAPIDE PAR TRANSFERT

D'UNE ANCIENNE PARAPLÉGIE D'ORIGINE DIPHTHÉRITIQUE, DATANT DE DIX-NEUF MOIS, CHEZ UNE FEMME NON HYSTÉRIQUE

Par M. J. Luys,

Membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité.

Au mois de février dernier, M. le docteur de Grissac, médecin à Argenteuil, m'adressa à ma consultation une de ses jeunes clientes, Mlle E..., atteinte d'une paraplégie complète, au traitement de laquelle il avait inutilement employé toutes les ressources dont la thérapeutique fait usage en de telles circonstances.

Je dois à son obligeance les renseignements suivants sur l'état de la malade :

Mlle E..., actuellement âgée de trente ans, vit dans sa famille dans d'excellentes conditions d'hygiène. Elle est intelligente et active et aime à s'occuper des détails de son intérieur.

Il n'y a aucune tare héréditaire ; le père, la mère et ses frères et sœurs n'ont jamais présenté aucune trace de troubles du sys-

tème nerveux. Quant à elle, elle a toujours vécu très tranquille, et est d'une bonne santé habituelle; elle est d'une constitution moyenne et d'apparence bien portante.

Au mois de juillet 1888, elle contracta une angine diphthéritique grave au chevet d'un de ses neveux qu'elle soigna avec un grand dévouement pendant le cours de sa maladie.

Malgré tous les soins dont il fut l'objet, le jeune enfant mourut, et quelques jours après une angine très intense, avec fausses membranes très épaisses couvrant le voile du palais, le pharynx et les amygdales, se déclara chez Mlle E... Un traitement énergique fut mis en œuvre et elle guérit au bout d'un mois. La convalescence fut longue et la débilité générale très accusée, si bien que vers le mois de septembre, la malade ne pouvait se tenir debout; elle éprouvait une grande difficulté pour avaler, le voile du palais était paralysé et complètement inexcitable, et quatre ou cinq fois par jour, survenaient des spasmes du pharynx avec crises de larmes.

En présence de cette débilité générale qui atteignait surtout les extrémités inférieures, une médication aussi active que vaine fut employée : les bains électriques au moyen de l'appareil Chardin, les chaînes métalliques, les massages, les affusions froides; l'administration du fer, de l'arséniate de soude, du bromure de potassium ne produisait aucun résultat appréciable.

La malade passa plusieurs mois dans le même état, faisant à grand'peine le tour de la table à l'aide du bras d'une personne qui la portait plutôt qu'elle ne la soutenait. Il est à noter que peu à peu, l'état mental de Mlle E..., qui était très ferme et très calme, commença à se modifier; sous le coup de sa situation stationnaire, elle devint triste, se découragea et eut des crises de larmes qui survenaient à propos des moindres contrariétés.

Au mois de mai 1889, elle vit en consultation un de nos confrères des hôpitaux de Paris qui reconnut qu'il s'agissait là d'un reste d'empoisonnement diphthéritique, compliqué d'un état nerveux, et comme il constatait en même temps un léger souffle à la pointe du cœur, au deuxième temps, il pensa qu'il y avait là un élément rhumatismal. Les douches furent suspendues. Mais quoi qu'on fît, la situation resta dans le statu quo, et la malade, fatiguée des médications diverses employées contre un mal qui durait toujours, manifestait le désir de ne plus suivre aucun traitement.

Cependant M. le docteur de Grissac, toujours à la piste de ce qui pouvait être utile à sa cliente, et vivement intéressé par l'efficacité des méthodes nouvelles dérivées de l'hypnotisme dont je lui avais parlé, décida Mlle E... à se confier à mes soins et à venir dans mon service se soumettre aux procédés que j'employais dans des situations analogues.

Mlle E... vint donc s'installer à la Charité, le 11 février 1890, et le 17 du même mois, après avoir subi cinq séances de transfert, la paralysie avait disparu, la malade pouvait abandonner ses béquilles, elle était guérie.

Au moment de son arrivée, la malade était complètement impotente des deux jambes; pour faire quelques pas, on était obligé de la soutenir sous les deux aisselles; étant assise sur un fauteuil, elle glissait et avait besoin d'être remontée par un aide; elle accusait des douleurs lombaires irradiées jusque dans les talons; pas d'incontinence d'urine, ni des matières; pas d'anesthésie cutanée; la malade se rend très bien compte des endroits que l'on touche ou que l'on pique; l'examen direct de la colonne rachidienne fait constater qu'il n'y a pas d'amaigrissement du côté des masses musculaires des régions lombaire et fessière; aucun trouble du côté du membre supérieur.

Après avoir laissé la malade deux jours tranquille, je commence à faire la première séance de transfert, avec la nommée L..., dont l'intervention, dans un cas semblable, avait déjà été couronnée de succès. La malade fut directement placée vis-à-vis de L... ; ses mains serraient les siennes, et je mis L... en léthargie; puis, je promenai le pôle nord d'un gros barreau aimanté, suivant le sens de la continuité des bras, à droite, à gauche, et le long de la colonne rachidienne de la malade, au niveau des points douloureux; je promenai ensuite l'aimant le long des membres inférieurs.

Une heure après, Mlle E... accusait une certaine amélioration, ses douleurs lombaires avaient disparu; le lendemain, 14 février, on fit encore une nouvelle séance avec L...; la malade se sentit encore mieux que la veille; on essaya de la soutenir sous les bras, et on constata que ses jambes commençaient à la mieux porter. Le 15 février, nouvelle séance; l'amélioration s'accentue. Le 16, quatrième séance; la malade commence à se tenir sur ses jambes. Le 17, à la suite de la cinquième séance, elle se tenait toute seule debout, par ses propres forces, mais elle ne pouvait pas encore progresser, et, chose remarquable, comme j'en ai d'ailleurs vu de nombreux exemples, l'action dynamogénique du transfert, commencée dès le matin à dix heures, alla en s'accentuant, si bien que deux heures après la séance, vers midi, l'impotence motrice avait complètement disparu; la malade était radicalement guérie; elle marchait toute seule et exprimait sa satisfaction avec les manifestations de la joie la plus expansive.

La guérison s'était donc effectuée, comme je l'ai indiqué, dans l'espace de quelques jours : on constata, au dynamomètre, qu'elle avait gagné 7 kilos de la main droite et 3 kilos de la main gauche.

Pour maintenir les résultats acquis, nous continuâmes encore pendant quelque temps à faire des transferts, mais c'était plutôt pour tranquilliser la malade et lui montrer la stabilité du traitement.

Bientôt, elle sortit de l'hôpital complètement rétablie et aujourd'hui Mlle E... a repris toutes ses habitudes d'autrefois, elle se promène, marche et vient, tous les huit jours, se faire voir et subir une séance de transfert pour se guérir de quelques douleurs rhumatismales qui siègent encore dans les talons.

En dehors de cela, elle a complètement récupéré la santé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 novembre. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Des plis cachetés de MM. les docteurs Fabre et Abeille (de Paris), sur le traitement de la phthisie (acceptés);

2° Une note de M. le docteur O. Dubois (de Paris), sur les maladies inflammatoires de l'appareil digestif;

3° Un travail de M. le docteur G. Bertin et M. J. Picq, vétérinaire (de Nantes), relatif au développement d'un état bactéricide déterminé par la transfusion du sang de chèvre chez les lapins inoculés avec des produits tuberculeux.

LECTURE

Traitement de l'ophthalmie sympathique. — M. Abadie fait une communication sur un nouveau traitement de l'ophthalmie sympathique. En voici les conclusions :

L'ophthalmie sympathique est une affection oculaire des plus graves, contre laquelle nous étions désarmés.

L'énucléation de l'œil blessé, faite à temps, était le seul moyen de sauver l'œil sain, et bien souvent encore, malgré cette mutilation, la cécité survenait complète, irrémédiable.

Aujourd'hui, la thérapeutique de cette redoutable affection doit être complètement transformée. Lorsqu'à la suite de la blessure d'un œil une ophthalmie sympathique se déclare sur l'œil sain, il faut cautériser vigoureusement les lèvres de la plaie au galvano-cautère et injecter dans l'œil blessé une goutte d'une solution de sublimé à 1 p. 1 000. Aussitôt, les accidents sympathiques rétrocèdent dans l'autre œil. Si une seule injection ne suffit pas, on peut la répéter au bout de quelques jours. Deux ou trois assurent généralement une guérison complète.

RAPPORTS

Prix Pourat. — M. LABORDE donne lecture du rapport sur l'unique travail envoyé pour le prix Pourat.

Prix Buignet. — M. GARIEL fait un rapport sur les ouvrages adressés pour le prix Buignet.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. BROUARDEL fait observer que plus de 30000 Français succombent chaque année à la variole et à la fièvre typhoïde. La variole enlève par an, en France, 14000 personnes. En Allemagne, où la vaccination et la revaccination sont obligatoires, on ne compte que 110 décès par variole.

En outre, les 3/5 des victimes de la variole meurent avant trente ans et les 4/5 avant quarante, c'est-à-dire dans un âge où leur mort ne constitue pas seulement une perte personnelle, mais la perte de tout espoir de reproduction pour plus de la moitié d'entre eux.

La fièvre typhoïde, dans les villes comptant plus de 100000 habitants, fait 5313 victimes; dans les villes comptant plus de 2000 habitants, la proportion est de 58 p. 100000 habitants; dans celles qui ont de 10 à 20000 habitants, la proportion est de 88 p. 100000 habitants. On peut donc estimer à 23000 le chiffre des décès annuels, en France, par la fièvre typhoïde.

Cette maladie atteint surtout les jeunes gens de quinze à vingt-cinq ans.

Comment peut-on combattre la variole et la fièvre typhoïde?

Le moyen de faire disparaître la variole est connu, c'est de rendre, comme en Allemagne, la vaccination et la revaccination obligatoires.

M. Brouardel montre ici, par des chiffres irréfutables, que si la variole fait encore de si nombreuses victimes dans les pays où les vaccinations et revaccinations sont insuffisantes, elle a presque complètement disparu dans ceux où ces mesures sont obligatoires.

Contre la fièvre typhoïde, il existe également un moyen prophylactique efficace.

Les germes de la fièvre typhoïde ont pour véhicules l'eau, l'air, les linges des malades et les mains de leurs gardes; mais l'eau est le distributeur qui la porte 90 fois sur 100. Quand un puits, une fontaine sont pollués par des bacilles typhiques, ils empoisonnent une famille, un groupe de maisons quand il s'agit d'une source, une ville tout entière quand c'est la rivière ou des sources canalisées qui ont été infectées.

Les épidémies de Pierrefonds, de Lorient, de Clermont-Ferrand, etc., ont prouvé que les habitants qui faisaient usage d'une même eau contaminée payaient un large tribut à la maladie, tandis qu'elle épargnait ceux qui, étaent internés dans un couvent, un lycée, une prison buvaient de l'eau non contaminée et n'avaient pu en boire d'autre en circulant dans la ville.

A Vienne (Autriche), où on a remplacé depuis quelque temps l'eau de source par l'eau de rivière, les décès par fièvre typhoïde sont devenus excessivement rares, huit à dix par an pour 100000 habitants.

Angoulême, jusqu'à l'année dernière, a été un des foyers de prédilection de la fièvre typhoïde; depuis qu'on y a amené de l'eau de source, la mortalité par cette maladie est tombée de 5,5 à 1,2 p. 100. Malheureusement, il y a encore des puits particuliers, et c'est à eux qu'on doit imputer les quelques cas de mort par fièvre typhoïde. Ces cas se montrent, en effet, exclusivement dans la population civile, et il n'y en a pas un seul, depuis août 1889, dans la population militaire qui, depuis cette époque, ne fait usage que d'eau pure.

Amiens a été longtemps aussi un foyer de prédilection de la fièvre typhoïde : aujourd'hui, les épidémies ont complètement disparu, il ne reste qu'une endémie des plus faibles. La cause de ce changement radical est également le changement du régime des eaux potables.

A Rennes, la mortalité par fièvre typhoïde est tombée de moitié à la suite de l'amenée d'eau de source; si le résultat n'est pas plus satisfaisant, c'est parce qu'une partie de la population civile fait encore usage d'eau impure.

Ces exemples prouvent surabondamment que, si des causes secondaires favorisent le développement de la fièvre typhoïde, la cause vraie, celle qui constitue son véritable facteur, est l'eau.

Or, en hygiène, il est plus facile de placer l'eau d'une ville à l'abri de toute souillure que d'empêcher l'air de lécher une déjection immonde. Il est moins onéreux de faire des travaux de captage et d'adduction d'eau que d'assainir le sous-sol par des canalisations souterraines.

M. Brouardel ne méconnaît pas l'importance de ces derniers travaux, mais il les place en seconde ligne. Étant démontré que l'eau est l'agent principal de la propagation de la fièvre typhoïde, il prie l'Académie d'accepter cette conclusion qui permettra de faire inscrire, dans la loi sanitaire en projet, les prescriptions nécessaires à l'assainissement de la France.

L'orateur examine ensuite ce qui se passe dans l'armée. Chaque année en temps de paix, 1 soldat sur 335 succombe sur l'ensemble de toute l'armée; mais en temps de guerre, la fièvre sévit d'une façon bien plus cruelle. Il y a donc un intérêt national à ce que cette œuvre d'assainissement soit accomplie dans le plus bref délai possible. On connaît les foyers principaux; la nation et l'armée ne font qu'un, les réservistes et les territoriaux apportent à la caserne les maladies qu'ils avaient en se rendant à l'appel. Les casernes rendent aux villes et aux villages les hommes qui ont été appelés avec les maladies contractées pendant les périodes de service militaire.

Grâce aux facilités de déplacement, un grand nombre des habitants des villes vont, chaque année, avec leur famille dans les villes d'eau ou aux bains de mer; ils y apportent les germes de la fièvre typhoïde, d'autres familles les y prennent et les reportent à leur tour dans les endroits les plus éloignés du territoire.

A ce point de vue, la France forme un tout uni par la plus étroite solidarité. On sait où sont les foyers principaux de la fièvre typhoïde, on peut les faire disparaître.

M. Brouardel ajoute que d'autres maladies infectieuses, la dysentérie, le choléra, semblent obéir aux mêmes conditions étiologiques que la fièvre typhoïde, et nécessitent l'application immédiate des mêmes mesures.

Il demande donc à l'Académie de joindre les conclusions suivantes à celles qui lui ont été déjà proposées :

La loi sanitaire en préparation doit rendre la vaccination et la revaccination obligatoires; elle doit armer l'autorité de pouvoirs suffisants pour que les municipalités, à leur défaut le préfet ou le gouvernement, puissent assurer la salubrité publique des agglomérations contre les dangers qui résultent de l'usage d'une eau polluée.

M. VALLIN insiste sur la supériorité que présente l'eau de source sur l'eau filtrée, même au moyen des meilleurs appareils. L'eau de source présente, en outre, sur l'eau filtrée, l'avantage d'être toujours fraîche et plus agréable à boire.

M. BROUARDEL est tout à fait de l'avis de M. Vallin, mais il y a des villes dans lesquelles il est impossible, pour le moment, d'amener de l'eau de source; il faut bien se contenter alors d'eau filtrée.

Un constructeur vient, du reste, de fabriquer un appareil dans lequel l'eau, après avoir été portée à une température de 120 degrés, ressort à l'autre extrémité du filtre avec une température peu supérieure à celle qu'elle avait lors de son entrée : de ce fait, elle serait non seulement stérilisée, mais conserverait toute sa sapidité.

M. LARREY demande que l'Académie, dans ses conclusions, invite l'administration à exercer, sur l'usage de l'eau potable à Paris, une surveillance plus active, afin qu'on n'interrompe pas, aussi souvent qu'on le fait actuellement, l'usage de l'eau de source dans les différents quartiers de la ville.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles (1), par le docteur A. Descroizilles.

Nous avons signalé, il y a quelque temps, l'apparition du premier volume de la seconde édition, revue et augmentée, de ce manuel, connu et apprécié, des maladies infantiles. Ce second volume comprend : les maladies convulsives et vésaniques; les maladies de l'appareil locomoteur; les maladies de la peau; les maladies générales, les fièvres, les maladies dyscrasiques, dystrophiques et cachectiques; les maladies virulentes et les diathèses. Il se termine par un formulaire que les praticiens consulteront avec plaisir : les prescriptions destinées aux enfants sont souvent chose si embarrassante.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique (2), publiée sous la direction de M. J. Rochard,

Ce nouveau fascicule de l'« Encyclopédie d'hygiène » comprend deux chapitres complets de l'hygiène urbaine : Villes en général et Voie publique, par M. J. Arnould. Il renferme, de plus, la première partie du chapitre intitulé : La ville souterraine, dont l'auteur est M. J. Rochard. Le tome III doit se terminer par un chapitre important : Habitations, dont la rédaction a été confiée à MM. Léon Faucher, Richard, Vallin et Gariel. Ce volume est donc de nature à intéresser non seulement les médecins, mais tous ceux qui, à un titre quelconque, ont le souci de la bonne organisation sanitaire des villes.

La dengue et la grippe, étude des épidémies de 1889 à Smyrne (3), par W. Chasseaud.

La discussion continue : avons-nous eu la grippe ou la dengue; à la fois la grippe et la dengue, la dengue modifiée ou la grippe mâtinée? Le témoignage des médecins qui exercent en Orient est particulièrement intéressant. Ceux de Beyrouth sont divisés. A Smyrne, M. Chasseaud a vu successivement la dengue et la grippe. Tous les médecins de Smyrne, en présence de la dengue en 1889, se sont trouvés embarrassés : c'était là quelque chose de nouveau, d'inconnu. En présence de la grippe, il n'en a pas été de même, ils ont d'emblée donné son nom à une vieille connaissance. Ils sont donc dualistes.

Un Turc, client de M. Chasseaud, définissait la dengue d'une façon humoristique ou naïve : « La dengue, me dit-il, en soupirant, la dengue est un mal pendant lequel on éprouve d'atroces douleurs dans les membres, à la fin duquel on se gratte, et après lequel on se sent malheureux.

Je compris plus tard, quand je fis ample connaissance avec la dengue, combien était vraie cette définition. »

La dengue débute brusquement par des douleurs vives dans les reins, dans les membres, le long de la colonne vertébrale. La température monte à 40 ou 41 degrés. Il apparaît rapidement une éruption polymorphe, souvent scarlatiniforme ou rubéoliforme; au bout de quelques jours, il y a une rémission, puis une rechute. La peau devient le siège d'une démangeaison intense, et lorsque le mal a disparu, il reste une faiblesse, un découragement extrêmement grands.

A Smyrne, le quartier juif a d'abord été envahi; presque tous les israélites qui y demeurent ont été successivement atteints; ce n'est que plus tard qu'ont été pris, à leur tour, les quartiers turcs et chrétiens. La dengue n'a donc pas la rapidité extrême d'envahissement de la grippe qui, elle, se diffuse avec une rapidité beaucoup plus grande. La dengue peut rester limitée à un groupe de maisons; malgré les allées et venues d'une grande ville, la grippe ne reste pas ainsi confinée. La dengue et la grippe n'appartiennent donc pas à la même série épidémique.

Avons-nous eu la dengue ou la grippe?

(1) In-8°, t. II, délivré gratuitement aux souscripteurs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

(2) In-8°, fasc. I du t. III. Chaque fascicule : 3 fr. 50. Souscription à forfait de l'ouvrage complet : 150 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

(3) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Identité de la dengue et de la grippe-influenza (1), par le docteur J. Rouvier.

M. J. Rouvier, qui est professeur à la Faculté de Beyrouth, et qui a pu, par conséquent, voir de près la dengue, défend son identité avec la grippe. Pour lui, la grippe, l'influenza et la dengue ne sont qu'une seule et même maladie. « La dernière épidémie de grippe a été la propagation de l'épidémie de dengue existant en Orient. Elle s'est accompagnée plus tard de manifestations pulmonaires. Mais ces mêmes manifestations ont atteint, à la même époque, un grand nombre de malades respectés par l'épidémie. »

Conclusion. — La dengue est une maladie dont l'exportation est possible et qu'il faut arrêter par des mesures administratives, semblables à celles que l'on oppose à la marche envahissante d'autres maladies épidémiques d'origine exotique.

Cette opinion est contraire à celle de M. de Brun, qui est également professeur à Beyrouth. Où est la vérité?

Transactions of the American Pediatric Society (2).

La Société américaine de médecine des enfants a été fondée à la suite du Congrès international de 1887, par des médecins qui y avaient pris part dans la section de médecine infantile. Cette Société doit avoir une réunion annuelle : la première a eu lieu en septembre 1889, à Washington et à Baltimore. Le volume dont nous annonçons l'apparition renferme les communications faites et les discussions dont elles ont été l'objet.

On y trouvera en particulier des travaux tout à fait spéciaux à la pathologie, à la thérapeutique et à l'hygiène des enfants : le régime des enfants, la diarrhée, le choléra infantile, le lavage de l'estomac chez les enfants; un assez grand nombre de faits cliniques ou anatomo-pathologiques curieux. Souhaitons vie et prospérité à l'*American Pediatric Society*, ses *Transactions* représenteront sûrement, dans quelques années, une riche collection d'intéressants documents.

A. M.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Marec, ancien médecin principal de la marine.

— M. le professeur Alfred Fournier commencera le cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 14 novembre, à neuf heures du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants. — Ordre du cours : les mardis, leçon au lit du malade; les vendredis, leçon à l'amphithéâtre (dix heures).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires, par M. le docteur Lavaux, ancien interne des hôpitaux. 3 vol. in-8°. — Prix : 26 francs. — Paris, O. Steinheil.

De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique, par le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux. 1 vol. in-18 avec 89 figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

(1) In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Ve J. Lechevalier, rue Racine.

(2) Première session, septembre 1889, vol. I. — Washington et Baltimore.

Leçons de clinique médicale, faites à l'hôpital de la Pitié (années 1886-1890), par le docteur E. LANCEREAUX. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Étude comparative des différents traitements du prolapsus utérin, par le docteur VATON, membre de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. 1 broch. in-8° de 100 pages avec 7 fig. dans le texte et 8 planches hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Sur la physiologie normale et pathologique des muscles du larynx, par le docteur Paul RAUGÉ, ancien interne des hôpitaux de Lyon, lauréat de l'École de médecine de Lyon, etc. 1 broch. in-8° de 70 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies des oreilles et des fosses nasales, par le professeur Simon DUPLAY. in-18 de 168 pages avec figures dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'atrophie dans la paralysie pseudo-hypertrophique.

Par L. THÉRÈSE, interne des hôpitaux.

Arrivée à sa période d'état et sous sa forme classique, la paralysie pseudo-hypertrophique est une affection bien caractérisée et bien définie, du moins au point de vue symptomatique. Son diagnostic dans ces conditions est facile et s'impose pour ainsi dire à distance. C'est, en effet, avec ces reliefs exagérés, cet aspect herculéen bien connu, prédominant surtout aux membres inférieurs et pouvant envahir également la partie supérieure du corps et même la face, qu'on rencontre le plus souvent cette maladie.

Mais à côté de ces cas types qui ont permis de tracer le cadre de cette affection avec la qualification de pseudo-hypertrophique, et qui constituent, d'ailleurs, le plus grand nombre, on rencontre d'autres cas où l'augmentation apparente de volume des masses musculaires, caractéristique de la paralysie pseudo-hypertrophique, fait défaut, soit qu'elle ait disparu, soit qu'elle n'ait jamais existé, et qui méritent, cependant, de rentrer dans ce cadre nosologique, au moins par certains côtés.

Leur importance est d'autant plus grande qu'ils forment une transition entre la paralysie pseudo-hypertrophique, telle qu'elle a été décrite, au début, et les nombreuses formes de myopathies progressives primitives, décrites depuis et à côté desquelles la paralysie pseudo-hypertrophique semble devoir se ranger, si, toutefois, elle ne doit les absorber.

C'est de ces formes mixtes, ou que, dans certains cas, on peut appeler franchement atrophiques, tout en pouvant les rapprocher par de nombreux points de la forme classique, que nous désirons surtout nous occuper ici. En comparant l'opinion des divers auteurs et les observations que nous avons pu trouver éparses dans la littérature médicale, nous chercherons à retrouver les caractères principaux qui se rencontrent dans la majorité des cas, et qui, tout en permettant de les rapprocher d'autres formes de myopathie, montrent leur étroite parenté avec la paralysie pseudo-hypertrophique.

I

Avant d'entrer dans l'étude de ces formes particulières et dans la discussion de leurs rapports avec les types de myopathies qui peuvent s'en rapprocher, il sera peut-être bon de rappeler brièvement les caractères principaux de ces affections.

Il est important, en première ligne, de tracer les différences qui existent entre ces formes de paralysies amyotrophiques et le type Aran-Duchenne; les premières constituant le groupe des myopathies primitives; le second, auquel on peut ajouter la sclérose latérale amyotrophique, constituant, d'autre part, le groupe des myélopathies.

D'un côté, altération primitive du muscle et intégrité de la moelle; de l'autre, lésion primitive et persistante de l'axe médullaire, et spécialement des grandes cellules des cornes antérieures et déchéance consécutive du muscle.

A cette différence anatomique répondent des symptômes constants, et qui, bien mis en lumière par Erb, peuvent facilement s'opposer :

Myopathies primitives. — Essentiellement familiales. — Absence de contractions fibrillaires. — Absence de la réaction de dégénérescence. — Début, le plus fréquemment, par les muscles des membres inférieurs ou de la ceinture scapulaire. — Absence de complications bulbaires.

Myélopathies. — Peu ou pas d'hérédité. — Contractions fibrillaires. — Réaction de dégénérescence. — Début par les muscles de la main. — Fréquence de la paralysie labio-glosso-laryngée.

Ainsi nettement séparées des amyotrophies de cause médullaire, les myopathies primitives peuvent affecter des différences de détail qui, à mesure qu'elles ont été observées, ont permis de créer des variétés.

Nous résumerons rapidement leur tableau symptomatique, en commençant par la paralysie pseudo-hypertrophique qui, après leur avoir servi de point de départ, a été successivement revendiquée comme faisant partie de chacune d'elles.

C'est généralement dans la première enfance ou au commencement de la seconde enfance que débute cette affection. Le premier symptôme qui frappe chez ces petits

malades, c'est l'affaiblissement des membres inférieurs, rendant la marche difficile et la fatigue rapide, se transformant bientôt en un affaiblissement qui paraît d'autant plus bizarre à l'entourage de l'enfant, que ce dernier semble bien musclé et possède des mollets superbes et souvent disproportionnés : c'est, en effet, par les muscles de cette région que débutent l'affaiblissement et l'hypertrophie. Ces *jambes de colosse* peuvent à peine supporter les malades ; ils marchent maladroitement, tombent fréquemment et éprouvent une difficulté toute particulière à gravir les escaliers. Lorsque l'enfant est debout, il présente une forte ensellure due à la faiblesse des muscles extenseurs du tronc et à ce que les malades s'efforcent de déplacer d'arrière en avant le centre de gravité du tronc : au lit, cette ensellure disparaît. Tous les muscles peuvent être le siège de cette pseudo-hypertrophie, laquelle, nous le verrons plus loin, peut être remplacée ou suivie par une atrophie réelle et apparente.

Au bout de quelques années, l'affaiblissement musculaire confine les malades au lit et la pseudo-hypertrophie se complique de rétractions entraînant des déformations persistantes, au premier plan desquelles se place l'équinisme bi-latéral. Enfin, il est fréquent d'en observer plusieurs cas dans la même famille.

Dans la forme Leyden-Mœbius également, l'affection débute d'ordinaire dans le jeune âge, frappe souvent plusieurs enfants, de préférence les garçons, d'une même famille, se manifeste primitivement par un affaiblissement des muscles des lombes et des membres inférieurs qui sont atrophiés ; parfois, cependant, l'atrophie peut être précédée de pseudo-hypertrophie, la marche de la paralysie est progressive et extrêmement lente, l'envahissement se faisant de la racine du membre vers l'extrémité, contrairement à ce qui s'observe dans le type Aran-Duchenne.

Par son titre même, le type juvénile d'Erb indique la prédominance de cette maladie à un âge peu avancé ; ici, ce sont généralement les muscles de la ceinture scapulaire qui sont envahis les premiers et insidieusement par l'affaiblissement, et en même temps par l'atrophie, bien que les muscles inférieurs puissent être pris simultanément ; quelquefois, au début, une moitié du corps seulement est envahie, la maladie affectant ainsi la forme hémiplégique.

Assez souvent, certains muscles deviennent le siège d'une hypertrophie qui contraste avec l'atrophie des autres muscles.

Cette hypertrophie, qui peut être vraie ou apparente, envahit de préférence les muscles suivants : le deltoïde et le sous-épineux, les muscles ronds, le triceps brachial, certains muscles de la cuisse, le tenseur du fascia lata et couturier, et surtout les muscles des mollets.

Cette hypertrophie est représentée par Erb comme un élément important et caractéristique du tableau morbide, elle est éminemment transitoire ; en disparaissant elle peut faire place à l'atrophie.

Il va sans dire que toutes ces formes présentent en plus les caractères négatifs de la myopathie : absence de tremblements fibrillaires, absence de réaction de dégénérescence, absence de troubles de la sensibilité.

Nous reviendrons trop souvent dans la suite sur le travail de MM. Landouzy et Déjerine pour ne pas tracer rapidement ici les principaux caractères du type de myopathie progressive primitive, auquel ces auteurs ont attaché leurs noms.

Dans le type Landouzy-Déjerine, le début de l'affection se fait vers l'âge de trois à quatre ans, attirant l'attention par le facies spécial que prend le petit malade : que l'enfant rie ou pleure, le front ne présente aucune ride, l'œil paraît plus grand ouvert sans que, pour cela, il existe d'exophthalmie, « les lèvres deviennent plus saillantes, la fente buccale s'élargit, le rire n'est plus le même et la physionomie prend un caractère moins éveillé, moins jeune, béat et moins intelligent ».

Après être restée plus ou moins longtemps stationnaire, l'atrophie envahit les membres, presque toujours symétriquement, affectant les muscles de l'épaule et du bras de façon à constituer ce qu'on nomme le type facio-scapulo-huméral, mais pouvant aller beaucoup plus loin et envahir les muscles des éminences thénar et hypothénar, et aux membres inférieurs les muscles de la voûte plantaire après avoir frappé ceux de la cuisse et de la jambe.

« La myopathie atrophique se distingue de la forme juvénile d'Erb, disent MM. Landouzy et Déjerine, par la participation de la face à l'atrophie, l'absence de pseudo-hypertrophie et la fréquence, sinon la constance de l'hérédité, soit directe, soit collatérale. »

II

De même que pour la plupart des affections où l'amyotrophie entre en ligne de compte, c'est à Duchenne (de Boulogne) qu'il faut remonter pour trouver le premier tableau clinique complet de la paralysie pseudo-hypertrophique. Dans son mémoire de 1861 et surtout dans celui de 1868, où il abandonne la théorie de l'origine cérébrale de la paralysie pseudo-hypertrophique, Duchenne, parmi les principaux symptômes de la paralysie myo-sclérosique, note la diminution de volume de certains muscles à côté de l'exagération apparente de certains autres. Empruntant à ce grand maître les lignes principales du tableau symptomatique de l'affection qui nous occupe, Kelsch (1), dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, s'exprime de la façon suivante : « Il serait, cependant, inexact de croire que, dans la paralysie pseudo-hypertrophique, tout muscle affaibli soit augmenté plus ou moins de volume. Bien loin de là, à côté de cette richesse apparente qui domine dans les masses musculaires des extrémités inférieures, on voit, au contraire, l'atrophie dominer dans la partie supérieure du tronc. L'amaigrissement de quelques muscles contrastant avec le développement excessif des autres est donc un des caractères constants de la paralysie pseudo-hypertrophique. Cette diminution a surtout été observée sur les muscles du thorax, puis dans ceux de l'omoplate, de l'abdomen, de la colonne vertébrale, dans les adducteurs et les fléchisseurs de la cuisse, le deltoïde, le sterno-mastoïdien ; mais jamais dans les muscles du mollet. Il résulte de la comparaison des observations entre elles que les mêmes muscles peuvent être tantôt épaissis, tantôt atrophiés. D'un autre côté, il n'est pas rare de rencontrer dans un même muscle les deux modifications de volume, dont il vient d'être question ; ainsi, par exemple, l'une des extrémités est hypertrophiée, l'autre atrophiée ; souvent l'hypertrophie n'est pas régulière, certaines parties sont plus proéminentes et, lors des contractions, dessinent à la surface des sortes d'intumescences plus ou moins dures. Enfin, les muscles paralysés

(1) Kelsch. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, II, t. XXI, p. 65.

présentent quelquefois un volume normal, pendant tout le cours de la maladie. »

M. Straus (1) dit également vers la même époque : « Un fait important à connaître et qui est l'un des caractères constants de la paralysie pseudo-hypertrophique, c'est l'amaigrissement de quelques muscles contrastant avec le développement excessif des autres. »

Le professeur Vulpian (2) signale également la diminution de volume, non seulement réelle, mais encore apparente, dans la paralysie pseudo-hypertrophique, et dit : « L'atrophie est surtout fréquente dans les muscles du cou, dans les muscles antérieurs du thorax, dans ceux de l'abdomen, elle s'observe aussi dans les muscles inférieurs et, pour les membres inférieurs, dans les adducteurs et les fléchisseurs de la cuisse par exemple, on a vu des muscles qui paraissaient hypertrophiés dans une partie de leur longueur et qui étaient visiblement atrophiés dans une autre partie. »

Gowers (3) a non seulement reconnu l'existence de l'atrophie, mais il a de plus donné la liste des muscles qui, d'après la statistique, en ont été le plus souvent le siège.

Gradenigo (1883), faisant le relevé complet des cas de paralysie pseudo-hypertrophique publiés jusqu'à lui, a donné la nomenclature des muscles atteints et la fréquence comparative avec laquelle ils l'ont été.

Avant Gradenigo, le professeur Damaschino (4) insistait également sur la fréquence et l'importance de l'atrophie dans la paralysie pseudo-hypertrophique, importance suffisante pour servir de point de départ à la conception de deux nouvelles formes : l'une où la pseudo-hypertrophie tient une place insignifiante; l'autre où elle n'est même plus appréciable. La première des deux observations qu'il rapporte se rapproche davantage de la forme classique et est un bel exemple de la combinaison de l'atrophie et de l'hypertrophie, occupant simultanément les membres inférieurs et les membres supérieurs, avec modification caractéristique de la marche et déhanchement manifeste ; c'est là la troisième forme décrite par notre maître et constituant l'intermédiaire entre les cas où l'hypertrophie est seule en jeu et la quatrième forme où elle reste complètement dans l'ombre, pour laisser la première place à l'affaiblissement de la puissance musculaire, avec diminution évidente des reliefs musculaires : c'est là un des points les plus importants de la question qui nous occupe et sur lequel nous reviendrons plus longuement.

En 1885, M. Bourdel (5), à l'occasion de quatre nouvelles observations recueillies par lui à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Cadet de Gassicourt, résumant les caractères de la maladie à la troisième période, reconnaît également la réalité et la fréquence de l'atrophie, « surtout au niveau de la partie supérieure du corps, la plupart des muscles des membres supérieurs, du thorax, du cou et même de la face, au lieu de s'hypertrophier comme ceux des jambes, restent grêles et s'atrophient même comme dans l'atrophie musculaire progressive ». De plus, dans sa troisième observation, il signale l'amaigrissement des cuisses, surtout à leur partie inférieure ; les autres parties du corps présentent d'ailleurs, en certains points, des reliefs exagérés et absolument caractéristiques; chez ce même malade, il y a également un amaigrissement considérable du thorax, les pectoraux sont à peine visibles, les espaces intercostaux très marqués par suite de la saillie exagérée des côtes.

Chez son quatrième malade, atteint depuis l'âge de trois ans environ et observé à douze ans, l'atrophie est encore plus exagérée, malgré la persistance du volume considérable des mollets ; la partie inférieure des jambes est émaciée, ainsi que celle des cuisses ; les pectoraux ont presque complètement disparu, le tronc est très amaigri, les clavicules saillantes en avant, les omoplates en arrière forment des saillies très accusées ; les espaces intercostaux sont creusés et les côtes visibles à distance. Au niveau des membres supérieurs, à côté des saillies dues à l'augmentation de quelques faisceaux du deltoïde et du biceps, on constate une diminution de volume considérable des biceps, des muscles de l'avant-bras et même des muscles de la main.

A la même époque, MM. Marie et Guinon (1), dans un mémoire ayant pour titre : *Contribution à l'étude de quelques-unes des formes cliniques de la myopathie progressive primitive*, font remarquer également que « l'atrophie musculaire n'est pas un fait rare dans la paralysie pseudo-hypertrophique ».

L'opinion des auteurs ne s'est jamais modifiée sur ce point, et depuis la première description formulée par Duchenne jusqu'à celle professée par M. Raymond dans ses récentes leçons sur les amyotrophies (1889), l'atrophie a toujours compté parmi les symptômes ordinaires de la paralysie pseudo-hypertrophique, la mieux carrctérisée au point de vue pseudo-hypertrophie. Bien que pouvant atteindre indistinctement tous les muscles dans leur totalité, sauf peut-être ceux du mollet, la diminution de volume frappe de préférence certaines régions où, d'ailleurs, les deux manières d'être de la paralysie, qui au fond constitue le symptôme important, peuvent se combiner dans un même groupe de muscles ou même dans un seul muscle. C'est surtout au niveau de la ceinture scapulaire et des bras que s'observe, le plus souvent, la disparition des reliefs musculaires, et, en rangeant les muscles selon la fréquence avec laquelle ils sont frappés, on trouve en première ligne le grand pectoral et le grand dorsal qui, d'après Gradenigo, auraient été trouvés atrophiés, le premier 21 fois sur 21 cas, le second 6 fois sur 6 cas, dans lesquels l'état de ces muscles a été mentionné ; viendraient ensuite le biceps brachial, le trapèze, le grand dentelé et, en général, tous les muscles prenant insertion sur l'omoplate, enfin les muscles de la cuisse, de la région lombaire, de l'avant-bras, de la main ; le diaphragme lui-même a été trouvé atteint. Schultze, dans un cas où l'hypertrophie avait fait place à l'atrophie, a vu ce muscle réduit au minimum et Handford (Londres 1889) a observé macroscopiquement et histologiquement la disparition presque complète de ses fibres.

Il résulte de cet amaigrissement, limité à certaines parties du corps, une apparence spéciale du malade, chez lequel les reliefs de certains muscles contrastent d'une façon

---

(1) Straus. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XXIII, p. 338.

(2) Vulpian. *Leçons sur les maladies nerveuses*, i. II, p. 495.

(3) Gowers. *The Lancet*, 1879.

(4) Damaschino. *Gazette des hôpitaux*, 1882.

(5) Bourdel. *Revue des maladies de l'enfance*, 1885.

(1) Guinon. *Revue de médecine*, 1885.

encore plus saisissante, en raison des méplats des régions voisines.

Ce sont les cas où cette opposition est nette et affecte un grand nombre de muscles qui constituent le troisième groupe admis par le professeur Damaschino, où l'atrophie porte manifestement sur un grand nombre de muscles et la pseudo-hypertrophie se restreint de plus en plus.

III

Loin d'être une rareté et une exception dans la paralysie pseudo-hypertrophique, l'atrophie apparente est donc plutôt la règle. La scléro-lipomatose, ne faisant que masquer la diminution de l'élément actif du muscle et ne constituant qu'un phénomène surajouté et souvent transitoire, au moins sur certains points, pourra donc varier dans son étendue et son intensité, sans cependant modifier la nature réelle de l'affection. Ces variations pourront atteindre des limites extrêmes et de même que les muscles, le plus souvent atrophiés sans augmentation de volume extérieur, pourront être le siège d'une lipomatose considérable, de même, dans d'autres cas, la lipomatose fera défaut là où elle existe de règle, ou n'existera qu'en proportions presque nulles : de là, une véritable difficulté de diagnostic. Peut-être même ces cas sont-ils plus fréquents qu'il ne semble, non seulement parce que nombre d'observations ont été publiées, surtout à l'étranger, sous d'autres titres, mais encore parce que chez ces malades, à côté des modifications musculaires, il existe des modifications des téguments caractérisées par un empâtement et un épaississement considérable de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, qui peuvent masquer l'amaigrissement des masses musculaires à peine perceptibles au toucher, au travers de l'épaisse couche qui les recouvre.

Dans quelques cas, la pseudo-hypertrophie, ayant existé au début, aura été assez considérable et aura suffisamment contrasté avec l'affaiblissement musculaire, pour être notée par le malade ou par son entourage, facilitant ainsi puissamment le diagnostic par les commémoratifs; dans d'autres cas, au contraire, elle aura passé inaperçue, si tant est qu'elle ait jamais existé et c'est sans aucune modification appréciable de ce genre que le malade se présentera au médecin. Telle est la quatrième forme que décrivait notre maître, en 1882, lorsqu'il disait : « Il existe enfin une quatrième catégorie de faits très importants et certainement beaucoup moins rares qu'on ne le croit, faits dans lesquels l'augmentation de volume des muscles n'est que transitoire et fait très vite place à l'atrophie réelle avec rétraction véritable... Il en résulte que les masses musculaires, temporairement augmentées de volume, disparaissent bientôt et sont remplacées par du tissu scléreux, de telle sorte que la maladie évolue alors sans donner naissance au développement excessif des muscles que nous constatons dans les autres variétés. »

Et cette conclusion, il y arrive à la suite de l'étude d'un malade, dont l'observation, rapportée par lui dans la même leçon et publiée au complet dans la thèse d'un de ses élèves (1), constitue, à notre connaissance, le premier document de cette forme de la maladie. Chez ce malade, en effet, les cuisses, les jambes sont véritablement émaciées, comme décharnées; les jumeaux, des deux côtés, bien que ce soit sur ces muscles que d'ordinaire l'hypertrophie se montre la plus marquée et la plus persistante, sont surtout atteints par l'atrophie, mais celle-ci paraît moins évidente qu'elle l'est réellement, à cause de l'épaississement considérable de la peau et du tissu cellulo-graisseux sous-jacent; l'altération est principalement marquée sur le jumeau externe qui a, presque totalement, disparu ; elle est moins avancée au jumeau interne et moins encore au niveau du soléaire.

Aux membres supérieurs, le triceps brachial des deux côtés est le seul muscle qui soit encore relativement bien conservé ; quant au biceps, non seulement il est atrophié, mais il est le siège d'une certaine rétraction qui maintient l'avant-bras dans une légère flexion et ne permet pas de l'étendre complètement ; l'amaigrissement des muscles du tronc, soit en avant, soit en arrière, est très appréciable, les omoplates, par suite de l'atrophie des muscles sus et sous-épineux, sont devenues saillantes ; le processus morbide a porté surtout sur les masses dorso-lombaires, qui sont très diminuées de volume. Il n'est donc, pour ainsi dire, aucune région qui soit complètement indemne au point de vue de l'atrophie et si, chez ce malade, on a noté une certaine exagération des reliefs musculaires coïncidant avec de l'affaiblissement au début, il ne reste plus trace de l'hypertrophie au moment où le malade a été soumis à l'examen médical, aucun des autres symptômes qui impriment à la paralysie pseudo-hypertrophique son caractère propre ne faisant, d'ailleurs, défaut.

Un second cas analogue s'étant présenté quelques années plus tard, dans le service de notre regretté maître, nous avons publié l'observation sous sa direction (1).

Chez ce second malade, les muscles avaient été volumineux pendant la seconde enfance, mais présentaient une force en rapport avec leur volume : au moment où il a pu être examiné, les pectoraux, le grand dorsal, le grand dentelé, le biceps et le coraco-brachial sont atrophiés, la main droite est plus amaigrie et plus aplatie que la gauche ; au niveau de la partie antérieure de la cuisse, il est presque impossible de sentir les reliefs musculaires, même lorsque le malade fait des efforts, sauf pour la partie inférieure du vaste externe et l'extenseur du fascia lata ; à la partie postérieure de la cuisse, bien que moins atteints que ceux de la partie antérieure, les muscles sont également flasques et atrophiés, du moins du côté gauche, et le malade ne présente aucun relief herculéen, si ce n'est au niveau des mollets, et encore seulement à l'occasion d'efforts. Chez ce malade aussi, quelques muscles sont, non seulement atrophiés, mais en état de rétraction.

Après avoir décrit la quatrième forme de paralysie pseudo-hypertrophique qu'il admet et en avoir résumé les principaux caractères, le professeur Damaschino ajoutait : « Il est très probable que bon nombre des observations, publiées en Allemagne sous l'étiquette d'atrophie musculaire progressive héréditaire, ne sont autre chose que des cas de paralysie pseudo-hypertrophique présentant le dernier mode d'évolution que je vous signale. »

En effet, si nous nous reportons à l'observation que Leyden (2) cite en entier comme type de l'atrophie musculaire progressive qu'il décrit, nous voyons un malade

(1) Hamon. Thèse de Paris, 1883.

(1) Thérèse. *France médicale*, 1889.

(2) Leyden. *Traité des maladies de la moelle.*

qui, dès son enfance, a éprouvé une certaine difficulté, sinon à marcher, du moins à monter des escaliers ou un plan incliné quelconque, difficulté qui ne s'est accentuée que tardivement; examiné vers l'âge de trente ans, il présente, en même temps qu'une augmentation considérable du volume des mollets, une atrophie extrêmement marquée des muscles de la cuisse et de la région lombaire, avec la démarche spéciale, le balancement, la difficulté à se relever sans l'aide des mains, lorsqu'il est courbé ou accroupi, qui constituent le syndrome clinique ordinairement attribué à la paralysie pseudo-hypertrophique. A ce même type peuvent se rapporter les observations d'Eulenburg, concernant trois membres de la même famille et qui ont également servi à Leyden à édifier son type de paralysie héréditaire. De même, l'observation de O. Buss (de Brême), rapportée par M. Raymond et concernant une jeune fille de treize ans chez laquelle les symptômes dominants consistaient dans une parésie très prononcée d'un certain nombre de muscles, sans hypertrophie vraie ou fausse (sauf un développement relativement exagéré des mollets), avec atrophie assez mal dessinée ; parésie répondant bien, comme distribution, à la symptomatologie de la paralysie pseudo-hypertrophique, l'atrophie intéressant presque exclusivement les muscles de la ceinture scapulaire.

C'est là, d'ailleurs, l'opinion de Mœbius, qui, dans sa forme héréditaire ou dégénérative, fait rentrer dans un même cadre la paralysie pseudo-hypertrophique et l'atrophie héréditaire de Leyden, n'admettant les deux formes que comme deux modalités différentes d'une même affection, ce qui revient à dire qu'en gardant comme base le type le premier décrit de la paralysie pseudo-hypertrophique, la nouvelle description de Leyden en constitue une variante plus ou moins fruste.

Dans le même ordre d'idées, MM. Landouzy et Déjerine (1) parlent « des formes cliniques qu'on a cherché à distraire de la pseudo-hypertrophie classique sous le nom de type Leyden-Mœbius, ou celui de forme juvénile », tous cas qu'ils font rentrer dans le même type en opposition avec le type facio-scapulo-huméral, admettant d'ailleurs sans répugnance la possibilité de types intermédiaires, d'autant plus que la lésion qui constitue la myopathie atrophique progressive parait être la même que celle de la paralysie pseudo-hypertrophique.

M. Raymond (2), dans une leçon que nous avons déjà citée, faisant l'étude des rapports des différentes formes de myopathie primitive entre elles, après avoir rappelé que l'accord est à peu près unanime pour confondre dans une même espèce le type Leyden-Mœbius et la paralysie pseudo-hypertrophique, ajoute que, dans les deux, l'affection musculaire présente la même distribution; seulement plus jeune est le malade chez lequel on est à même d'observer cette myopathie, plus on a de chance de rencontrer de la pseudo-hypertrophie là où débute l'affection musculaire, c'est-à-dire aux jambes et aux cuisses. A la longue, cette pseudo-hypertrophie fait place à l'atrophie, de sorte que, quand on observe cette forme de myopathie à deux âges très différents chez un même sujet, celui-ci qui, dans son enfance, réalisait le syndrome de la paralysie pseudo-hypertrophique, réalise ensuite à l'âge mûr les caractères cliniques du type Leyden-Mœbius dans toute sa pureté.

(1) Dejerine. *Revue de médecine*, 1889.
(2) Raymond. *Leçons sur les amyotrophies* (1889), p. 239.

Nous avons vu par quels caractères le type Leyden-Mœbius trouvait sa place toute tracée dans le cadre de la paralysie pseudo-hypertrophique. Quant au type juvénile d'Erb, nous venons de voir ce qu'en pensaient MM. Landouzy et Déjerine; déjà avant eux, M. le professeur Charcot (1), tout en reconnaissant l'importance des faits rapportés par le professeur allemand, fait remarquer que, s'il y a là des faits nouveaux, il n'y a pas, à proprement parler, une maladie nouvelle. D'ailleurs, il suffit de se reporter aux conclusions mêmes d'Erb, que nous prenons telles que les a transcrites M. Raymond (2). Il existe, dit-il, une forme spéciale d'atrophie musculaire progressive, qui se caractérise par une localisation et une évolution bien précises, par une manière d'être également précise des muscles intéressés, et par des altérations tout aussi précises de ces muscles, sans lésion de la moelle. C'est la forme juvénile qui débute dans l'adolescence ou dans l'enfance.

Cette forme concorde en tous points, quant à sa symptomatologie, et spécialement eu égard à sa localisation dans la moitié supérieure du corps, en partie aussi dans la moitié inférieure, avec ce que l'on connaît sous le nom de pseudo-hypertrophie des muscles; sauf qu'elle ne s'accompagne pas d'une lipomatose bien saillante, donnant lieu à un accroissement de volume; par contre, l'hypertrophie musculaire vraie se rencontre assez souvent dans les deux formes morbides.

Quand cette forme juvénile débute dans la première enfance, elle peut être identique, dans les moindres détails, avec la pseudo-hypertrophie, sauf que la lipomatose fait défaut.

Les altérations anatomo-histologiques sont, à tous égards, absolument les mêmes dans la forme juvénile que dans la paralysie pseudo-hypertrophique.

La forme juvénile survient assez souvent dans des groupes entiers d'une même famille, en tant qu'atrophie musculaire héréditaire (ou mieux familiale).

Quand cette forme juvénile héréditaire ne se développe que passé l'âge de la puberté, elle semble frapper d'une façon prépondérante, mais non exclusive, la moitié supérieure du corps; se développe-t-elle, au contraire, dès les premières années de la vie, elle semble débuter avec une prédilection marquée par les extrémités inférieures et les lombes. On observe des cas de transition, de nature très variée, jusque dans un même groupe familial.

Dans ce dernier cas, quand la maladie débute chez un sujet très jeune, elle se confond, comme expression clinique, avec ce que Leyden a proposé de distinguer sous le nom d'atrophie musculaire héréditaire.

Cette atrophie musculaire héréditaire est, dans tous ses traits essentiels, entièrement identique avec la pseudo-hypertrophie, elle ne se distingue de cette dernière que par un développement moins apparent de la lipomatose.

En réalité, le type juvénile d'Erb ne diffère donc en rien de la paralysie pseudo-hypertrophique, lorsqu'il est observé sur un malade suffisamment jeune, et il n'acquiert une physionomie spéciale que chez les individus plus âgés, où l'affection a déjà eu le temps d'évoluer; à ce moment, il ne doit son aspect particulier qu'à l'atrophie marquée des muscles de la ceinture scapulaire; c'est là, nous l'avons vu, la règle dans la paralysie pseudo-hypertrophique telle que

(1) Charcot. Loc. cit., p. 209.
(2) Raymond. Loc. cit., p. 209.

l'avait comprise Duchenne. Nous avons vu également et nous verrons encore qu'un certain nombre de cas peuvent réaliser le tableau complet de la paralysie myo-sclérosique sans qu'il y ait jamais eu augmentation de volume appréciable des muscles.

Erb lui-même reconnaît la parenté étroite qui unit l'affection décrite par lui à la paralysie pseudo-hypertrophique et au type de Leyden, puisqu'il englobe ces deux formes dans la forme nouvelle qu'il décrit, voulant y faire rentrer également le type Landouzy-Déjerine.

Cependant, même en rattachant à la grande famille des myopathies primitives ce dernier type, la participation des muscles de la face, le début de l'affaiblissement et de l'atrophie au niveau des muscles supérieurs, lui méritent une place à part, au moins au point de vue clinique.

Quant au type décrit par Erb, ce n'est donc là, somme toute, qu'une nouvelle étiquette imposée à la paralysie pseudo-hypertrophique avec les différentes formes que lui avait reconnues, dès 1882, le professeur Damaschino.

IV

Mais à côté de ces cas où les deux formes évoluent successivement sur le même individu, il peut en être d'autres, nous semble-t-il, qui, même à un âge peu avancé de l'affection, présentent le tableau symptomatique d'une période plus avancée.

Nous avons vu que le processus, soit atrophique, soit hypertrophique, bien qu'ayant pour ainsi dire des préférences pour certains muscles, peut se rencontrer sur n'importe quel muscle et même s'y combiner; qu'un même muscle soit envahi en proportions à peu près égales par la sclérose et par la lipomatose, il en résultera, au point de vue de son volume apparent, une compensation, une neutralisation de l'une par l'autre, la diminution de la force musculaire, la paralysie pouvant ainsi atteindre son maximum sans aucune modification extérieure des reliefs musculaires,

Dans ces conditions, si la sclérose marche plus rapidement que la lipomatose ou occupe des territoires plus étendus, il y aura atrophie apparente sans que jamais l'hypertrophie ait pu être constatée.

MM. Marie et Guinon (1) ont publié, en 1885, une observation, recueillie dans le service de M. le professeur Charcot, où les choses se sont passées à peu près ainsi : chez ce même malade tous les muscles présentaient leur volume normal, tandis qu'au contraire leur puissance contractile était fortement diminuée, surtout pour les muscles qui sont d'ordinaire le siège de la pseudo-hypertrophie, et ce n'est qu'à une période plus avancée de la maladie qu'on a commencé à voir les cuisses s'amaigrir légèrement.

Mais lorsque la sclérose prédomine ainsi sur la lipomatose, il n'en résulte pas seulement un amincissement de la masse musculaire, il existe également des modifications importantes dans leur consistance et surtout des rétractions, rétractions d'une forme un peu spéciale.

Si quelques-uns des muscles atteints offrent une rigidité absolue, une rétraction analogue à celle qu'on observe, par exemple, dans les contractures consécutives aux hémorrhagies cérébrales avec lésion descendante des cordons de la moelle, la plupart conservent une certaine élasticité qui peut être mise en jeu par des mouvements passifs : le muscle résiste à la façon d'un tube de caoutchouc fortement tendu, ramenant à sa position primitive le membre ou le segment du membre qui a été étendu ou fléchi artificiellement, et c'est surtout au niveau des muscles en état d'atrophie apparente que s'observe cette modification particulière.

De ces rétractions à quelque ordre qu'elles appartiennent, résultent des déformations persistantes dont quelques-unes sont assez constantes pour constituer des caractères propres à la paralysie pseudo-hypertrophique.

Si la pseudo-hypertrophie, tout en étant un épiphénomène assez fréquent pour avoir au début donné son nom à la maladie, n'est pas toujours assez apparente ou assez persistante pour assurer le diagnostic, il est d'autres symptômes qui, en donnant à l'élément paralysé la place qu'il mérite, c'est-à-dire la première place, permettent de faire de la paralysie pseudo-hypertrophique une forme bien définie sur laquelle viendront, d'après les modifications des différents caractères, se greffer des variétés secondaires.

Ces autres caractères étaient déjà complètement décrits par Duchenne, la pseudo-hypertrophie ne tenant sa place qu'au même titre que les autres symptômes.

La plupart des modifications qui donnent à l'affection sa physionomie spéciale, relèvent de l'affaiblissement musculaire et aussi de la localisation de cet affaiblissement au début — localisation constante. Or, ce sont là deux ordres de phénomènes qui ont toujours joué un grand rôle dans l'étude des maladies amyotrophiques et qui ont permis de tracer des limites entre les différents types de myopathie.

C'est par les membres inférieurs que débute l'affaiblissement musculaire, se traduisant par de la difficulté dans la marche, surtout lorsque le malade est obligé de se tenir debout, le tout ne s'accompagnant d'aucune sensation pénible autre que celle qui résulte de la fatigue.

Ce début a toujours lieu à un âge peu avancé, dans la première ou la seconde enfance, et l'affaiblissement peut rester longtemps stationnaire à un degré peu marqué, n'attirant généralement pas l'attention chez les jeunes enfants, et nous n'insisterons pas sur la fréquence si connue de l'hérédité.

De cet affaiblissement des membres inférieurs résulte une démarche tellement spéciale qu'à elle seule elle acquiert une importance prépondérante dans le diagnostic lorsque l'époque déjà éloignée du début ne permet pas de rétablir exactement l'ordre d'envahissement des muscles ou que la pseudo-hypertrophie fait défaut. Le malade marche en imprimant à la partie supérieure du corps et au tronc un balancement latéral marqué; en même temps il écarte les jambes pour retrouver dans la plus grande surface de son polygone de sustentation ce que le peu de forces de ses muscles lui fait perdre de solidité et d'équilibre. Il y a une sorte de déhanchement et de dandinement.

Les malades ne modifient pas seulement leur habitus extérieur pendant la marche, mais de la faiblesse des muscles du dos, presque toujours contemporaine d'ailleurs de l'affaiblissement des membres inférieurs, résulte une courbure lombo-sacrée très marquée. Ces muscles n'étant plus capables de prévenir la chute du corps en avant, le malade porte instinctivement les épaules en arrière de façon à reculer, autant que possible, le centre de gravité de la partie supérieure du tronc.

L'aspect de la région lombaire, lorsqu'existe cette ensil-

(1) Marie et Guinon. Loc. cit.

lure, peut être variable selon que les muscles spinaux sont atrophiés ou augmentés de volume, les apophyses épineuses des vertèbres formant dans le premier cas une arête saillante et répondant, dans le second cas, au contraire, à une dépression, à un sillon limité par les muscles augmentés de volume et formant bourrelet.

Ce sont là les modifications fonctionnelles, observables seulement chez les individus arrivés à une époque relativement assez peu avancée de la paralysie pseudo-hypertrophique au moment où les muscles ont conservé un nombre de fibres saines suffisant pour entrer encore en action et permettre à l'individu de se mouvoir. Il en est d'autres persistantes pouvant être apparues à une période précoce et compatibles avec la marche dans une certaine mesure, mais allant toujours en s'accentuant et qui dépendent des rétractions dont nous nous sommes déjà occupé. A cette catégorie de faits appartient l'équinisme latéral avec rétraction des orteils en griffe, apparaissant souvent assez tôt pour que la ténotomie puisse rendre service au malade, en lui rendant la marche possible pour quelques années encore.

Enfin, la marche progressive et envahissante de haut en bas est constante, finissant par condamner le malade à une immobilité presque absolue, jusqu'à ce qu'une maladie intercurrente vienne l'enlever : elle est encore un caractère constant de cette affection.

On observe également des modifications du côté des téguments : la peau est livide, bleuâtre, refroidie au niveau des muscles paralysés; elle n'est plus mobile sous les parties sous-jacentes comme à l'état normal; toutes les parties molles semblent ne former qu'un tout homogène sans différenciation de plan, tantôt formant un tout remarquable par sa mollesse, tantôt, au contraire, offrant une certaine dureté.

Ce sont là autant de caractères suffisamment nets et suffisamment typiques pour assurer l'autonomie de la maladie, même en dehors des modifications de volume, soit en plus, soit en moins, qui doivent être considérés comme les accidents. Ainsi comprise, pourquoi cette affection, connue sous le titre de paralysie pseudo-hypertrophique, bien avant les descriptions données par Leyden, par Mœbius, par Erb, de types spinaux auxquels ils ont attaché leur nom, au lieu d'être absorbée par chacune de ces formes, ou d'être débaptisée à leur profit, ne les absorberait-elle pas toutes, au contraire, pouvant d'ailleurs, comme toutes les maladies, changer d'aspect avec le degré de son évolution ou affecter des formes, même primitivement différentes, basées sur la différenciation de quelques points de détail avec conservation des lignes principales.

Même dans ces conditions, la paralysie pseudo-hypertrophique rentrerait dans la grande classe des myopathies primitives héréditaires, à propos desquelles M. le professeur Charcot (1) a dit : « Je vous ai montré comment il se faisait en ce moment une revision des idées reçues jusqu'ici sur l'amyotrophie musculaire et comment nous étions arrivés à cette conclusion que toutes les myopathies, dont on avait décrit cinq ou six formes, se confondaient en une seule; qu'il n'y avait qu'une sorte de myopathie primitive portant avec elle des combinaisons diverses. »

(1) Charcot. *Leçons du mardi.*

DE QUELQUES NOUVEAUX EMPLOIS DE L'EAU CHAUDE

Les traitements proposés pour la cure de l'acné sont des plus nombreux et des plus variés, ainsi qu'on peut s'en convaincre facilement en parcourant les traités de dermatologie.

Un médecin de New-York, le docteur Leviseur, vient de rappeler, dans le *Medical Record*, les bienfaits que l'on peut retirer des applications d'eau chaude sur les parties malades, et il rapporte à l'appui de son dire un grand nombre de guérisons. Nos lecteurs (1) connaissent déjà les résultats heureux qu'on peut obtenir en chirurgie, en obstétrique et en gynécologie, par l'emploi judicieux et raisonné de l'eau chaude. Mais il faut, dans ces applications, suivre certaines règles et ne pas croire qu'il suffise simplement de lotionner l'endroit malade pour obtenir la disparition du mal. Appliquée d'une façon négligée, en simples frictions ou lotions, l'eau, même très chaude, ne produit aucune amélioration.

Dans le traitement de l'acné, d'après notre confrère de New-York, la chaleur doit atteindre 45 ou même 50 degrés, c'est-à-dire avoir une température que la peau supporte difficilement. Une éponge ou des doubles de linge sont imprégnés de cette eau chaude et appliqués pendant un temps très court, et sur une petite étendue des parties malades. Sous l'influence de cette application, la peau rougit, mais l'hyperhémie n'est que de courte durée. On répète une deuxième fois cette manœuvre, après quelques minutes de répit. Cette séance doit être renouvelée deux à trois fois dans la journée. Le docteur Leviseur a fait construire un instrument spécial pour cet usage, mais une éponge ou de l'ouate hydrophile, tenue par une pince hémostatique, nous paraissent devoir suffire.

M. le docteur Alvin (de Saint-Étienne), connaissant les heureux résultats produits par l'eau chaude dans les lésions d'ordre congestif ou inflammatoire, a eu l'idée de l'employer dans la cure des hémorrhoïdes turgescentes.

Plusieurs fois par jour (trois à quatre fois), le malade applique sur l'anus une éponge montée sur un manche et imbibée d'eau à 53 ou 60 degrés (*Semaine médicale*). Cette température nous paraît peut-être un peu élevée et difficile à tolérer. A notre avis, 50 degrés seraient la température maximum qu'il ne conviendrait guère de dépasser. L'application ne dure qu'une demi-minute à une minute. Elle est renouvelée cinq à six fois de suite, jusqu'à ce qu'une cuisson assez vive se manifeste. On sèche alors la région avec un linge fin, mais sans essuyer.

D'après M. Alvin, après vingt-quatre heures le malade est soulagé, au bout de quelques jours les bourrelets deviennent plus souples et se réduisent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 novembre 1890. — Présidence de M. Nicaise.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

M. Routier fait connaître les résultats de sa pratique personnelle. N'étant pas électricien, il n'a pas appliqué aux fibromes le procédé des grandes ou des petites intensités. Il a dû faire la laparotomie chez plusieurs malades qui avaient été traitées par l'électricité et considérées comme guéries. Il soigne même en ce moment une jeune fille atteinte de salpingites purulentes qui, dix mois durant, a subi le traitement électrique pour un soi-disant fibrome. M. Routier lui a enlevé une poche purulente à droite et a dû en drainer une autre à gauche, communiquant avec la vessie. Il a rencontré, parmi ses malades, plusieurs erreurs de ce genre, et toutes ces malades avaient été considérées comme guéries. C'est ce qui l'a rendu sceptique à l'égard de l'électricité.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 652, 672.

Au point de vue du traitement, M. Routier divise les fibromes en trois catégories. Dans la première, M. Routier place les très gros fibromes, remontant au-dessus de l'ombilic, gênant les malades par leur poids, leur volume, la compression qu'ils exercent sur les organes pelviens et surtout par les hémorrhagies. Ces tumeurs sont tributaires de l'hystérectomie. Cependant, si les phénomènes de compression ne forcent pas la main du chirurgien, si la cavité utérine est grande et profonde, on peut se contenter de la castration, après laquelle on voit fondre ces tumeurs. M. Routier compte, parmi ses opérées, six cas de ce genre.

Quand il a dû recourir à l'hystérectomie, il a toujours fait un pédicule extérieur. Sur douze malades opérées par l'hystérectomie abdominale, il compte onze guérisons et un décès. Dans ce dernier cas, l'opération avait été complexe et laborieuse : difficultés à faire sortir la portion de la tumeur incluse dans le petit bassin, dissection de la vessie, pédicule très bas, etc. La malade est morte le cinquième jour. Parmi les onze autres guéries, il y a eu cependant des cas difficiles, à prolongement pelvien. M. Routier a supprimé les broches de fer à demeure. Si les ligaments larges sont flottants, il les saisit dans la ligature élastique ; dans le cas contraire, il lie les annexes à part. Il réduit le moignon autant que possible, le cautérise ainsi que la cavité utérine, fait un surjet entre le péritoine pariétal et le péritoine du pédicule, et ferme le ventre par une simple suture au crin de Florence. Le pédicule est parfois assez long à tomber ; M. Routier en hâte la chute avec quelques coups de ciseaux vers le quinzième jour. Sauf la longueur du traitement et parfois un certain degré de hernie consécutive au niveau du moignon, il n'y a pas d'accidents.

Dans la seconde catégorie, M. Routier comprend les fibromes dont le symptôme dominant est fourni par les métrorrhagies. Ici la castration est indiquée et lui a donné toujours de bons résultats : retrait notable du fibrome, cessation des hémorrhagies et des douleurs. La castration est une opération bénigne ; sur quatorze cas, M. Routier compte quatorze succès. Toutes ces malades sont guéries de leurs pertes et de leurs douleurs, sauf une. Chez une autre, il a dû faire une opération complémentaire, l'extraction de fibromes intra-utérins par les voies naturelles.

Enfin, dans la troisième catégorie, se trouvent les fibromes, petits ou gros, qui ne déterminent pas d'accidents graves et ne gênent pas autrement les malades. Pour celles-ci, tous les traitements sont bons, sauf bien entendu le traitement chirurgical. Pour la plupart, il suffit d'un traitement médical, et ces malades n'ont qu'à attendre patiemment la ménopause.

En résumé, M. Routier pense qu'il faut savoir employer, suivant les cas, l'hystérectomie, la castration ou le traitement médical, y compris l'électricité ; mais aucune de ces méthodes ne peut convenir indistinctement à tous les cas.

M. PRENGRUEBER rappelle que M. Richelot, parlant de la castration ovarienne, a dit que cette opération ne pouvait être appliquée aux cas dans lesquels la tumeur était fortement enclavée dans le petit bassin.

Il a eu précisément l'occasion de soigner deux malades chez lesquelles cet enclavement était la cause d'accidents particulièrement graves et qui ont guéri par la castration, aidée d'une manœuvre d'ailleurs très simple.

Voici l'une de ces observations :

Il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, dont la maladie paraît remonter au mois de juillet 1889. A ce moment, elle constata des pertes abondantes et douloureuses, et son ventre commença à grossir ; sa miction fut même assez difficile pour qu'il ait été nécessaire de la sonder.

Au mois de juillet dernier, elle entra dans le service de M. Tillaux, que M. Prengrueber remplaçait. Son état, à ce moment, était lamentable : hémorrhagies abondantes, affaiblissement considérable, violentes douleurs du bassin, œdème considérable des membres inférieurs, surtout à gauche ; la malade, urinant par regorgement, baignait dans son urine, et celle-ci avait déterminé une rougeur érysipélateuse fort douloureuse. L'examen du ventre montra d'abord que la vessie remontait jusqu'au voisinage de l'ombilic, et le cathétérisme permit de retirer 3 litres et demi d'urine. On put alors constater dans le bas-ventre une tumeur dure, remplissant le bassin ; par le toucher, on retrouvait cette même masse remplissant le vagin, immobile, soudée en quelque sorte aux parois du bassin.

Dans ces conditions, une intervention s'imposait d'urgence.

Après avoir pris toutes les précautions d'usage, M. Prengrueber ouvrit le ventre en ayant soin de ménager la vessie. Le ventre ouvert, il constata que la partie supérieure du corps de l'utérus avait sensiblement son aspect normal, mais qu'il se continuait par en bas avec une volumineuse tumeur développée dans la partie supra-vaginale du col. En saisissant le corps utérin, il put s'assurer à nouveau de l'enclavement prononcé de la tumeur, que l'on ne pouvait mouvoir qu'avec peine. Dans ces conditions, son plan opératoire fut le suivant : dégager le néoplasme de façon à ce que sa plus grande circonférence, son équateur, actuellement intra-pelvien, soit reporté au-dessus du détroit supérieur, et enfin faire la castration.

La première partie de ce plan fut assez difficile à exécuter ; l'opérateur dut avoir recours à des tractions de bas en haut, à des mouvements de latéralité, de bascule, qui firent apparaître peu à peu la partie la plus large de la tumeur. Il arriva ainsi à désenclaver la tumeur. Dès lors, plus de compression des organes pelviens, et la tumeur, en admettant qu'elle dût augmenter de volume par la suite, avait le champ libre dans la cavité abdominale. Cela fait, il pratiqua la castration double, suivant la méthode ordinaire, et referma le ventre.

Les suites opératoires furent des plus simples, et les accidents graves disparurent comme par enchantement. Dès le lendemain, la malade ne perdait plus de sang, n'éprouvait aucune douleur ; son œdème avait déjà sensiblement diminué. Au bout de huit jours, elle pouvait uriner seule, et si on la sondait après une miction, on ne retirait plus qu'une centaine de grammes de liquide. Par la suite, elle vida complètement sa vessie et quitta l'hôpital guérie.

M. Prengrueber a eu recours au même procédé chez une malade se présentant dans des conditions analogues. Sans vouloir trop généraliser la pratique qu'il a suivie dans ces deux cas, il croit qu'on peut tirer de ces faits la conclusion que, fort souvent, l'enclavement de la tumeur n'est pas une contre-indication à la castration ovarienne, mais qu'il sera bon de compléter cette castration par des manœuvres destinées à faire sortir de l'enceinte pelvienne le plus grand diamètre de la tumeur. Il ajoute que cette manœuvre, qui présente de grandes difficultés lorsqu'on essaye de la pratiquer par les voies naturelles, lui paraît, au contraire, assez facile par la voie abdominale.

M. SEGOND s'élève contre cette proposition émise par M. Richelot, à savoir que le pronostic de l'hystérectomie abdominale est aujourd'hui semblable à celui de l'ovariotomie. Il pourrait être dangereux de laisser s'accréditer une pareille opinion.

M. Segond fait connaître ses propres résultats ; il a fait 17 laparotomies chez des femmes atteintes de tumeurs fibreuses graves. Sur ce nombre, il a eu 7 décès. Il a pratiqué 6 fois la castration ovarienne et a eu 6 succès opératoires et 4 succès thérapeutiques. Quant aux 17 laparotomies, M. Segond les divise en deux groupes : un premier groupe de 12 cas et un second de 5 cas. Dans ces 5 cas, il s'agissait de femmes atteintes soit de tumeurs fibreuses volumineuses et multiples de l'utérus, soit de tumeurs fibreuses incluses dans les ligaments larges, soit de fibro-sarcomes, avec généralisation du côté du péritoine. Non seulement, dans ces cas, l'hystérectomie a présenté les plus grandes difficultés, mais elle a dû se compliquer encore de graves délabrements. Ces 5 malades ont succombé. Dans l'autre groupe de 12 malades, M. Segond compte 2 morts et 10 guérisons. Là, il s'agissait de fibromes inclus dans l'utérus, avec, parfois, des adhérences négligeables au point de vue de la gravité opératoire ; plusieurs de ces opérations ont été longues, laborieuses, mais toujours réglées. Des deux morts, l'une a été due à des accidents

cérébraux, avec hémiplégie; l'autre a été causée par une péritonite survenue à la suite d'une opération dans laquelle M. Segond avait réduit le pédicule dans la cavité abdominale. Dans tous les autres cas, il a eu recours au procédé extra-péritonéal, avec ligature élastique, dessèchement du pédicule par les moyens dont on a parlé, etc. Toutes ces malades ont guéri sans incident. Jointe aux autres, la statistique de M. Segond montre combien il est difficile de juger, dans leur ensemble, les tumeurs fibreuses de l'utérus et leur traitement. On peut dire, qu'aujourd'hui, le pronostic opératoire des hystérectomies s'est simplifié, amélioré, mais surtout dans les cas où il s'agit d'opérations bien réglées. Il reste un certain nombre de cas où l'opération est très difficile, très compliquée et d'un pronostic très grave. Il n'y a donc là aucune comparaison à faire avec l'ovariotomie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE croit aussi que c'est une erreur de vouloir comparer le pronostic de l'hystérectomie abdominale à celui de l'ovariotomie, et c'est précisément parce qu'il considère l'hystérectomie comme une opération infiniment plus grave que l'ovariotomie, qu'il a cherché, dans nombre de cas, à lui substituer l'électrothérapie ou la castration. Sait-on jamais au début ce qu'on va rencontrer, devant quelles difficultés on va se trouver? Peut-on être sûr du diagnostic? Peut-on prévoir les complications? On se trouve, dans ces cas, en présence d'hésitations et d'incertitudes de toutes sortes, et c'est en raison même de ces incertitudes, qu'on se demande encore s'il vaut mieux rentrer le pédicule ou le mettre dehors. En outre, à la suite de l'hystérectomie, bien des malades meurent sans qu'on sache pourquoi. Il est des cas où l'opération a été relativement facile, où tout s'est bien passé et où les malades meurent tout de même. On ne peut donc pas dire que l'hystérectomie soit comparable à l'ovariotomie.

M. BOUILLY tient à constater de nouveau que le pronostic de l'hystérectomie s'est modifié et a beaucoup diminué de gravité. Dans les cas où l'électrothérapie et la castration ne sauraient être mises en cause, il ne faut plus hésiter, autant qu'autrefois, à pratiquer l'hystérectomie, car il est incontestable qu'elle donne, aujourd'hui, de meilleurs résultats.

COMMUNICATIONS

Salpingite suppurée. — M. MARCHAND, à l'occasion de la présentation, faite dans la dernière séance, par M. Reynier, d'une double salpingite purulente, communique l'observation d'une femme de trente et un ans qui, à la suite de couches et après une chute, fut prise de douleurs abdominales avec des symptômes de péritonite, et vit son ventre grossir. On y constatait, en effet, la présence d'une tumeur que M. Marchand prit pour un kyste ovarique à pédicule tordu. Il fit la laparotomie et se trouva en présence d'une grosse poche adhérente à la corne de l'utérus. Il dut même amputer une portion du fond de l'utérus. Il s'agissait d'une pyo-salpingite contenant 2 litres et demi de pus. M. Marchand ne croit pas qu'on en ait observé d'aussi volumineuses. La malade a très bien guéri. L'examen microscopique a confirmé le diagnostic de salpingite.

M. BOUILLY fait observer qu'en effet, il est extrêmement rare de trouver des salpingites aussi considérables. Toutefois, on en rencontre encore assez souvent contenant 1 litre à 1 litre et demi de pus. Ces grosses salpingites ont souvent une marche insidieuse et sont très silencieuses. M. Bouilly cite une observation dans laquelle il s'agissait de deux trompes énormes et qui se présentaient comme un gros kyste remplissant tout le ventre. La malade fut opérée et succomba brusquement dans la nuit à une embolie pulmonaire.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a opéré une malade chez laquelle les deux trompes contenaient l'une 1 200, l'autre 1 000 grammes de pus. Ces malades ressemblent à celles qui portent des kystes de l'ovaire. La marche de ces salpingites énormes est, en effet, silencieuse et ne donne pas lieu à ce cortège de symptômes douloureux qui accompagnent habituellement les petites ovarites suppurées.

RAPPORT

Traitement des fistules recto-vaginales. — M. SEGOND fait un rapport sur une communication de M. Felizet, relative à un cas de fistule recto-vaginale qu'il a guérie par un procédé particulier. La guérison date actuellement de cinq mois. Il s'agissait d'une fistule oblique, dont l'orifice vaginal était à 3 centimètres au-dessus de la vulve et l'orifice rectal à 6 ou 7 centimètres. M. Felizet fit l'incision prérectale de Nélaton et dédoubla le périnée jusqu'à ce qu'il eût rencontré le trajet fistuleux. Cela fait, il passa une sonde dans le trajet fistuleux et sacrifia tout le feuillet postérieur de son dédoublement périnéal, puis il laissa les choses en l'état. La cicatrisation fut parfaite. Après un mois, la malade était radicalement guérie. M. Felizet, dans le travail qui accompagne cette observation, propose de généraliser ce procédé qui peut se trouver indiqué dans bon nombre de cas.

Cet ingénieux procédé, ajoute M. le rapporteur, est analogue à celui qu'a préconisé Astley Cooper pour la cure des fistules rétro-prostato-rectales chez l'homme. Il présente également une certaine analogie avec le procédé dont M. Quénu a récemment entretenu la société et que l'on pourrait appeler le procédé Alphonse Guérin-Quénu. L'opération de M. Felizet est plus simple, mais celle de M. Quénu est, pour ainsi dire, plus ménagère du périnée.

Dans le traitement des fistules recto-vaginales, il importe d'établir une distinction entre les fistules haut situées et les fistules bas situées. Pour les premières, la section du périnée est un sacrifice important et chaque fois qu'on pourra avoir recours à un procédé qui permettra de le ménager, tel que celui qu'a préconisé récemment M. Le Dentu, il faudra préférer ce procédé. Pour les fistules bas situées, quand on a affaire à un bon périnée, on peut avec avantage recourir à l'une des opérations Felizet ou Guérin-Quénu; mais quand il s'agit d'un périnée effondré, l'indication la plus importante est encore de reconstituer cette sangle périnéale et la colpo-périnéorrhaphie remplit merveilleusement cette indication. Il est inutile de chercher une autre opération.

M. QUÉNU n'accepte pas la distinction établie par M. Segond entre les fistules recto-vaginales et qui a pour base leur situation et leur hauteur; il est, en effet, un autre fait de la plus haute importance, c'est l'état du périnée. Or, dans les cas où ce périnée est assez satisfaisant, il y a tout intérêt à ne pas le fendre. M. Quénu a eu récemment l'occasion d'opérer deux fistules recto-vaginales. Dans un de ces cas, la section du périnée était nettement indiquée; dans l'autre, M. Quénu a eu recours à un procédé analogue à celui de M. Bouilly. La question de siège de la fistule est relativement peu importante; il faut seulement distinguer celles dont l'orifice rectal est au-dessus du sphincter de celles dont cet orifice est dans l'épaisseur même du sphincter; ou, autrement dit, les fistules sus-sphinctériennes, les fistules intra-sphinctériennes.

M. SEGOND admet également que l'état du périnée est la note dominante dans le choix du procédé opératoire. Il reconnaît que chaque cas présente ses indications spéciales, mais on peut dire que, dans l'immense majorité des cas, les femmes qui ont une fistule recto-vaginale ont un mauvais périnée.

LECTURE

Érysipèle de la face; gangrène. — M. SCHMIDT lit un travail sur un cas de gangrène consécutive à un érysipèle de la face.

HONORARIAT

M. TILLAUX est élu membre honoraire.

La séance est levée.

LE LAIT ET LA DIPHTHÉRIE

En Angleterre, l'attention des hygiénistes et des microbiologistes est vivement sollicitée sur la transmission possible des maladies infectieuses par le lait. C'est ainsi que le lait y est accusé d'avoir transmis la fièvre typhoïde, la scarlatine et la diphthérie. Dans ce dernier cas, on aurait même constaté que le lait ayant paru dangereux, n'avait pas été souillé par des produits diphthéritiques humains (épidémie dans le nord de Londres, en 1878; épidémie de 1886 à York-Town et Camberley; épidémie d'Enfield, en 1888, et de Barking, également en 1888). En outre, dans l'une de ces épidémies, on aurait constaté avec certitude la présence d'une éruption siégeant aux mamelles et aux pis des vaches.

Guidé par ces faits, M. Klein a essayé sur des vaches l'action du virus diphthéritique en injections sous-cutanées. Les animaux, ainsi inoculés, devinrent malades dès le second jour: fièvre, inappétence, tumeur molle et douloureuse au point d'inoculation, atteignant la grosseur du poing vers le huitième-dixième jour. Pendant la seconde semaine, les vaches commencèrent à tousser, et leurs mamelles devinrent le siège d'une éruption pustuliforme. A ce moment, le lait contenait le bacille diphthéritique à l'état de pureté.

Ces expériences sont donc très concluantes sur la possibilité de l'infection diphthéritique des vaches et de la transmission de la maladie par le lait, et l'attention des hygiénistes devra être éveillée sur cette nouvelle source possible de contamination, qui rendrait dangereux, non seulement le lait, mais encore les fumiers. (*Revue scientifique.*)

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Clinique nationale ophthalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts.

Concours pour l'admissibilité aux emplois d'aides de clinique.

Un concours, pour l'admissibilité aux emplois d'aides de clinique à la clinique ophthalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts, aura lieu dans les premiers jours du mois de février 1891. La date exacte d'ouverture de ce concours sera annoncée ultérieurement.

Les opérations du concours auront lieu dans une des salles de la clinique nationale.

Les candidats, pour être admis à y prendre part, doivent être de nationalité française et avoir pris au moins douze inscriptions à l'une des Facultés de médecine de l'État; sont, en outre, autorisés à concourir, les docteurs en médecine.

Les candidats, pouvant justifier de leur qualité de docteur en médecine, doivent, pour concourir, être âgés de moins de trente-cinq ans, le jour de l'ouverture du concours: ceux qui n'ont pas leur diplôme ne peuvent se présenter que s'ils ont moins de trente ans.

Toute demande en autorisation de concourir devra être déposée au secrétariat de l'hospice national, le samedi 3 janvier, au plus tard.

Cette demande sera accompagnée :

1° De l'acte de naissance du postulant ou d'une copie certifiée de ses lettres de naturalisation ;

2° De son diplôme, s'il est docteur ;

3° De ses titres et états de services ainsi que des travaux scientifiques dont il serait l'auteur;

4° D'un certificat de bonnes vie et mœurs.

Les candidats ayant obtenu le nombre de points exigé pour être déclarés admissibles aux emplois d'aides de clinique seront classés par le jury d'après le mérite de leurs examens. Ils seront nommés au fur et à mesure des vacances dans l'ordre de leur classement.

Toutefois, ils devraient concourir de nouveau s'ils n'avaient pas été pourvus d'un emploi d'aide de clinique dans le délai de quatre ans à compter de la date du concours.

Les épreuves sont au nombre de trois :

1° Un examen des titres et travaux scientifiques des candidats. Cet examen sera fait par le jury et le nombre de points attribués aux candidats sera porté à leur connaissance avant l'ouverture des épreuves orales ;

2° Une question orale sur un sujet quelconque de pathologie. Il sera accordé cinq minutes de réflexion et dix minutes pour l'exposition ;

3° Une question orale sur un sujet de pathologie spéciale oculaire. Il sera accordé cinq minutes de réflexion et dix minutes pour l'exposition.

Pour chacune des épreuves le nombre de points à attribuer aux candidats est déterminé d'après l'échelle suivante :

0 nul ; 1 et 2 très mal ; 3, 4 et 5 mal ; 6, 7 et 8 médiocre ; 9, 10 et 11 passable ; 12, 13 et 14 assez bien ; 15, 16 et 17 bien ; 18 et 19 très bien ; 20 parfait.

Toute épreuve, autre que l'épreuve sur titres, dont la note est inférieure à 9, entraîne la non-admissibilité du candidat.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur E. Ménière, médecin-auriste au Dispensaire Furtado-Heine et de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, vient d'être nommé médecin-auriste de la Grande-Chancellerie de la Légion d'honneur et médecin-adjoint de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris.

Cette dernière nomination évoque le souvenir du père de notre confrère. P. Ménière fut, en effet, médecin en chef des sourds-muets de 1838 à 1862. Praticien de la plus haute distinction et très fin lettré, P. Ménière est l'auteur d'une très intéressante relation de la captivité de la duchesse de Berry, à Blaye, en 1833.

Nous adressons nos plus cordiales félicitations à notre confrère, le docteur E. Ménière, qui a le bonheur de renouer ainsi des traditions de famille et d'entrer dans une maison où le souvenir de son père est toujours vivant et respecté.

— M. le professeur G. Sée commencera le cours de clinique médicale, le lundi 17 novembre 1890, à dix heures, et le continuera tous les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Ordre du cours : les lundis, leçons de thérapeutique expérimentale et pratique; les vendredis, conférence de diagnostic.

M. le professeur Cornil fera les autopsies. Leçons d'anatomie pathologique et démonstrations, le jeudi à dix heures, à partir du 20 novembre 1890.

— M. le docteur Ch. Fauvel fait un cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, à sa clinique, rue Guénégaud, 13, les lundis et jeudis, à dix heures. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée.

M. le docteur Blanc, chef de clinique, est à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie topographique avec application à la chirurgie, par le professeur P. TILLAUX. 6e édition, 1 vol. gr. in-8° avec 310 figures (dont 40 nouvelles) en noir et en couleur, cartonné à l'anglaise. — Prix : 26 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Nouveaux éléments de pathologie externe, publiés par le professeur A. BOUCHARD (de Bordeaux), t. II, fasc. II : *Maladies des régions* (poitrine, abdomen, voies urinaires, organes génitaux de l'homme et de la femme, membre supérieur et membre inférieur). Avec la collaboration de MM. les professeurs agrégés Maurice DENUCÉ, PIÉCHAUD, POUSSON, BOURSIER et VILLAR, de la Faculté de Bordeaux. 1 vol. in-8° de 970 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 6 francs; prix de l'ouvrage complet : 2 vol. gr. in-8°, 24 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Leçons sur les maladies mentales, par le professeur B. BALL. 2e édition revue et augmentée. 1 beau vol. in-8° de 1 050 pages. Prix : 20 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

L'évolution juridique dans les diverses races humaines (Bibliothèque anthropologique, t. XIV), par Ch. LETOURNEAU, professeur à l'École d'anthropologie, etc. 1 vol. in-8° — Prix : 9 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Des traitements des déviations de la taille (sans corsets ni lits orthopédiques). Leçons d'orthopédie, par le docteur J.-B. REYNIER, professeur libre à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, publiée sous la direction de M. J. ROCHARD. Tome III, 2e fascicule : La ville souterraine, par J. ROCHARD; Les habitations, par Léon FAUCHER et RICHARD. 1 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 17 novembre 1890.

Nous recevons de M. le docteur Després, chirurgien de l'hôpital de la Charité, député du VIe arrondissement, la lettre suivante :

« Paris, le 16 novembre 1890.

Monsieur le directeur,

Nous venons de recevoir, mes collègues et moi, un rapport de M. Strauss, conseiller municipal, touchant l'examen du budget de l'administration de l'Assistance publique. Ce rapport, qui entre beaucoup trop, et sans droit, dans l'organisation intérieure des hôpitaux, est terminé par un tableau annexe, indiquant le coût du personnel laïque mis à la place des sœurs et les frais de son installation.

Le rapporteur a été induit en erreur par l'administration, il lui a été donné des renseignements volontairement inexacts, qu'il faut relever sans retard.

Les effets de la laïcisation se font de plus en plus durement sentir. Quoique l'administration, à la fin de cette année, vienne de déplacer un certain nombre d'infirmières laïques de nos hôpitaux du centre, et qu'elle y replacera, d'ailleurs, vers le mois de février 1891 (on verra que ces infirmières sont placées à l'hôpital Laënnec, qui renferme aujourd'hui 46 infirmières laïques, là où il n'y avait jadis que 17 sœurs), quoique l'administration ait mis des suppléantes à la place de quelques sous-surveillantes, depuis l'année dernière, c'est-à-dire depuis le 1er janvier 1889, le prix des « service de santé et services économiques » qui, en 1889, était de 2377000 francs (Budget de 1888, p. 61), est aujourd'hui de 2687900 francs (Rapport de M. Strauss, p. 48 et 49), total 310000 francs d'augmentation. En revanche, la dépense de la cave, le vin que l'on achetait, en 1887, au prix global de 2310400 francs, n'est plus acheté, cette année, qu'au prix inférieur de 2047500 francs, total 262900 francs d'économies sur le vin des malades.

Mais c'est surtout dans le tableau annexé au rapport, que l'inexactitude des renseignements fournis par l'administration apparaît le plus clairement. Ce n'est pas 750 francs par an que l'on donne uniformément aux infirmières laïques, c'est 750 à 925 francs, plus 600 francs d'indemnité de logement, plus le déjeuner du matin et le déjeuner de midi. Nulle part, le logement et la nourriture ne figurent au tableau. Ce qui y figure encore moins, ce sont les gratifications de fin d'année ou *étrennes* distribuées à 452 infirmières laïques et que l'on ne donnait pas aux sœurs, étrennes qui s'élèvent bon an mal an à 50 francs par infirmière laïque, c'est-à-dire : 432 multiplié par 50, soit 21600 francs de dépense accessoire ajoutée à toutes les autres.

Pour ce qui est du coût d'installation des infirmières laïques, à l'hôpital Cochin, par exemple, j'ai montré, pièces en main, et bien en face de M. le directeur Peyron (Bulletin municipal officiel, 16 novembre 1885), que l'on avait acheté, près de l'hôpital Cochin, une maison au prix de 88000 francs et que l'on y avait dépensé pour la mettre en état 51000 francs ; soit, en tout, 139000 francs ; puis, comme cela ne suffisait pas, l'on a donné congé à des locataires d'une maison, productive de revenu, appartenant à l'administration de l'Assistance publique, 17, rue du Faubourg-Saint-Jacques ; et, pour avoir des logements destinés aux laïques, l'on a supprimé un revenu de 4400 francs. De sorte que le renvoi des sœurs de l'hôpital Cochin a nécessité une dépense, inutile pour les malades, de 139000 francs en capital et 4400 francs en revenus.

Le *chiffre* de la dépense d'installation des laïques, à l'hôpital Cochin, donné par l'administration et reproduit dans le rapport, est de 37002 fr. 78 ! Tout commentaire est superflu.

Veuillez agréer, etc.

Dr Armand DESPRÉS,
Chirurgien à l'hôpital de la Charité,
Député du VIe arrondissement. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Ouverture des cours.

La Faculté a recommencé ses travaux, et les professeurs, après quelques mois de repos bien mérité, sont venus reprendre leur enseignement. Comme nous l'avions mentionné, dans un de nos derniers numéros, les cours et les examens recommencent cette année, comme ils ont fini l'année dernière, sans que rien de bien nouveau se soit fait jour. Quelques réformes minimes ont cependant été acceptées, et l'on sent, qu'à la Faculté même, parmi les professeurs, on ne considère pas l'état de choses actuel

comme le dernier mot du progrès. On voudrait faire mieux, se perfectionner, on parle des défauts existants, on les signale du doigt, on fait des vœux pour un avenir meilleur; on se rend compte qu'il y a beaucoup à modifier, mais jusqu'ici tout cela ne dépasse pas la zone des espérances les plus platoniques; et les modifications nécessaires ne sont même pas encore formulées sur le moindre papier officiel.

Nous ne saurions, d'ailleurs, mieux faire que de donner la parole à M. le professeur Laboulbène qui, dans sa leçon d'ouverture, fait l'histoire de la dernière année scolaire :

« En ouvrant le cours d'Histoire de la médecine et de la chirurgie, je tiens à rappeler au plus grand nombre d'entre vous et à faire connaître aux nouveaux venus les événements qui se sont succédé pendant la dernière année scolaire.

Nous avons éprouvé des pertes cruelles, vous avez de nouveaux maîtres; d'autre part, la Faculté cherche constamment à étendre et à perfectionner son enseignement.

Le professeur François Damaschino nous a été ravi au mois de décembre. D'un esprit vif, gracieux, ayant quelque chose d'Athénien, notre jeune collègue avait pu enlever de haute lutte les positions élevées, avec ce rare privilège de ne point avoir d'ennemis. Travailleur infatigable, des plus habiles à manier le microscope et les appareils de microphotographie, il avait déjà fourni des travaux d'une réelle valeur. Tels sont : sa thèse sur les *Différentes formes de la pneumonie chez les enfants*, ses *Leçons sur les maladies des voies digestives*, ses *Recherches sur la paralysie pseudo-hypertrophique ou myo-sclérosique*, les *Anévrysmes des artérioles pulmonaires dans les cavernes tuberculeuses*, etc.

Notre cher absent avait devant lui un brillant avenir lorsque ses forces n'ont plus répondu à sa volonté; sa vieille mère, qui ne pouvait être consolée, l'a suivi peu de jours après dans la tombe si prématurément ouverte.

Le successeur de Damaschino est M. Debove, que la Faculté a choisi parmi des compétiteurs fort méritants. Vous le connaissez déjà et vous avez pu apprécier son mérite. Élève de Lorain, de MM. Ranvier et Charcot, à la fois brillant et solide, M. le professeur Debove vous enseignera la pathologie médicale, en vous tenant au courant de tous les progrès accomplis et en vous faisant entrevoir les espérances des investigations contemporaines.

Après Damaschino, la mort a frappé Trélat, arrivé à l'apogée d'un talent professoral exceptionnel. Sagace, minutieux, chercheur, le professeur Ulysse Trélat occupait la chaire de Velpeau et de Gosselin avec la plus solide instruction chirurgicale et une véritable dextérité artistique; il était un de nos meilleurs opérateurs.

La maladie a terrassé Trélat en quelques jours et sa perte a été vivement ressentie, non seulement par nous, mais par les corps savants où il se prodiguait sans compter : Académie de médecine, Société de chirurgie, Conseil supérieur de l'Assistance publique, Conseil d'hygiène et de salubrité, Société de médecine publique, etc. Avec son naturel de contraste et d'imprévu, sa parole facile, vive, entraînante, Trélat, orateur original et primesautier, improvisateur fécond, n'a pu réunir ses observations, ses notes, ses leçons, ses publications éparses. Mais ses élèves se sont mis à la tâche, et ils donneront sous peu l'œuvre du maître regretté.

Le mouvement chirurgical de la Faculté a été grand. Après la retraite de M. Richet père, M. Verneuil est venu à l'Hôtel-Dieu. M. Le Fort ayant pris la place de M. Verneuil à la Pitié, M. Duplay, d'abord à Necker pour remplacer M. Le Fort, a pu finalement prendre possession de la clinique de la Charité, par suite du décès de Trélat.

Je tiens à vous signaler les leçons inaugurales de MM. les professeurs Verneuil et Duplay. Vous y trouverez tracés les devoirs du chirurgien en présence du champ ouvert à toutes les audaces par l'emploi des moyens antiseptiques. Il vous faudra lire ces leçons et les méditer.

D'autres installations professorales viennent d'avoir lieu : M. Tillaux, dont la place à la Faculté était marquée depuis longtemps, est arrivé à la chaire de médecine opératoire. L'habile directeur de l'amphithéâtre de Clamart, l'auteur du *Traité d'anatomie topographique* et du *Traité de chirurgie clinique* vous fera un cours excellent, je vous en donne l'assurance.

Depuis l'année 1851, il n'y avait pas eu, à la Faculté, vacance directe, sans permutation, pour les chaires de clinique chirurgicale. La mort imprévue de Trélat en ouvrait une et M. Le Dentu a pu l'obtenir sur un compétiteur des plus redoutables.

Vous aurez à l'hôpital Necker un professeur habile qui vous montrera comment le chiffre de la mortalité s'est abaissé avec les opérations suivies de pansements antiseptiques soigneusement faits. Du reste, j'ai longuement insisté, l'année dernière, sur l'Histoire de l'anesthésie et de l'antisepsie, ces inappréciables conquêtes. Vous verrez comment les malades ont bénéficié des découvertes pastoriennes.

Vous retrouverez les applications de l'asepsie encore plus utiles, s'il est possible, pour les femmes en couches.

Je vous recommande l'assiduité aux cliniques d'accouchement que la Faculté possède, grâce aux efforts et à la persévérance de M. le doyen. Les deux cours de mes chers collègues, MM. Tarnier et Pinard, vous enseigneront à combattre une des causes puissantes de cette dépopulation qui préoccupe l'Académie et les pouvoirs publics. Les exercices tocologiques, ainsi que l'obligation nouvelle d'une épreuve pratique au cinquième examen, vous mettront en mesure de bien savoir les accouchements. Dorénavant, aucun élève ne pourra quitter la Faculté sans les connaître, et j'ajoute, sans les avoir vus et pratiqués.

J'ai enfin la satisfaction de vous dire que M. le professeur Guyon est, à l'hôpital Necker, en pleine possession de sa chaire, nouvellement créée, de Clinique des maladies des voies urinaires. Il n'est que juste d'enregistrer, comme document historique, l'installation admirable faite par mon cher collègue et ami, en don et à ses frais. M. Guyon a largement et pleinement justifié la confiance de la Faculté. Son enseignement sera tout à fait hors ligne, réalisant les conditions les meilleures de science et de pratique. Vous savez que, si la part de l'observation est majeure, celle du laboratoire est bien grande aussi.

Pourquoi faut-il que je n'aie pu terminer ce que je voulais vous dire relativement aux professeurs de la Faculté, sans déplorer un nouveau deuil? Mon excellent maître, M. Gavarret, ancien inspecteur général, a succombé le 30 août, chez mon ami et collègue M. Lannelongue, à Valmont, où il était allé se reposer pendant quelques semaines. La dernière fois que j'avais vu Gavarret, à l'Académie de médecine, il était fatigué, attristé; malgré moi, j'avais eu la pen-

sée que nous ne le conserverions pas longtemps à notre affection. Mes craintes n'étaient que trop fondées, la mort a frappé encore plus vite que je ne le redoutais.

Jules Gavarret était un de nos anciens. Parmi les maîtres de la forte génération qui l'avait précédé, il s'était attaché particulièrement à Andral, qui le prit plusieurs fois pour collaborateur, aussi avait-il voulu apporter, dans l'étude des phénomènes vitaux, tant normaux que pathologiques, une exactitude de plus en plus rigoureuse, en s'aidant des sciences physico-chimiques et de la méthode expérimentale. Né dans le Midi, à Astaffort (Lot-et-Garonne), le 28 janvier 1809, Gavarret, d'abord élève de l'École polytechnique, quitta la carrière militaire pour la médecine. Docteur en 1843, il obtenait la même année, sans être passé par l'agrégation, la chaire de Pierre Pelletan, après un mémorable concours, un des derniers pour le professorat qui ait eu lieu, car il n'y a eu nommé de la sorte, après lui, que A. Bouchardat.

Dès le début, le professeur Gavarret fut à la hauteur de sa tâche. Son enseignement, comme celui de Dumas et, plus tard, de Würtz, avait une autorité et une utilité incontestables, parce qu'il cherchait constamment à mettre en relief les applications médicales. Il arriva même à faire une série de leçons sur la physique biologique, devenue ainsi annexe de la médecine, innovation qui obtint un grand succès.

Quand Würtz se démit des fonctions du décanat, Gavarret s'effaça devant Vulpian, mais, à la mort de Chauffard, il fut nommé inspecteur général de l'enseignement supérieur pour la médecine (1879).

Gavarret a été un professeur remarquable, clair, précis, méthodique, sachant éviter l'aridité, ne manquant pas d'élévation. Sensible à tous les progrès de la science, il m'a plusieurs fois répété ce qu'il avait entendu dire à Andral, au sujet de Davaine découvrant la bactéridie : « Il faut savoir changer son éducation médicale, j'ai encore beaucoup à apprendre. » Gavarret mettait le précepte en pratique pour la bactériologie, pour l'antisepsie, dont il était admirateur. D'un dévouement sans bornes pour l'enseignement, il lui a donné, pendant ses diverses fonctions, toute son activité, avec un zèle qui ne s'est jamais ralenti. Nul n'a plus aimé la Faculté, nul ne connaissait mieux que lui les lois et les règlements administratifs ; dans ses rapports avec les élèves, il fut toujours d'une grande bienveillance, mais sans banalité.

L'œuvre de Gavarret est importante. Dès 1840, il publiait, avec Andral, le mémoire célèbre : *Sur les modifications de proportions de quelques principes du sang; Recherches sur la composition du sang de quelques animaux domestiques dans l'état de santé et de maladie*, etc. Il faisait paraître aussi, en 1841, les *Principes généraux de statistique médicale ;* en 1843, les *Lois générales de l'électricité dynamique.* Les *Recherches sur la température du corps humain dans la fièvre intermittente* sont de 1844 ; puis, je dois noter : *De la chaleur produite par les êtres vivants* (1855) ; *Des images par la réflexion et la réfraction* (1856); *Traité d'électricité* (1857) ; *Télégraphie électrique* (1861) ; *Premier rapport sur l'organisation de la Faculté de médecine* (1871) ; *Physique biologique; acoustique biologique; phénomènes physiques de la phonation et de l'audition* (1877). Je ne fais que mentionner un grand nombre de rapports au Comité consultatif d'hygiène, des articles dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, etc., etc.

L'Académie de médecine avait ouvert ses portes à Gavarret en 1858 ; assidu aux séances, il prenait part à ses travaux. On n'a pas oublié comment il intervint, en 1864, dans la discussion sur les mouvements et les bruits du cœur. En 1882, il présida la Compagnie. Ses études sur les questions sanitaires le firent entrer au Comité consultatif d'hygiène publique et de salubrité. Un des premiers, il s'associait à Broca pour la fondation de la Société d'anthropologie.

Vous l'apprendrez par expérience, la vie humaine est faite de plus de peines que de joies. Gavarret, après une existence si occupée, fut frappé d'un coup terrible en perdant sa femme, fort distinguée, sœur de Paul de Saint-Victor. Il n'a pu lui survivre et, comme je vous l'ai dit, Gavarret est mort entouré d'amis fidèles, n'ayant pas le sentiment de sa fin prochaine, gardant sa connaissance jusqu'au dernier moment.

Ce que voulait Gavarret, ce dont il parlait dans ces derniers temps avec chaleur et conviction, c'était la création d'Universités régionales, peu nombreuses, mais fortement constituées, réunissant dans un ensemble harmonieux toutes les branches des sciences et des lettres. Il désirait aussi que ces Universités, véritables foyers d'instruction, bien que reliées entre elles, eussent une existence propre, une réelle autonomie, s'administrant elles-mêmes. J'ajouterai que, pour nos Facultés de médecine, il leur reconnaissait un caractère spécial et pratique; je partage absolument ces idées. Nous devons former surtout des médecins, nous ne sommes ni le Collège de France, ni l'École des Chartes. Cela est si vrai que M. le professeur Bouchard a, dans son dernier livre, poursuivi les applications thérapeutiques de la microbiologie médicale. Moi-même, n'ai-je pas pris pour devise : *Historia utilis*, comparant le présent avec le passé et recherchant toujours ce qui est le plus important pour l'art de guérir ?

Une réforme touche les élèves à venir; c'est un diplôme spécial obtenu après examen et qui sera exigible pour entrer dans la carrière de la médecine. L'ancien baccalauréat ès sciences a vécu; il est décidé que le nouveau baccalauréat sera ès sciences physiques et naturelles. D'autres réformes pour les études médicales sont en ce moment discutées; j'aurai soin ultérieurement de vous en faire part.

Il me reste, avant de terminer cet exposé sommaire, à vous dire quelques mots des Congrès qui viennent d'avoir lieu. Vous vous rappelez le Congrès de la tuberculose siégeant dans l'enceinte de la Faculté, en 1888, et qui a été remarquable. Les derniers sont nombreux : d'abord, en Allemagne, le dixième Congrès international des sciences médicales, à Berlin, où l'on est allé en montrant « que la science n'a pas de patrie »; en Angleterre, le Congrès de Birmingham ; en France, le Congrès des aliénistes, à Rouen ; l'Association française pour l'avancement des sciences, à Limoges.

Après ces réunions multipliées que faut-il penser d'elles ? Plusieurs ne craignent pas de dire qu'elles ont fait « plus de bruit que de besogne ». Pour d'autres, les congrès généraux seraient à conserver, mais les congrès spéciaux ne pourraient rien donner, chacun devant être au courant, et alors tout ce qui se dirait au Congrès étant déjà connu ou publié ailleurs. En résumé, pour les pessimistes, le bagage rapporté des congrès ne vaut pas la peine de s'y rendre.

Je ne suis pas de cet avis, et j'en parle d'autant plus libre-

ment que n'ayant pu aller à aucun, j'ai suivi leurs travaux de loin, avec impartialité. En somme, les Congrès, dignes de ce nom, me paraissent utiles en réunissant des confrères de divers pays ou de localités éloignées, qui arrivent à se connaître. Il y a un intérêt scientifique à ce que les questions du moment soient débattues, avec la liberté des opinions émises au grand jour. J'ai assez vieilli pour savoir que certains embouchent la trompette pour y souffler leur nom; cependant, il reste assez d'esprits sérieux raisonnant et travaillant pour élucider le débat, pour le mettre au point le plus possible. Un Congrès, comme je le comprends, présente quelque analogie avec la Thèse d'agrégation que je regrette, quoiqu'elle fût, pour le candidat, pénible et coûteuse, mais qui fixait l'état de la science au moment où elle était consciencieusement faite.

Signalons, en passant, au Congrès de Berlin, la communication de Koch sur l'état actuel de la bactériologie avec espérance de traitement efficace pour la tuberculose, ce qui ne doit être accepté qu'avec réserve. Vous savez que MM. Grancher et H. Martin ont, de leur côté, obtenu des résultats dans ce sens par des procédés différents (1). Ponfick (de Breslau) a recherché le mode de propagation des tuberculoses locales et générales.

Lister renonce au spray; il préfère le sublimé à l'acide phénique pour les pansements, et surtout le cyanure de zinc et de mercure. Je garde pour dernières mentions : l'essai d'une théorie de l'infection par M. Bouchard, l'étude des associations microbiennes par MM. Cornil et Babès.

Attendez pour imiter l'audace de Horsley dans la chirurgie du système nerveux central. Mais, dans toutes ces tentatives, il y aura peut-être quelque chose à retenir. Le temps fera son œuvre; le bon, l'utile restera, le reste, ou le mauvais, disparaîtra sans retour.

Le cours de cette année traitera de la Nosographie historique, et j'aurai soin de vous exposer la succession des Doctrines médicales, ainsi que la Biographie des médecins illustres, avec la Bibliographie afférente. Vous savez que je saisis l'occasion favorable et comme le Choléra menace encore l'Europe et notre pays en particulier, je commencerai par l'histoire de la redoutable pandémie.

Dans cette première leçon, et suivant mon habitude, je résumerai une époque médicale, la *Période arabe*, et j'entre de suite en matière sur ce sujet digne de toute votre attention. »

Nous avons tenu à laisser parler l'éminent professeur d'Histoire de la médecine. Il nous a retracé les événements qui se sont passés l'année dernière à la Faculté et nous signale les modifications effectuées ou à effectuer. Très prochainement, probablement en janvier prochain, le cinquième examen de doctorat comprendra une *épreuve pratique* d'accouchement; et l'on ne verra bientôt plus les jeunes docteurs quitter la Faculté sans jamais avoir vu ou pratiqué un seul accouchement.

La réforme de la première année d'études est, dit-on, définitivement acceptée. Le baccalauréat ès sciences physiques et naturelles paraît destiné à remplacer la première année de l'étudiant en médecine actuel; mais rien de précis n'a encore été publié. D'autres réformes sont en ce moment discutées. Nous enregistrons le fait avec plaisir, surtout si les professeurs s'inspirent des conseils si sages exprimés plus haut, et qui répondent aux idées que nous n'avons cessé de défendre : faire des Universités *peu nombreuses* mais fortes, leur donner une existence propre, reconnaître aux Facultés de médecine un caractère spécial et *pratique* et se rappeler que les Facultés de médecine doivent surtout former des médecins, et qu'elles ne sont ni ne doivent être, ni le Collège de France, ni l'École des Chartes.

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 18 août 1890.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

Par R. Koch.

R. Koch a donné, dans la *Deutsche medicin Wochenschrift*, des renseignements, non sur la constitution, mais sur les effets du remède contre la tuberculose, dont on a tant parlé dans ces derniers temps, remède dont la divulgation est attendue avec la plus grande curiosité. Il lui aurait donné le nom de toloïdine.

Il n'en indique ni la préparation, ni même l'origine. C'est un liquide brunâtre clair, que l'on emploie à très faibles doses en dilution aqueuse, en injections hypodermiques. Ingéré dans l'estomac, il n'a aucune action. Un cochon d'Inde peut en supporter une quantité considérable (2 centimètres cubes), sans être sérieusement influencé. L'homme y est beaucoup plus sensible : avec 25 centièmes de centimètre cube, on observe, chez lui, une réaction violente. La dose initiale employée chez les malades doit être beaucoup moins considérable; on commence par un millième de centimètre cube. On augmente la dose d'un millième, lorsque toute réaction a disparu sous l'influence de cette quantité première. L'accoutumance s'établit très rapidement.

Chose curieuse, les tuberculeux réagissent beaucoup plus vivement que les individus sains. Koch admet, du reste, et nous reviendrons sur ce point, que le liquide a une véritable action spécifique sur les tissus tuberculeux : c'est à la fois un réactif et un médicament curateur des lésions bacillaires. Un homme sain supporte facilement 1 centième de centimètre cube; un tuberculeux réagit vivement avec une dose inférieure.

La réaction générale sur l'homme sain, avec 0 cent. cube 25, se traduit, trois ou quatre heures après l'injection hypodermique, par des tiraillements dans les membres, de la lassitude, des envies de tousser, de l'oppression. Koch, qui a observé ces effets sur lui-même, a eu, au bout de cinq heures, un grand frisson d'une très grande violence, suivi de nausées et de vomissements. La température est montée à 39°8. Elle revint à la normale le lendemain; il persista dans les jambes un peu de lourdeur et de lassitude, pendant quelques jours.

Chez les tuberculeux, avec 0 cent. cube 01 seulement, il y a un gros frisson; la température s'élève à 40 et même 41 degrés. Il y a, en même temps, des douleurs musculaires, un grand accablement, souvent des nausées, des vomissements; parfois une teinte sub-ictérique légère. Chez les tuberculeux du poumon, il y a exagération de la toux et de l'expectoration. Cette vive réaction se calme rapidement, les malades se sentent mieux après cette crise. Les injections ultérieures sont de mieux en mieux supportées.

En même temps que cette réaction générale, il y a une réaction locale intense au niveau des lésions tuberculeuses : elle se constate facilement, à ciel ouvert, dans le lupus de la face. L'injection étant faite comme d'habitude, loin de la

lésion, dans l'espace interscapulaire, on voit la peau malade rougir, et même devenir brunâtre. Elle se couvre de croûtelles, et, lorsque ces croûtelles tombent, on découvre une cicatrice parfaite. On voit la réaction se manifester même au niveau des petits nodules aberrants du lupus. Avec une adénite ou une arthrite tuberculeuse, la réaction locale est constatable encore, mais moins nettement que pour le lupus.

Koch admet que l'agent employé exerce son action, non sur les bacilles, mais sur les tissus malades. Il se ferait une véritable mortification de ces tissus. Les masses caséeuses ne sont pas influencées, parce qu'elles ne sont plus vivantes. Les bacilles peuvent donc rester accumulés au milieu d'elles, et devenir plus tard une source nouvelle d'infection. Il peut donc être utile de joindre l'intervention chirurgicale à l'injection hypodermique. On évacue mécaniquement les tissus les plus malades; le liquide injecté guérit les moins atteints.

L'action doit être la même sur le poumon; mais on comprend, d'après ce qui vient d'être dit, que les conditions sont ici peu favorables dans les cas de tuberculose déjà avancée, puisque les bacilles persistent au milieu des foyers caséeux. Cependant, après la vive réaction dont nous avons parlé, on observe, dans les cas favorables, une modification de l'expectoration qui cesse d'être purulente pour devenir muqueuse; enfin, elle disparaît complètement. Les bacilles disparaissent en général, dès que l'expectoration a cessé d'être purulente; ils peuvent cependant persister. L'état général présente une amélioration sensible et progressive.

Quelle que soit la localisation de la tuberculose ainsi traitée, les effets curateurs du remède nouveau sont d'autant plus rapides et plus complets, que les lésions sont plus récentes et moins étendues. Dans les conditions opposées, les malades doivent subir une imprégnation plus prolongée, à doses plus élevées. Il importera donc d'agir de bonne heure, dès qu'on aura la certitude d'avoir affaire à une lésion tuberculeuse. Le diagnostic, chose heureuse, sera fait par le liquide lui-même, puisque les tuberculeux ont une réaction locale et générale bien différente de celle qu'on observe chez les gens sains.

Koch n'a pas la prétention de faire table rase des procédés de traitement habituellement usités. Nous l'avons dit déjà pour ce qui est de l'intervention chirurgicale. L'hygiène médicale, dans les cas de tuberculose pulmonaire, ne devra nullement être négligée; au contraire, elle servira à assurer le triomphe des tissus sains sur les tissus malades destinés à la mortification et à la suppression.

Les faits cliniques seront ultérieurement publiés par les médecins ou les chirurgiens dans le service desquels les malades ont été traités.

Tout cet ensemble de phénomènes est évidemment bien surprenant; on ne connaît guère en thérapeutique de réaction de cet ordre. Il faut considérer, toutefois, qu'il s'agit là de choses nouvelles. On isolera certainement des alcaloïdes animaux d'une grande puissance; nous sommes peut-être à la veille de l'apparition d'une matière médicale et d'une thérapeutique qui n'auront rien à voir avec les notions anciennes. Enfin Koch est un homme considérable, les rapports faits par des médecins éminents, témoins des premières expériences, ont été favorables; la libéralité de l'Empereur en est la preuve. Il s'agit donc d'études sérieuses, dans lesquelles l'humanité et la médecine trouveront sans doute leur compte, quand bien même les résultats acquis ne seraient pas à la hauteur de l'immensité des espérances conçues.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette question.

SUR UN CAS DE MYXŒDÈME

AMÉLIORÉ PAR LA GREFFE THYROÏDIENNE (1).

La singulière dégénérescence à laquelle on a donné le nom de myxœdème survient quelquefois chez les malades auxquels on a enlevé le corps thyroïde : c'est une des manifestations de la cachexie strumiprime. D'autre part, dans le myxœdème des adultes et dans l'idiotie avec cachexie pachydermique de Bourneville et Bricon, le corps thyroïde est atrophié ou absent. On a essayé déjà de traiter cette cachexie par la greffe d'un corps thyroïde emprunté à un animal. Les succès obtenus ont engagé M. Merklen à faire faire par M. Walther, à une malade de son service, la greffe sous-cutanée d'un des lobes du corps thyroïde pris immédiatement sur un mouton vivant. Trois jours après, les métrorrhagies abondantes auxquelles cette femme était sujette ont cessé. De plus, l'état général s'est notablement amélioré, les phénomènes myxœdémateux ont diminué; l'anémie est moins marquée. C'est là un résultat non pas définitif, mais du moins encourageant; nous ne voulons pas y insister, devant publier prochainement une Revue générale sur le myxœdème.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 13 novembre 1890. — Présidence de M. Hardy.

COMMUNICATIONS

Lymphangite gommeuse et variqueuse. — MM. **HALLOPEAU** et **GOUPIL** communiquent de nouvelles études sur le fait de lymphangite gommeuse et variqueuse qu'ils ont présenté dans la dernière séance. Ils avaient été conduits par ses caractères cliniques à admettre qu'il s'agissait très vraisemblablement d'une infection tuberculeuse. Les cultures faites par M. Jeanselme sont venues démontrer l'exactitude de ce diagnostic; l'examen du pus provenant des trajets fistuleux y a révélé plusieurs fois la présence de bacilles. L'inoculation aux cobayes a été positive.

Il y a une analogie frappante entre les lésions présentées ici et celles des malades dont les moulages ont été déposés au Musée de Saint-Louis, par MM. Lailler et Besnier, sous l'étiquette de varices lymphatiques. On est donc amené à penser, malgré quelques différences, qu'il s'agit de la même affection. Une partie des faits décrits sous le nom de varices lymphatiques sont donc des cas particuliers de lésions tuberculeuses.

M. **BESNIER** appuie ce que vient de dire M. Hallopeau. Chez trois des malades dont le moulage a été placé au Musée, il existait des lésions osseuses du squelette du pied, évidemment tuberculeuses comme la lymphangiectasie consécutive. M. Hallopeau a eu le mérite de démontrer la réalité de cette origine tuberculeuse.

M. **LAILLER** pense, ce que reconnaissent, du reste, MM. Besnier et Hallopeau, que les varices lymphatiques ne sont pas toujours tuberculeuses.

M. **BESNIER**. A l'exemple de M. Lailler, j'ai traité ces lésions par un procédé destructeur, les flèches de pâte de chlorure de zinc, et ai obtenu la guérison. L'observation avait donc montré déjà qu'il fallait, pour guérir ces varices lymphatiques, détruire les parties malades, c'est-à-dire les foyers tuberculeux principaux.

---

1) Société médicale des hôpitaux, 14 novembre 1890.

Lichen plan chez des névropathes. — **M. FEULARD** montre du lichen plan survenu chez deux individus, non seulement névropathiques, mais même tous deux hystériques : un homme et une femme.

Chez la femme, le lichen plan est réparti sur le trajet du nerf médian à l'avant-bras.

Chez l'homme, il y a à la lèvre inférieure une plaque qui simule le lupus érythémateux.

M. VIDAL fait remarquer qu'il y a ici coalescence de papules, de taches rouges qui finissent par former une plaque et non des arborisations comme dans le lupus érythémateux.

Sur un hydradénome (colloïde milium) compliqué d'épithéliome vulgaire. — **M. HALLOPEAU.** Ces tumeurs, décrites sous des noms très divers, n'ont guère été jusqu'ici différenciées des adénomes sébacés et sudoripares que par les examens microscopiques; l'auteur établit que l'étude clinique doit permettre dans la plupart des cas d'arriver au diagnostic. Il montre de plus que le pronostic, considéré jusqu'ici comme absolument bénin, peut être assombri.

La malade présentée a depuis son enfance des tumeurs multiples localisées sur les paupières inférieures. Leur couleur jaune leur donne l'aspect du xanthélasma; elles en diffèrent par leur forme uniformément arrondie, leur consistance ferme et leur couleur moins vive.

A l'angle interne de l'œil gauche, existe une tumeur plus volumineuse, qui offre tous les caractères de l'épithéliome vulgaire; la malade assure qu'elle s'est développée après excoriation aux dépens d'une tumeur semblable aux précédentes. L'hydradénome peut donc se compliquer d'épithéliome.

M. Darier conclut de son examen histologique que, conformément à l'opinion de MM. Toræk et Jacquet, le point de départ des néoplasies doit être cherché dans des glandes avortées ou des débris épithéliaux de provenance embryonnaire, M. Darier constatait, en outre, un fait nouveau : il s'agit d'une altération du tissu élastique; les fibres élastiques sont irrégulièrement remplies et fragmentées, tantôt en bâtonnets et en blocs inégaux, tantôt en fines granulations.

M. BESNIER admet bien que l'hydradénome a pu être une circonstance d'appel pour l'épithélioma, mais il ne lui est pas prouvé que l'épithélioma dérive directement de l'hydradénome. Rien ne démontre cette transformation dans les préparations de M. Darier.

Érythrodermie chronique à poussées aiguës; début probable d'un mycosis fongoïde. — **M. HALLOPEAU.** La première phase du mycosis fongoïde peut se présenter sous des formes diverses; elle est le plus ordinairement méconnue. La malade qu'il fait voir a été successivement considérée comme atteinte d'eczéma, de lupus érythémateux, d'une maladie nouvelle. L'érythrodermie, d'abord limitée à la face, a envahi progressivement le tronc et les membres. Elle se manifeste par des poussées érythémateuses que précède et accompagne un prurit intense; ces poussées se sont accompagnées à plusieurs reprises de vésicules et de bulles.

L'aspect des plaques éruptives rappelle celui de l'érythème polymorphe; mais elles sont persistantes. Leur relief est peu prononcé; la peau est épaissie et comme infiltrée à leur niveau; à la face, la rougeur est uniforme et laisse peu d'intervalles de peau saine. Au cuir chevelu, on voit plusieurs plaques d'alopécie incomplète; les cheveux qui y persistent sont atrophiés. M. Vidal a posé, le premier, le diagnostic de mycosis fongoïde, que M. Hallopeau a adopté. Les principaux caractères de cette éruption correspondent tout à fait à la description du mycosis donné par Bazin. Elle en diffère par la production passagère de bulles, une desquamation parfois abondante, et des poussées fébriles intenses et de longue durée.

Les lésions histologiques trouvées par M. Darier cadrent mieux avec l'idée du mycosis fongoïde que du lupus érythémateux.

M. BESNIER déclare qu'il n'est pas encore persuadé qu'il s'agisse réellement du mycosis fongoïde; avec cette maladie, l'hésitation peut durer huit ou dix ans; il faut attendre, pour en poser le diagnostic, que les lésions soient assez développées pour que le microscope puisse donner une démonstration certaine de leur nature.

Syphilome ano-rectal. — **M. VERCHÈRE** présente une femme atteinte de syphilome ano-rectal, qui a résisté à la médication la plus intensive. La lésion s'est développée sans douleur, provoquant un degré marqué de rétrécissement.

L'extirpation amènerait forcément un rétrécissement cicatriciel progressif; la rectotomie linéaire ne produirait qu'une amélioration momentanée. Il faut donc se borner à l'expectation et employer seulement des moyens palliatifs anodins.

Myxœdème congénital. — **M. FEULARD** présente une malade, âgée de dix-neuf ans et demi, qui a la taille et le développement d'un enfant de quatre à cinq ans. Elle présente nettement les traits de la dégénérescence myxœdémateuse. Le facies est caractéristique. La colonne vertébrale est déviée, les jambes torses, l'abdomen proéminent. Le cou est large, d'aspect athlétique. Par la palpation la plus minutieuse, on ne peut découvrir trace du corps thyroïde. La malade est très sensible au froid.

Sa mère, pendant sa grossesse, éprouva une terrible émotion; son mari fut par deux reprises collé au mur par les Allemands et menacé d'être fusillé. L'accouchement se fit à six mois et demi. L'enfant n'a marché qu'à cinq ou six ans. La première dent s'est montrée à quatre ans.

La malade est plutôt imbécile qu'idiote. Elle parle, elle connaît et comprend beaucoup de choses.

Tabes syphilitique aigu; guérison. — **MM. DIEULAFOY** et **FOURNIER** rapportent une très intéressante observation de tabes dorsal, d'origine syphilitique, guéri par le traitement spécifique.

Un homme de trente-six ans contracte la vérole en 1879 : le diagnostic est fait par M. Fournier, le traitement institué et surveillé par lui.

En 1889, le malade avait cessé depuis trois ans de présenter des accidents syphilitiques. Un jour, après une chasse à courre un peu prolongée, il éprouve de la douleur dans les reins, de la faiblesse dans les jambes. Bientôt apparaissent des douleurs fulgurantes. M. Dieulafoy constate du ptosis de la paupière gauche, de l'anesthésie des fesses et des cuisses, une diminution marquée des réflexes rotuliens. Les membres inférieurs ont conservé leur force; le signe de Romberg existe. La miction se fait difficilement; il y a retard dans la mise en train.

Les phénomènes vont en s'accentuant. Le diagnostic de tabes dorsal devient plus manifeste encore. MM. Dieulafoy et Fournier ordonnent un traitement spécifique énergique, que l'on commence le 1er janvier. On fait chaque jour, pendant quinze minutes, des frictions avec 6 grammes d'onguent napolitain. On donne par jour 6 à 8 grammes d'iodure de potassium. On applique des pointes de feu le long de la colonne vertébrale, on électrise les membres inférieurs.

L'amélioration ne tarda pas à se montrer : au bout de six semaines à deux mois, la guérison était complète.

Cette observation a une importance très grande; elle démontre nettement l'existence du tabes dorsal syphilitique, et d'autre part, elle fait voir qu'en agissant de bonne heure, par un traitement suffisamment énergique, on peut obtenir la guérison. On sait que, dans le plus grand nombre des cas, chez les tabétiques syphilitiques, le mercure et l'iodure n'ont plus guère de prise.

Paraplégie syphilitique guérie. — **M. MAURIAC** a déjà entretenu la Société du malade qui est le sujet de cette observation. A cette époque, il avait eu des accidents bulbaires et de l'hémi-atrophie linguale.

Le malade, guéri une première fois, a été atteint d'une nouvelle série d'accidents du côté du bulbe d'abord, puis du côté de la moelle.

Le 12 mai, il a éprouvé une grande fatigue dans les membres

inférieurs, de l'embarras de la parole et de l'affaiblissement du côté droit. Le 15 juin, la paraplégie motrice était totale : c'était le tableau complet de la myélite transverse. Les eschares, heureusement, ne se sont pas produites à la région sacrée.

L'iodure de potassium a été donné à dose élevée, ainsi que l'iodure de mercure. La salivation, que l'on cherchait à obtenir, a fait défaut ; il semble que les malades, atteints de myélopathie, aient, à ce point de vue, une véritable immunité.

L'amélioration fut rapide ; au bout de quarante jours, le malade commença à se lever ; au bout de deux mois, il marchait seul. Il en abusa même pour se livrer à des excès alcooliques tout à fait intempestifs.

Malgré cela, la guérison s'est maintenue à peu près complète ; en semblable matière, il ne faut pas être trop difficile et le résultat obtenu peut être considéré comme fort satisfaisant.

M. RENAUT a vu, chez un malade, des phénomènes de paraplégie complète survenir en deux ou trois jours. Un traitement énergique amena la guérison en un mois. Le malade était tuberculeux.

La prochaine séance aura lieu, à l'hôpital Saint-Louis, le jeudi 11 décembre, à neuf heures. A. M.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le concours pour le prosectorat vient de se terminer par la nomination de M. Curtillet, aide d'anatomie.

— M. Poirier, agrégé, commencera le cours d'anatomie le mardi 18 novembre, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Objet du cours : Face, cou, poitrine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 133. — JEUDI 20 NOVEMBRE 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 20 NOVEMBRE 1890. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la dépopulation de la France n'est pas près d'être close, si l'on en juge par le nombre des orateurs inscrits pour y prendre part. Cette fois, c'est à M. Hardy qu'a été donnée la parole. Il y a cinq ans, lors de la première discussion sur le même sujet, M. Hardy avait pris la défense de Malthus et de ses théories, et avait soutenu cette opinion que « plus on s'éloigne de la nature et moins on a d'enfants ; il en concluait qu'il fallait féliciter les Français d'être si peu prolifiques ». (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 141.) Aujourd'hui, il y a peut-être lieu d'être moins fier de cette supériorité relative.

Pour M. Hardy, les causes de la dépopulation dépendent donc surtout de la race. Il veut bien, toutefois, y ajouter l'amour du bien-être, l'abandon des campagnes pour les grandes villes et enfin l'affaiblissement des idées morales et religieuses. S'il est d'accord avec tous ses collègues sur les moyens propres à diminuer la mortalité, il n'accepte aucun de ceux qui ont été proposés pour augmenter la natalité : modifications législatives, protection de la jeune fille pour lui faciliter le mariage, recherche de la paternité, impôt sur les célibataires. Toutes ces propositions doivent être laissées de côté, n'étant pas du ressort de l'Académie, et, s'il accepte le service militaire obligatoire, il ne veut pas de la nuptialité, ni de la paternité obligatoires. Les critiques de M. le professeur Hardy peuvent être fondées dans une certaine mesure. Il nous semble cependant que les efforts de MM. Lagneau, Javal et Le Fort méritaient mieux.

Le reste de la séance a été occupé par des rapports de prix et l'Académie s'est formée en comité secret, à cinq heures, pour entendre le rapport de M. Terrier sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

Voici la liste de présentation : En première ligne, M. Périer ; en deuxième ligne, M. Berger ; en troisième ligne, M. Nicaise ; en quatrième ligne, M. Horteloup ; en cinquième ligne, M. Terrillon ; en sixième ligne, M. Reclus.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Étiologie, pronostic et traitement du goître exophthalmique.

Vous venez de voir dans la salle une malade, âgée de vingt-trois ans, atteinte d'un goître exophthalmique type. Cette malade vous présente une forme de moyenne intensité. La maladie, chez elle, bien que datant de sept ans déjà, se réduit aux symptômes classiques ; elle ne s'accompagne d'aucune des complications surajoutées : troubles mentaux, troubles digestifs, altérations urinaires, qui viennent si souvent aggraver le pronostic. Tout au plus, convient-il de signaler, parmi les symptômes accessoires, un très léger tremblement des membres. C'est donc une forme relativement bénigne, mais qui fournit une utile occasion d'étudier l'étiologie, le pronostic et le traitement du goître exophthalmique.

Comme facteurs étiologiques, à rôle bien positif, deux seulement méritent d'être cités : 1° les émotions morales ; 2° l'hérédité. Les émotions morales peuvent avoir une action brusque, subite, ou, au contraire, une action lente et dépressive ; consister en une secousse violente ou en chagrins prolongés. C'est cette dernière action que l'on retrouve chez notre malade, condamnée depuis plusieurs années à des privations, à des travaux pénibles et dépassant ses forces. L'hérédité peut se retrouver sous forme même de goître exophthalmique ou, au contraire, sous forme indirecte d'autres névroses, telles que l'hystérie et l'épilepsie. La forme héréditaire directe présente, dans le goître exophthalmique, une fréquence remarquable. L'intensité de l'influence héréditaire est parfois très marquée. C'est ainsi que, dans un cas, tous les enfants d'une mère hystérique, au nombre de huit, furent atteints de goître exophthalmique ; dans la seconde génération, on retrouva encore trois cas de goître exophthalmique, un cas d'hystérie précoce, un cas d'épilepsie. Dans la forme indirecte, l'association se fait le plus souvent avec l'hystérie, plus rarement avec l'épilepsie.

A côté de ces deux facteurs principaux, les émotions morales et l'hérédité, on a signalé bien des facteurs accessoires. Le plus utile à connaître est le rôle que peut jouer l'anémie, car cette notion conduit parfois, nous le verrons, à des indications thérapeutiques différentes des indications ordinaires. La coexistence du goître exophthalmique avec la tuberculose et la scrofule ne paraît avoir d'autre valeur

qu'une simple coïncidence. La maladie est enfin plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Au point de vue de l'âge, le maximum de fréquence est, chez la première, entre vingt et trente ans ; il est reculé chez le second et se trouve entre trente et quarante ans.

Le pronostic est toujours très sérieux. La maladie se termine plus ou moins rapidement par la mort, dans le quart ou le cinquième des cas. Dans les formes très intenses, la mort peut survenir sans aucune complication. La suractivité du cœur est telle que les malades n'ont plus un moment de repos ; la rapidité de la circulation semble entraver les échanges nutritifs. La mort survient dans le marasme, après un véritable martyre. Il faut avoir vu ces formes extrêmes, pour pouvoir se faire une idée du déchaînement du cœur et des artères. Les battements cardiaques, dans un cas de Graves, avaient une telle force qu'ils s'entendaient à distance.

La mort peut également survenir par le fait des divers symptômes surajoutés. Les troubles digestifs (vomissements incoercibles, ictère, diarrhée), les troubles urinaires (albuminurie, glycosurie) offrent une gravité particulière. Enfin les malades résistent très mal aux affections intercurrentes : rougeole, fièvre typhoïde et, en particulier, pneumonie. La mort, dans diverses observations, dont la première paraît due à MM. Fournier et Ollivier, a été entraînée par des gangrènes multiples.

Le traitement comporte tout d'abord diverses indications fondées sur l'étiologie. L'une des plus importantes est celle où il existe une anémie certaine. Les ferrugineux sont, dans ce dernier cas, très utiles. Mais lorsqu'il n'y a point d'anémie, leur effet est, au contraire, nuisible et leur emploi ne fait qu'aggraver les symptômes. Leur indication doit donc être soigneusement pesée. Au début du goître exophthalmique, on doit également se préoccuper des troubles si fréquents de la menstruation. Ces troubles peuvent fournir des indications accessoires utiles. Mais, à une période avancée, ils sont d'ordinaire plutôt le résultat que la cause de la maladie.

La thérapeutique fondamentale du goître exophthalmique comprend avant tout deux ordres de moyen : l'hydrothérapie et l'électrité. L'hydrothérapie doit toujours débuter par des douches tièdes et même un peu chaudes. Les douches froides données d'emblée aggraveraient souvent les phénomènes cardiaques, à un point tel que le malade renoncerait bien vite au traitement. Ce n'est que par une lente accoutumance qu'on peut, au bout d'un temps plus ou moins long, arriver à l'emploi de l'eau froide. La durée de la douche sera de même augmentée progressivement ; elle ne sera, au début, que de vingt-cinq à trente secondes et même moins encore. Enfin, les douches seront quotidiennes. On a proposé parfois des douches bi-quotidiennes, mais leur emploi amène bien vite une fatigue extrême.

L'électricité dans le traitement du goître exophthalmique a été employée sous diverses formes. L'une des meilleures est l'électrisation bi-latérale du cou par des courants continus ascendants. Cette électrisation est faite tous les jours. L'intensité du courant doit être faible et 8 à 10 éléments sont suffisants. M. Charcot a également recommandé l'emploi combiné de la galvanisation de la région précordiale et de la faradisation du cou.

Comme médicaments, voici le traitement qui m'a paru le plus efficace au début. Ce traitement consiste dans la prescription simultanée de l'acide arsénieux, du bromure de potassium, du régime lacté. L'arsenic est donné aux repas à la dose de 4 milligrammes en deux fois. Cette dose est portée lentement et avec des interruptions à 6 et plus rarement à 8 milligrammes. Le bromure de potassium est donné à dose de 2, puis de 4 grammes par jour. Cette dose est prise en deux fois, le matin et l'après-midi, par exemple, dans l'intervalle des repas. Le régime lacté est partiel dans les formes légères ; dans les formes graves, le régime intégral est un des plus puissants moyens de soulagement. Ce traitement doit être continué avec patience pendant des semaines et des mois. Il soulage le plus souvent, mais les guérisons complètes et définitives sont bien rares.

Bien d'autres médicaments ont été proposés. Friedreich recommande l'emploi longtemps prolongé du sulfate de quinine à doses de 50 centigrammes à 80 centigrammes par jour. C'est là un traitement fatigant, pénible, et qui m'a donné peu de résultats. Bacelli recommande le bromure de camphre (1gr50 par jour); M. Sée la teinture de veratum viride (x à xx gouttes par jour données en trois fois). Quant à l'iodure de potassium ou à l'iode qu'on pourrait être tenté de donner en raison du goître, rappelez-vous bien qu'il n'est pas de médicaments plus nuisibles et plus mal tolérés.

Un autre traitement fort délicat, tantôt très utile, tantôt très nuisible, sans qu'on puisse en prévoir à l'avance les résultats, est l'application de glace sur la région précordiale et le cou. N'employez ce traitement que lorsque vous pouvez surveiller le malade de très près. Vos visites, en ce cas, doivent être faites au moins deux fois par jour. Ce traitement peut, en effet, augmenter beaucoup les troubles circulatoires au lieu de les régulariser. Il peut aussi, et c'est là le plus grand danger, déterminer l'inflammation et le sphacèle de la peau mince distendue qui recouvre le corps thyroïde. Son emploi, qui a parfois donné un très grand soulagement, doit donc être surveillé avec grand soin.

HOPITAL ROTHSCHILD. — M. A. Weill.

La créosote et le gaïacol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Résultats obtenus à l'aide des injections sous-cutanées de gaïacol.

Par M. le docteur Diamantberger,
Ancien interne du service.

I

Parmi tant de substances tour à tour employées et maintenues avec plus ou moins de ténacité et d'enthousiasme, dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, il en est une surtout, qui paraît pouvoir lutter d'une façon assez efficace contre le génie fatal de cette maladie si meurtrière : c'est la créosote.

Retirée en 1830 par Reichembach (1), de Blansko (Moravie), de l'acide pyroligneux, et, peu après, du goudron de hêtre, elle se révéla bientôt comme très efficace dans le traitement des brûlures, des panaris, de la gangrène, de la carie dentaire, de la gale et de quelques éruptions cutanées, de même que pour le pansement des ulcères scrofuleux ou syphilitiques. Reichembach l'employa, lui-même, dans tous ces cas, comme un antiputride puissant, et eut l'idée

(1) Reichembach. *Bulletin de thérapeutique*, 1833.

de l'essayer, quelque temps après, en potion chez deux phthisiques, atteints d'hémoptysies fréquentes.

La découverte de la créosote et son emploi thérapeutique eurent un certain retentissement non seulement en Moravie et en Allemagne, mais encore et surtout en France, où nous voyons paraître une série d'articles enthousiastes dûs à Breschet (1), Berthelot (2), Grandjean (3), de même qu'une thèse inaugurale à la Faculté de Paris due à Miguet (4). Mais un rapport de Martin Solon (5) à l'Académie de Médecine de Paris et le travail de Koeltler [de Berlin (6)], condamnent, au contraire, la créosote. Enfin, Orfila rapporte un cas d'empoisonnement, et cela suffit pour jeter dans l'ombre la découverte de Reichembach. A partir de cette époque, personne ne parla plus de cette substance; tout au plus l'employait-on encore en Allemagne sous la forme d'aqua Binelli, comme antiputride et cicatrisant.

Ce n'est qu'en 1877, qu'elle est reprise par Bouchard et Gimbert (de Cannes), et employée dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Dans un mémoire présenté à l'Académie de Médecine et publié dans la *Gazette hebdomadaire* de 1877, ces auteurs signalent 25 guérisons apparentes et 29 améliorations, sur un total de 93 phthisiques à divers degrés, traités avec une dose initiale de 40 centigrammes de créosote par jour (en potion vineuse).

Ce mémoire eut un grand retentissement, car il se fit immédiatement un courant en faveur de la créosote, d'abord en France et puis en Allemagne; et jusqu'à ce jour on n'a point cessé d'administrer aux phthisiques des préparations créosotées sous toutes les formes possibles. En Allemagne surtout, Fraentzel (7) et Sommerbrodt (8) l'ont expérimentée sur une très vaste échelle.

Cependant, aux dires mêmes de ses défenseurs les plus enthousiastes, la créosote présente beaucoup d'inconvénients, qui tiennent de causes diverses : d'une part, beaucoup de malades supportent mal l'odeur et le goût de la créosote, souvent même l'estomac en est fort incommodé; d'autre part, et c'est un point essentiel, ce produit diffère considérablement selon la provenance (créosote de hêtre, créosote de goudron de houille), selon la fabrication et la constitution chimique, qui, jusque dans ces derniers temps, était encore très obscure.

En 1876, le *Dictionnaire* de Wurtz donnait encore les renseignements suivants : « La créosote (de χρέας, chair, et σωζω, je conserve) est un liquide doué de propriétés antiseptiques et que Reichembach a retiré du goudron de bois; mais, sous le nom de créosote, on trouve dans le commerce différents liquides de nature et de composition variables, n'ayant de propriétés communes, que leur solubilité dans les alcalis, leur point d'ébullition fixé vers 200 degrés et leurs propriétés antiseptiques. C'est ainsi que beaucoup de créosotes ne renferment que du phénol et du crésylol; ce dernier a été isolé par Williamson et Faillie des créosotes de goudron de houille; mais il en existe aussi, suivant Duclos, dans celles que fournissent les goudrons de bois.

Quant à la créosote découverte et préparée par Reichembach, elle n'est pas un principe unique, ainsi que l'ont montré Hlasievitz et Barth. Aussi, les travaux d'un grand nombre de chimistes qui se sont occupés de son étude, présentent-ils de nombreuses divergences et les résultats analytiques ne concordent pas entre eux. »

Pourtant les chimistes ont apporté, depuis, un peu de lumière dans cette question, qui s'enrichit petit à petit d'une série de découvertes, dont voici la filiation successive :

Hlasievitz et Barth ont d'abord signalé, dans la créosote de hêtre, la présence du *créosol* ($C^7H^7(CH^3)O^2$), qui n'est qu'un dérivé méthylé de l'homopyro-catéchine.

Quelque temps après Gorup-Besanez isola, de la créosote du Rhin, un corps, que H. Deville avait déjà obtenu par la distillation sèche de la résine de gaïac, en l'appelant *gaïacol*, et qui n'est qu'un éther méthylpyro-catéchique ($C^6H^5(CH^3)O^2$).

Gorup-Besanez, Tiemann, Wright et Beckel complétèrent l'étude chimique de ce corps et en firent la synthèse complète.

Marasse a reconnu et contrôlé d'une façon exacte que la créosote de hêtre contient toujours mais en proportion très variable, suivant l'échantillon, et comme simple mélange, les deux corps : créosol et gaïacol.

A côté d'eux, on trouve encore, suivant le degré d'impureté de la créosote, de petites quantités de crésylol et de phénol. De là résulte l'inconstance et la variabilité infinie des propriétés thérapeutiques des créosotes du commerce.

Il se dégage naturellement de cet état de choses un desideratum fort justifié, c'est d'arriver à employer à la place de la créosote celui de ses principes constituants, qui en possèderait les qualités microbicides si bien appréciées par les médecins.

D'après les recherches instituées à Berne par le docteur Schaerger et à Berlin par Penzoldt, les créosotes reconnues meilleures contiennent *toujours* une proportion plus forte de gaïacol que de créosol; le contraire se rencontre constamment dans les créosotes impures. Ces considérations décidèrent donc le choix et nous voyons tour à tour Sahli (de Berne), Fraentzel (de Berlin) et Bourget (de Genève) employer le gaïacol à la place des préparations créosotées et confirmer ainsi les prévisions des analyses chimiques.

Le premier de ces auteurs publia le résultat de ses recherches dans le *Correspondenz-Blatt fur Schweizer aerzte* (1), et arriva à la conclusion « que le gaïacol est très bien supporté par les malades, et agit d'une façon tout aussi efficace et même mieux que la créosote. Dans la plupart des phthisies, au début, il diminue les crachats et la toux; et augmente l'appétit, les forces et l'état général. Les doses sont les mêmes que pour la créosote. »

Sa formule est la suivante :

Gaïacol pur	1 à 2	grammes.
Eau distillée.	180	—
Esprit de vin.	20	—

M. S. A. (in vitro nigro). En prendre, après chaque repas, une cuillerée à bouche dans un verre d'eau.

(1) Breschet. Essais sur la créosote à l'Hôtel-Dieu. *Bulletin de thérapeutique*, 1834.

(2) Berthelot. Étude sur les applications de la créosote, *Ibidem*, 1834.

(3) Grandjean. Action de la créosote sur un cas de phthisie pulmonaire, *Ibidem*, 1834.

(4) Miguet. Thèse de Paris, 1834.

(5) M. Solon. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1835.

(6) Kœltler. *Bulletin de thérapeutique*, 1836.

(7) Fræntzel (de Berlin). *Charité-Annalen*, 1883, Bd. IV, p. 278; — *Therap. Monats*, 1887, H. 5, p. 193; — *Wochens.*, Leipzig 1887.

(8) Sommerbrodt. *Klin. Wochens.*, 1887, n° 15.

(1) N° 20, 15 octobre 1887.

Frænlzel [de Berlin (1)] arrive aux mêmes conclusions et prescrit le gaïacol de la façon suivante :

Gaïacol	13 gr. 50
Teinture de gentiane. .	30 grammes.
Alcool pur.	250 —
Vin de Xerès.	700 —

M. S. A. Une cuillerée à bouche, trois fois par jour, dans de l'eau.

Enfin, Bourget [de Genève (2)] en est tellement enthousiasmé, qu'il n'hésite pas à gaïacoliser ses malades d'une façon intensive; il le prescrit à l'intérieur sous la forme d'un vin gaïacolé, par la voie rectale sous forme d'émulsion avec de l'huile d'amandes douces et même par voie d'absorption cutanée en frictions énergiques.

Le gaïacol s'obtient dans le commerce à l'aide d'un procédé indiqué par Hlasievitz et dont voici la description sommaire :

On distille la créosote de hêtre, en mettant de côté la portion qui passe de 190 à 205 degrés; puis on agite cette portion avec de l'ammoniaque moyennement concentrée; on sèche le produit obtenu et on le redistille. La portion, que l'on recueille, est celle qui distille à 200 et 205 degrés; on la dissout dans l'éther, on y ajoute de la potasse en solution alcoolique concentrée. Il se produit un précipité que l'on lave à l'éther, puis que l'on fait cristalliser et que l'on décompose ensuite par l'acide chlorhydrique. Il ne reste plus alors qu'à rectifier et à sécher le produit ainsi obtenu.

C'est un corps *huileux*, *incolore*, à odeur faible de créosote, dont la densité à 22 degrés est de 1,119. Il bout à 205 ou à 210 degrés; il est insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et l'acide acétique. Il réduit les sels d'or et d'argent.

Avec l'acide azotique, il donne de l'acide oxalique. Avec le brome, on obtient des dérivés tribromés fusibles à 102 degrés, après purification dans l'eau bouillante.

Fondu avec la potasse, il redonne la pyro-catéchine; avec la poudre de zinc, il se forme de l'anisol. Chauffé à 140 degrés, avec un mélange d'acide sulfurique et d'acide phthalique, il se forme un produit brun, qui, insoluble dans l'eau, est peu soluble dans l'alcool, et donne par sublimation l'alizarine.

Avec le chloroforme et la potasse, on arrive à la vanilline; c'est, du reste, le procédé synthétique de la préparation de la vanilline.

Réactifs. — Quelques gouttes d'ammoniaque ajoutées au gaïacol, puis suffisamment du perchlorure de fer pour que le précipité formé se redissolve, donnent avec la solution alcoolique une coloration verte, et avec la solution aqueuse, rien. Avec l'acide phénique, le réactif précédent donnait en solution alcoolique une coloration brune, et, en solution aqueuse, une coloration bleue.

La coloration verte, obtenue précédemment, passe au violet au bout de quelques instants, ou plus rapidement par le carbonate de soude (3).

En recommandant le gaïacol à la place de la créosote, Sahli ne prétend pas seulement éviter l'inconstance des préparations créosotées, mais il insiste encore sur les avantages suivants :

A dose égale, le gaïacol agirait mieux et plus vite contre la toux et l'expectoration. La tolérance serait plus grande, le goût et l'odeur plus agréables; enfin, les malades ne s'en fatiguent que rarement.

Ces assertions se trouvent entièrement confirmées dans les communications de Frænlzel, de M. Bourget et par les recherches que nous avons eu l'occasion de faire également sur ce sujet.

Mais, malgré ce nouveau progrès dans la thérapeutique de la phthisie pulmonaire, malgré les bons effets qu'on est amené à constater sous l'influence de cette médication, le scepticisme le plus absolu règne toujours dans l'esprit du médecin, quant au résultat définitif du traitement.

Pour peu qu'il y ait une lésion plus ou moins avancée, pour peu que la fièvre hectique, les sueurs et la perte d'appétit viennent se joindre aux signes physiques les moins accusés, toutes les espérances qu'on a pu mettre dans l'efficacité de la créosote ou du gaïacol, s'écroulent forcément; le dénouement fatal devient, aux yeux des praticiens expérimentés, une nécessité inévitable, et presque toujours, la marche de l'affection, tôt ou tard, donne raison à ces prévisions pessimistes.

Les auteurs ont bien signalé des améliorations, des guérisons apparentes, mais jamais des guérisons définitives; et cependant, la tuberculose pulmonaire est curable, c'est l'avis des médecins les plus autorisés.

Étant donné que la créosote et le gaïacol, substances, du reste, éminemment antiseptiques, amènent presque toujours des améliorations, c'est-à-dire qu'on ne peut point leur contester une certaine vertu microbicide dans l'espèce, il y aurait à se demander si la dose, jusqu'à présent employée, n'est pas trop minime. Dans ce cas, le problème consisterait à pouvoir introduire, dans l'organisme malade, la quantité suffisante pour tuer, à coup sûr, les bacilles, ou pour empêcher leur pullulation excessive dans le poumon.

Ceci nous amène à parler tout d'abord des recherches expérimentales faites sur ce point et des conclusions qu'on peut en tirer, pour éviter, en quelque sorte, l'empirisme un peu forcé qui domine la phthisiothérapie.

En 1882, M. Hippolyte Martin fit, dans le péritoine de cobayes, des inoculations avec du liquide tuberculeux, additionné d'une solution créosotée. Résultats négatifs.

En 1884, le professeur Coze (de Nancy) et son préparateur le docteur Simon firent des recherches très minutieuses sur l'action microbicide de plusieurs substances et arrivèrent à la conclusion, très vague, que la créosote a une certaine action microbicide dans la phthisie, mais rien de plus.

Les recherches de M. le docteur Pilatte (1) [de Montpellier], en 1885, sont déjà plus précises, et, à l'aide de cultures sériées, il arrive à établir, qu'une solution de créosote à 1 p. 100 semble pouvoir arrêter le développement des bacilles de Koch.

En février 1888, Guttmann publia, dans la *Berliner Klinische Wochenschrift*, le résultat de ses expériences très minutieuses, faites également à l'aide des cultures sur gélatine, et arrive finalement à la formule suivante :

Les bacilles de la tuberculose ne peuvent plus se développer dans une culture, à laquelle on a ajouté une petite

(1) Frænlzel. *Therap. Monals.*, 1888, nº 4.

(2) Bourget. *Corresp. f. Sch. Ærtze*, 1889.

(3) La plupart des détails chimiques, que nous donnons dans ce travail, ont été contrôlés par notre collègue M. Goupil, interne en pharmacie à l'hôpital Rothschild.

(1) Pilatte. Thèse de Montpellier, 1885.

quantité d'une solution alcoolique de créosote à 1/4000e ; d'où résulterait, que pour entraver la pullulation bacillaire dans l'organisme d'un tuberculeux, il faudrait que son sang soit saturé de créosote dans la proportion de 1 p. 4000.

Les mêmes recherches ont été reprises par I. Rosenthal, qui arriva aux mêmes conclusions ou à peu près (1).

Le gaïacol n'a pas encore été l'objet de telles recherches expérimentales, mais, d'après ce que nous avons dit sur son histoire chimique et pharmaceutique, les données qui précèdent lui sont applicables, au moins dans la même mesure qu'à la créosote.

L'indication qui découle de ces chiffres théoriques consiste donc à élever les doses thérapeutiques soit de la créosote, soit du gaïacol.

L'administration de la créosote et même du gaïacol, par la voie stomacale, ne peut pas aller au delà de 1 gramme, et, même avec le traitement intensif de Bourget, cette dose n'est pas dépassée.

Pour faire parvenir les molécules de créosote au niveau des alvéoles pulmonaires, ou tout au moins dans les ramifications bronchiques, on a fait des inhalations et des pulvérisations créosotées qui paraissent avoir donné des résultats assez satisfaisants, tant en Allemagne (2) [Curschmann, Schuller et Pick], qu'entre les mains des expérimentateurs français (3) [Tapret, Dreyfous-Brissac, Legroux].

L'action antiseptique de la créosote s'exerce dans ces cas localement; et avec la diminution des sécrétions putrides des bronches, résulte une amélioration sensible de l'état général. Nous (4) avons fait la même constatation à l'aide des pulvérisations de bi-iodure de mercure, qui agissent de la même façon, tout en n'atteignant point les foyers infiltrés de la profondeur du tissu pulmonaire.

Mais, malheureusement, les pulvérisations ou inhalations antiseptiques, qui améliorent même vite l'état général par la simple stérilisation des voies bronchiques, ne sont efficaces que momentanément; une fois cessées, les colonies de bacilles, qui étaient à l'abri de leur action directe, repullulent de plus belle, comme si on n'avait rien fait. Il s'agit donc d'une action purement locale ; et, à ce titre, les pulvérisations créosotées ou bi-iodo-mercuriques peuvent, en effet, servir de complément très utile à l'emploi de la créosote ou du gaïacol par une autre voie.

Les injections antiseptiques intra-pulmonaires essayées par MM. Lépine et Truc à Lyon, par M. Gougenheim à Paris, par White et d'autres en Amérique, n'ont pas trouvé beaucoup d'adeptes, vu les dangers qu'on ferait ainsi courir aux malades soumis à ces piqûres parenchymateuses. Nous avons fait à peu près une trentaine d'injections intra-pulmonaires avec une simple seringue de Pravaz, chargée d'une solution de gaïacol dans l'huile de vaseline (2 p. 100); nous n'avons eu aucune autre complication notable qu'un peu de toux, accompagnée ou non d'expectoration ordinaire ; une seule fois le malade eut un petit crachement sanguinolent, qui s'arrêta aussitôt.

Dans les cas de cavernes avec gargouillements nombreux, les injections intra-pulmonaires de gaïacol pur ne seraient donc point contre-indiquées.

Pour l'introduction d'une dose un peu plus forte de médicament dans le courant sanguin, il ne nous reste que les injections hypodermiques. Par ce moyen on peut, en effet, espérer de pouvoir non seulement stériliser la masse sanguine, qui est le véritable lieu de combat entre les bacilles et les sucs nutritifs ; mais encore aller atteindre et détruire au possible les foyers localisés dans le poumon ou ailleurs.

Déjà, en 1882, M. Ducastel, et en 1883, MM. Tapret et Maigret (1) ont fait des injections sous-cutanées d'une solution de peptone créosotée.

Depuis quelques années, M. Gimbert (de Cannes) a commencé à faire des injections hypodermiques d'une solution au 15e de créosote dans de l'huile d'amandes douces, à l'aide d'un appareil spécial, qui ne fait pénétrer le liquide sous la peau que goutte par goutte, afin qu'il y ait absorption plus facile et moins douloureuse.

Notre collègue d'internat à l'hôpital Rothschild, M. Z. Spivacoff, ayant étudié pendant plus d'un an les résultats exacts de cette méthode, sur un grand nombre de malades, en tire également des conclusions très favorables.

La question de la composition si variable des créosotes du commerce étant résolue par l'application du gaïacol dans la thérapeutique, l'emploi de ce dernier produit pour les injections sous-cutanées était tout indiqué. C'est ce que nous résolûmes, l'hiver dernier, d'entreprendre, avec la permission bienveillante de notre maître, M. A. Weill, médecin en chef de l'hôpital Rothschild, soit sur des malades hospitalisés dans les salles, soit surtout sur des malades de la consultation externe.

Les résultats de ces recherches, bien incomplètes encore, concordent parfaitement avec nos prévisions personnelles, de même qu'avec les conclusions d'expériences similaires faites par deux médecins allemands (l'un le docteur Schœtelig, de Hombourg ; et l'autre le docteur Pollyak, de Gærbersdorf).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 novembre. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. Landouzy qui se porte candidat pour la place vacante dans la section de pathologie médicale;

2° Un travail de M. le docteur Mercier sur la contagion de la rougeole ;

3° Un pli cacheté sur le traitement de la tuberculose déposé par M. le docteur Ligerot (accepté).

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. HARDY fait observer que les causes de la diminution de l'accroissement de la population en France sont multiples. Les principales de ces causes sont la race, la civilisation, l'amour du bien-être, l'abandon des campagnes pour les grandes villes et l'absence des idées morales et religieuses.

Au point de vue de la race, il est hors de doute que la race française est moins prolifique que la plupart des autres. Si l'on en veut la preuve, il n'y a qu'à constater ce qui se passe en Suisse, par exemple, où se trouvent réunies plusieurs races, toutes sou-

(1) Rosenthal. *Deuts. Med. Zeit.*, 1888, n° 90.

(2) *Berl. Klin. Wochens.*, 1879, p. 429 et 421 ; — *Deuts. Med. Wochens.*, 1883, p. 189 et 204; — *Arch. f. exp. Path. und Pharm.*, 1879, B. II, p. 84.

(3) Lesguillon. Thèse de Paris, 1888.

(4) Diamantberger et Spivacoff. Des pulvérisations bi-iodo-mercuriques dans la tuberculose pulmonaire, *Annales de la tuberculose*, 1889, n° 2.

(1) Maigret. Thèse de Paris, 1883-84.

mises, cependant, aux mêmes lois. A Genève, les statistiques montrent que la natalité française y est infiniment moins considérable que les natalités allemande et anglaise. De même, à Fribourg, à Berne. M. Leroy-Beaulieu a montré qu'il en était de même en Belgique, à ce point de vue, qu'en Suisse.

Ce n'est pas d'aujourd'hui, d'ailleurs, que date la faible natalité en France. Déjà, en 1823, de Humboldt avait signalé cette faible natalité.

La civilisation est aussi une cause incontestable de faible natalité. On sait bien que plus on s'éloigne de la nature, moins on a d'enfants. Il faut aussi tenir grand compte de la perte des sentiments religieux comme cause de dépopulation. La preuve en est fournie par ce qui se passe en Bretagne, en Auvergne où la persistance des sentiments religieux coïncide avec une natalité beaucoup plus forte que dans la plupart des autres départements. Il faut aussi attacher une grande importance à l'abandon des campagnes et à l'augmentation de la population ouvrière dans les villes comme cause de démoralisation et partant de faible natalité.

Il est donc incontestable, ajoute M. Hardy, que l'influence de la race, l'amour du bien-être, les difficultés de la vie, l'augmentation toujours croissante de la population ouvrière dans les grandes villes, l'affaiblissement des sentiments religieux sont les principales causes de la diminution de la natalité en France.

Quels sont les moyens de remédier à cet état de choses? L'Académie n'est pas compétente dans les questions de législation. M. Hardy ne saurait donc suivre MM. Lagneau et Javal dans les propositions qu'ils ont faites de modifier les lois. Il n'est pas d'avis, comme le voudrait M. Lagneau, que l'on cherche à faciliter les mariages, en permettant aux jeunes filles, âgées de moins de vingt et un ans, de se marier sans le consentement de leurs parents; il ne pense pas non plus qu'il faille, ainsi que le propose M. Le Fort, faire une loi sur la recherche de la paternité, recherche toujours difficile, délicate, et qui peut arriver à ce qu'un naïf innocent paye pour un coupable, habile à se dissimuler. Il ne partage pas davantage l'opinion de M. Javal sur le Code civil et ne croit pas que les auteurs de ce Code le modifieraient aujourd'hui dans le sens indiqué par cet orateur. La part égale des enfants, dans les héritages, est un des plus beaux principes de 1889 et l'on ne saurait revenir sur cette loi de succession, absolument juste et équitable. Cette loi, d'ailleurs, n'a pas, sur la dépopulation, autant d'influence qu'on veut bien le dire, ainsi que le prouvent des chiffres empruntés à la Suisse, à la Hollande, pays où le partage égal des biens existe comme en France, ce qui n'empêche pas que la natalité y est beaucoup plus considérable.

La restriction volontaire, que l'on considère comme une conséquence de cette loi, tout en existant réellement, ou tout en ayant une influence incontestable sur la diminution de la natalité, n'a pas non plus l'importance qu'on lui accorde. Nous n'y pouvons rien d'ailleurs.

Quant à l'impôt sur les célibataires, proposé par M. Lagneau, M. Hardy n'en est pas partisan. Il pense qu'on doit avoir la liberté de ne pas se marier, et qu'il y a un grand nombre d'individus pour qui, par suite de maladies ou de toute autre cause, c'est même un devoir de ne pas se marier. M. Hardy, s'il accepte le service militaire obligatoire, ne saurait accepter la nuptialité et la paternité obligatoires.

Que l'on impose l'alcool et le tabac, deux bien mauvaises choses, mais que l'on n'impose pas les célibataires.

Ce n'est pas aux lois qu'il faut s'en prendre, et il n'appartient pas à l'Académie de proposer des modifications législatives. Mais, en revanche, M. Hardy est tout à fait d'accord avec ses collègues, quand ils cherchent les moyens de diminuer la mortalité et surtout la mortalité de la première enfance. Que l'on protège l'enfance, que l'on exige une application plus rigoureuse de la loi Roussel! Voilà qui est bien et tout à fait du domaine de l'Académie. M. Hardy s'associe également aux propositions très sages émises, dans la dernière séance, par M. Brouardel. Il termine en exprimant l'espoir que bientôt les peuples s'entendront pour ne plus se ruiner dans l'entretien de formidables armées, que la loi du nombre ne sera plus la plus forte et que la qualité morale et intellectuelle primera la quantité. Les Français pourront alors se consoler de n'être pas les plus nombreux, s'ils sont les plus capables.

M. JAVAL constate que M. Hardy, contrairement à ce qu'il disait il y a cinq ans, admet l'influence de la restriction volontaire sur la diminution des naissances.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 16 novembre 1890, les médecins militaires, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin principal de deuxième classe Laederich, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger;

MM. les médecins-majors de première classe Jeanmaire, pour l'hôpital militaire de Rennes; Bar, pour l'emploi de médecin chef de la place et des salles militaires de l'hôpital mixte de Saint-Mihiel; Crussard, pour l'hôpital militaire de Nancy; Dornier, pour l'hôpital militaire Villemanzy, à Lyon; Didier, pour le 61e d'infanterie; Bruant, pour le 108e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Pilon, pour le 3e cuirassiers; Gaillard, pour le 3e hussards; Chabrol, pour le 36e d'artillerie; Faucillon, pour le 16e d'artillerie; Saintin, pour le 139e d'infanterie.

— M. Meillère, licencié ès sciences, pharmacien en chef de l'hôpital Tenon, est nommé, pour un an, chef des travaux chimiques de l'Académie de médecine.

— *Hôpitaux de Nantes.* — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Guilbaud, Labbé, Tétan et Bellouard.

Internes provisoires. — MM. Gaston, Roy, Trémant, Loréal, Leissen, Devin et Moreau.

Externes. — MM. Bureau, Olgiati, Meignen, Gourdet, Aubineau, Grolleau, Mercier, Malherbe, Mahé et Mevel.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Chevallier, licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est nommé préparateur adjoint de physique (emploi nouveau).

M. Princeteau (Laurent-Raphaël), docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Planteau, appelé à d'autres fonctions.

M. Roux, docteur en médecine, est maintenu dans les fonctions de préparateur des travaux pratiques de chimie.

M. Favrel (Georges), pharmacien de première classe, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Bonnans, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté mixte de médecine de Lyon.* — M. Amiel (Hyacinthe-Charles) est nommé préparateur du laboratoire de physique, en remplacement de M. Coque, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Estor, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie externe.

Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à M. Rauzier, chef de clinique médicale.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Friot est nommé chef des travaux du laboratoire d'hygiène, en remplacement de M. Vallois, appelé à d'autres fonctions.

Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1889-1890.

Première année : Le prix n'est pas décerné.

Deuxième et troisième années : Anatomie et physiologie. Prix, M. Parisot; mention très honorable, M. Stroup.

Quatrième année : Médecine. Prix, M. Weill; mentions honorables, M. Sterne, et *ex æquo*, MM. Frœlich et Prautois.

Chirurgie : Prix, M. Mouginet. — Prix de thèse, M. Georges;

mentions honorables, MM. Thiébaut, Baseil, Sénique, Sibut. — Prix de l'internat (fondé par le docteur Bénit), M. Thiébaut.

— *École de médecine de Nantes.* — Ont été proclamés lauréats de l'École.

Médecine. — Première année : Premier prix, M. Jurquet; deuxième prix *ex æquo*, MM. Aubineau et Gourdet; accessits, MM. Mercier et Diet.

Deuxième année : Prix, M. Mahé.

Troisième année : Pas de concours.

Quatrième année : Premier prix *ex æquo*, MM. Renoul et Poirier; mention, M. Korb.

Prix de clinique : Premier prix, M. Monnier; deuxième prix, M. Bonjour.

Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. Picot.

Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de M. Labbé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bélot, secrétaire du Conseil d'hygiène de l'arrondissement du Havre.

— Le poste médical de Gennes (Maine-et-Loire) n'est plus vacant.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'évolution clinique des salpingo-ovarites.

Par le docteur Ernest Mordret (du Mans),
Ancien interne des hôpitaux,
Ancien aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris.

I

Notre intention, en réunissant les deux mots salpingite et ovarite, est de bien montrer que le but que nous nous proposons dans cette Revue est l'étude d'une affection connexe qui, tout à la fois, atteint la trompe et l'ovaire : nous serions même tenté d'aller plus loin, trouvant que la dénomination de métro-salpingo-ovaro-péritonite, donnée à ces lésions par le professeur Trélat, dans la discussion à la Société de chirurgie, est celle qui leur convient le mieux.

Ces désordres étendus n'existent pas toujours, l'inflammation peut se limiter, et de même que la métrite n'est pas toujours suivie de salpingite, de même l'ovaire et le péritoine peuvent rester sains, alors que la trompe est malade. Mais, dès les premières lignes de cette Revue, nous voulons établir que nous croyons à la marche progressive des lésions, que nous regardons ces affections comme d'origine nettement septique, dont le point de départ est l'utérus, dont le terme est le péritoine et les désordres plus ou moins sérieux du côté de la séreuse pelvienne.

L'historique de cette question ne saurait rentrer dans notre étude qui doit rester clinique ; la thèse de M. Auger (1), sur la lymphadénite péri-utérine, contient le résumé des idées émises sur ce sujet jusqu'en 1876. Mais il faut arriver à ces dernières années, aux monographies de M. Monprofit (2), de M. Lavie (3), aux discussions de chaque jour à la Société de chirurgie, à l'Académie de médecine, aux nombreuses observations publiées çà et là, tant dans les revues françaises qu'étrangères, pour avoir sur ce sujet un aperçu un peu net. Il fallait prendre le mal chez lui, le voir à tous les différents points de son évolution pour pouvoir le connaître, et la laparotomie, avec l'antisepsie la plus rigoureuse, pouvait seule permettre ces recherches. C'est ce qui explique comment la véritable nature de ces lésions est restée si longtemps inconnue, et qu'aujourd'hui encore, le mot de salpingite est, pour beaucoup de médecins, un terme peu connu.

(1) Auger. *De la lymphadénite péri-utérine*, Thèse de Paris, 1876.
(2) Monprofit. *Salpingites et ovarites*, Thèse de Paris, 1888.
(3) Lavie. *Des salpingites*, Thèse de Paris, 1888.

Un autre motif nous a également déterminé à réunir, sous le titre de salpingo-ovarite, les lésions que nous nous proposons d'étudier ; il est des phénomènes ovariens dont la pathogénie est encore complètement à l'étude qui, par leurs symptômes, se rapprochent beaucoup des affections que nous étudions ; mais ils sont limités à l'ovaire, la trompe est saine, et les caractères anatomo-pathologiques permettent d'en faire une classe à part, car l'ovaire est petit, sclérosé, bien différent de ce que nous le trouvons dans les salpingo-ovarites.

II

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La fausse couche et l'accouchement sont, dans beaucoup de cas, le point de départ direct ou indirect des inflammations péri-utérines. L'ouverture des vaisseaux sanguins et lymphatiques, au moment de l'expulsion du fœtus, créent une porte d'entrée à l'infection. Cette infection peut déterminer des accidents immédiats, mais ces faits rentrent dans l'état puerpéral dont nous ne devons pas nous occuper. Disons seulement que l'utérus ne doit pas être distrait de la pathologie des autres organes, que là, comme partout ailleurs, la lymphangite existe. Suivant l'intensité de la septicémie, elle donne naissance à un phlegmon variable, en étendue et en gravité, et dont le siège correspond à la disposition du tissu cellulaire, soit autour de l'utérus, soit dans les ligaments larges, soit dans la fosse iliaque. Sa cause, d'après M. Widal (1), sera toujours le passage du streptococcus pyogenes aureus à travers la muqueuse utérine.

Restent donc les accidents qui se rattachent médiatement aux couches et aux suites de couches, et s'il nous semble exagéré d'incriminer la trompe et l'ovaire dans les lésions que nous venons de signaler, ces organes deviennent, au contraire, le siège peut-être unique des affections que nous abordons maintenant. Nœggerath prétend que l'immense majorité des salpingites sont dues à la blennorrhagie, car, pour lui, la blennorrhagie de l'homme ne guérit jamais, elle devient latente et infecte ordinairement la femme.

Ces idées sont certainement exagérées, mais les re-

(1) Widal. *Étude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle*, Steinheil 1889.

cherches de M. Jullien, de Crivelli, de Peraire, semblent les confirmer, et nous croyons pouvoir affirmer que l'état puerpéral, que ce soit un accouchement ou une fausse couche, et la blennorrhagie se retrouvent presque constamment dans l'étiologie de la salpingo-ovarite. Signalons aussi toutes les causes septiques, quelles qu'elles soient : instruments malpropres, infection due à une intervention chirurgicale.

Étant donné un utérus infecté, quelle marche suivront les produits septiques ?

De même que la blennorrhagie développe chez l'homme l'épididymite par continuité de tissus des muqueuses enflammées, de même, chez la femme, une infection quelconque, une fois qu'elle aura pris possession du col de l'utérus, s'étendra de proche en proche, gagnera toute la muqueuse du corps pour pénétrer dans l'orifice utérin des trompes et déterminer dans ces organes des phénomènes inflammatoires. Ceux-ci se propageront peu à peu à l'ostium péritonéal et consécutivement au péritoine et à l'ovaire.

Telle est la théorie généralement admise aujourd'hui. Seul, M. Lucas-Championnière est d'un avis contraire. Pour lui, la propagation se fait par les lymphatiques. C'est une voie de transmission exceptionnelle.

Étant donné la disposition des lymphatiques de la région, si bien étudiée récemment par M. Poirier (1), nous ne pouvons qu'affirmer avec lui, que les gros troncs lymphatiques ne sauraient être le moyen de transport de l'élément infectieux. Peut-être aussi les néo-membranes péritonéales, si riches en lymphatiques, sont-elles pour beaucoup dans la pathogénie de ces accidents ; mais quant à admettre la théorie lymphatique telle que la défend M. Lucas-Championnière, il suffit de se reporter à l'étude de M. Poirier, pour voir qu'elle repose sur une erreur anatomique.

L'utérus étant le point de départ de l'affection, nous devrions donc étudier d'abord quelles sont les lésions dont il est le siège ? Cela nous entraînerait beaucoup trop loin. Nous regardons comme admis qu'il est affecté d'endométrite avec ou sans métrite parenchymateuse. L'excellent résultat observé par le seul traitement de l'affection utérine sur l'état d'annexes déjà malades, nous semble la meilleure preuve que c'était bien là le point de départ de l'affection.

a. Lésions de la trompe. — La trompe présente à étudier trois parties : son orifice utérin, son corps, son orifice péritonéal ou mieux son pavillon.

Il est d'usage de distinguer de nombreuses variétés parmi les salpingites, de décrire anatomiquement une salpingite catarrhale, catarrhale proliférante, interstitielle, hémorrhagique, purulente. Ce sont là des constatations très intéressantes pour l'histologie, mais nous ne croyons pas qu'au point de vue clinique, ces différentes variétés doivent être distinguées ; ce ne sont pas des formes différentes d'une lésion, mais bien une seule et même lésion à différentes périodes de son évolution. C'est, du moins, ce que nous avons pu constater sous la haute direction de notre maître M. Bouilly, pendant que nous avions l'honneur d'être son interne. C'était aussi la conclusion à laquelle arrivait M. Monprofit (2), qui termine l'anatomie pathologique par ces mots : « Les salpingites catarrhales restent-elles ce que nous les voyons ? peuvent-elles se transformer d'une façon complète en pyo-salpingite ? ne peuvent-elles pas effectuer leur retour *ad integrum* ? Ce sont là des questions qui restent à résoudre. » Il avait donc parfaitement prévu ce que nous croyons aujourd'hui pouvoir affirmer.

1° *Lésions de l'orifice tubo-utérin.* — Étant donné la propagation de muqueuse à muqueuse, le point par où débute l'inflammation du conduit tubaire doit être son extrémité utérine. Cet orifice est fort petit, aussi la plus légère inflammation doit-elle suffire pour fermer son conduit ; il résulte de là une rétention dans les produits de sécrétion de la trompe qui se vide mal, et ce fait vient faciliter le développement de l'élément infectieux dans l'intérieur du canal. Ce léger degré d'inflammation de l'orifice tubaire ayant son point de départ dans la cavité utérine, détermine un travail de sclérose analogue à ce qui existe dans les rétrécissements de l'urèthre, de l'œsophage. Telle est, croyons-nous, la lésion primitive : des coupes faites à ce niveau nous ont montré un épaississement de la paroi du canal, et une augmentation de tissu fibreux qui, pour ainsi dire, dissèque l'élément musculaire du conduit. Ces lésions peuvent être fort légères, et l'oblitération n'existe pas constamment, souvent même cet orifice est agrandi. Cette augmentation du calibre ne va pas contre notre précédente affirmation, car, en pareil cas, les lésions de sclérose se retrouvent comme preuve de l'ancienneté de l'affection. Du reste, même lorsque l'orifice persiste, il est parfaitement insuffisant, car la collection ne se vide que bien rarement et bien incomplètement.

Beaucoup d'auteurs regardent la lésion de l'orifice tubaire comme la conséquence de la formation de la poche ; nous croyons, au contraire, avec M. Bouilly, qu'elle en est le point de départ.

2° *Lésions du corps.* — La trompe peut être seulement hypertrophiée, atteindre le volume du petit doigt, présenter des flexuosités. Presque toujours son extrémité utérine reste sensiblement la même, mais il se forme une série de dilatations successives dont les plus grosses sont les plus externes. Leur volume varie de celui d'une noisette à celui d'une petite noix. On peut aussi voir des tuméfactions beaucoup plus volumineuses, la trompe convertie en une poche contenant 1000 à 1200 grammes de liquide ; ce sont là des faits exceptionnels ; en pareil cas, l'ovaire est plus ou moins malade. Nous aurons à y revenir.

Il va de soi que les lésions anatomiques qui répondent à ces différents aspects de la trompe ne sont pas les mêmes, et nous nous trouvons en présence des lésions les plus variées.

M. Martin (1) distingue encore une salpingite catarrhale aiguë, qu'il oppose aux lésions déterminées par les agents infectieux. Cette dernière, étant donné le rôle primordial de l'élément infectieux, n'a plus aujourd'hui sa raison d'être. Nous n'admettons pas moins, avec lui, un premier stade répondant à ce qu'il décrit sous le nom de salpingite catarrhale simple et de catarrhale proliférante : la muqueuse d'abord rouge, boursouflée, la prolifération des replis, les anfractuosités qui en résultent, sont des lésions connues de tous. Ensuite vient l'épaississement des parois de la trompe, la dissection, pour ainsi dire, de l'élément musculaire par du tissu fibreux, la production de couches d'éléments embryonnaires sous-épithéliaux. Ces lésions désorganisatrices constituent la salpingite interstitielle : la paroi de la trompe est considérablement augmentée, le conduit tubaire est très petit, il n'y a pas ou peu de liquide à l'intérieur de la

(1) Poirier. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1087.
(2) Monprofit. Loc. cit.

(1) Martin. *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. Varnier.

trompe, et s'il y en a, il se trouve renfermé dans des petites poches séparées les unes des autres par des rétrécissements résultant de l'oblitération du canal par un boursouflement de la muqueuse. Sa nature est très variable. Il peut être simplement séreux, ou plus ou moins hématique, ce qui résulte de la part que prend la trompe dans la menstruation. Plus souvent, surtout si les lésions sont déjà anciennes, ces poches renferment du pus. Comme nous l'avons déjà dit, nous croyons que toutes les variétés de salpingites tendent vers la pyo-salpingite. Il est, en effet, fréquent, alors qu'à l'intérieur du canal il n'existe pas de liquide, ou simplement un peu de liquide séreux ou hématique, de voir, sur les parois mêmes du conduit tubaire, de petits foyers concrétés, tout prêts à s'ouvrir dans l'intérieur de la cavité, et qui nous montrent bien que tous ces états sont des intermédiaires. Il suffit, en effet, que ces petits foyers isolés se réunissent pour que nous soyons en face d'une véritable collection purulente. Les parois ne tardent pas à s'amincir, et l'aspect d'une de ces poches rappelle tout à fait celui d'un abcès ordinaire.

L'origine microbienne étant acceptée, on devait se demander ce que donnerait l'examen bactériologique du contenu de ces collections. Il est rare de rencontrer les éléments infectieux dans ces liquides; cependant, plusieurs fois les gonocoques ont été retrouvés alors que l'origine blennorrhagique était nettement admise. Le plus souvent les recherches sont restées infructueuses. Mais nous ne tirerons pas de ce fait un argument contre l'origine infectieuse de ces affections, car nous savons que les micro-organismes n'existent pas à toutes les périodes de l'affection qu'ils déterminent.

Les mêmes considérations s'appliquent à la salpingite tuberculeuse où l'on a rarement rencontré des bacilles.

3° *Orifice abdominal.* — L'extrême vascularité des franges du pavillon de la trompe, son voisinage du péritoine expliquent la formation très rapide de fausses membranes et les adhérences consécutives de l'ovaire qui, dans l'immense majorité des cas, ne tardent pas à faire partie de la masse des annexes enflammées.

Le pavillon est pour ainsi dire, au point de vue de la formation de la poche, un « locus minoris resistantiæ »; ce fait est même invoqué par M. Lucas-Championnière comme une preuve que la salpingite se développe par la voie lymphatique, le pavillon étant le premier malade par suite de sa communication avec les lymphatiques du ligament large. Il faudrait cependant se rappeler que, dans bon nombre de salpingites simplement catarrhales, le pavillon n'est pas atteint, les lésions siégeant surtout alors dans le corps même de l'organe. Si, au contraire, les lésions s'accentuent, si surtout la salpingite devient purulente, alors le pavillon est rapidement enflammé, et par les adhérences qu'il contracte forme une sorte de petite cavité qui ne demande qu'à être remplie par le liquide. Peu à peu se forment ainsi ces poches volumineuses, sur les parois desquelles on ne retrouve plus trace du pavillon tellement il est transformé, et qui sont développées aux dépens de la portion péritonéale de la trompe, de son pavillon, des adhérences nombreuses péritonéales qui les tapissent, et également de l'ovaire.

b. Lésions de l'ovaire. — Il est rare, en effet, de rencontrer des lésions limitées aux trompes. Le voisinage immédiat de l'ovaire, ses rapports physiologiques avec le pavillon sont la cause de sa participation à l'affection. Nous ne croyons donc pas pouvoir isoler la salpingite de l'ovarite; s'il y a lésion de la trompe, il y a déjà, ou il y aura le plus souvent lésion de l'ovaire. La simple propagation de proche en proche suffit pour nous l'expliquer, et les lymphatiques n'ont pas à intervenir dans cette pathogénie. Il n'en est pas de même dans les cas où l'ovaire seul est pris, car alors, l'ovarite semble la suite des phénomènes angio-leucitiques des ligaments larges, et le réseau lymphatique, développé dans les néo-membranes péritonéales qui enveloppent consécutivement l'ovaire, est probablement le véritable facteur de ces accidents. Ce sont là des faits d'un tout autre ordre que nous ne devions que signaler.

Les lésions propagées de la trompe à l'ovaire ne déterminent pas toujours dans celui-ci les mêmes désordres, et nous devons distinguer deux cas : la tumeur de la trompe est petite, la tumeur est volumineuse.

Dans le premier, l'ovaire, enveloppé par des adhérences, se trouve fixé soit au pavillon, ce qui est le plus fréquent, soit dans un point voisin. Son fonctionnement et sa nutrition s'étant trouvés modifiés, il peut présenter de petits kystes sanguins, dus probablement à des hémorrhagies folliculaires. Quelquefois il est entièrement kystique et rempli de sang. Nous assistons donc là à des désordres, pour ainsi dire, mécaniques. L'élément infectieux peut aussi l'atteindre directement, il y a ovarite suppurée : le pus est contenu dans de petites cavités séparées les unes des autres, ou, au contraire, l'organe est converti en une poche unique.

Dans le second cas, nous pouvons encore trouver des lésions analogues à celles que nous venons de décrire, mais le plus souvent l'ovaire semble complètement disparu, il fait partie intégrante de la poche, y est accolé, et est confondu avec ses parois. Pour ainsi dire aplati en forme de galette, il n'est sur des coupes successives représenté que par un peu de tissu blanchâtre et il est quelquefois nécessaire de le rechercher avec soin pour le retrouver. C'est ce qui explique comment, dans un certain nombre d'observations, on dit ne pas l'avoir vu.

Nous ne devons cependant pas oublier que l'ovaire est susceptible de déplacements.

Enfin, il peut former un large diverticule de la collection salpingienne et ne faire, pour ainsi dire, qu'un avec elle. Les altérations diverses de l'ovaire expliquent pourquoi nous retrouvons tant d'observations d'ovarites suppurées dans les anciens auteurs. On est frappé en les relisant de l'exactitude des symptômes qu'ils décrivent, mais ne connaissant pas la pathologie de la trompe, le rôle de son pavillon dans la formation de ces poches purulentes, ils se trompaient sur le siège exact d'une affection qu'ils décrivaient magistralement.

c. Lésions péritonéales. — Les désordres que nous avons signalés du côté de la trompe et de l'ovaire sont forcément accompagnés d'altérations du côté du péritoine.

Contenue dans l'aileron du ligament large, la trompe ne peut être malade sans affecter consécutivement son enveloppe séreuse. Il y a suppression du méso-salpinx normal, épaississement de la partie supérieure du ligament large (1), développement de la trompe entre les deux feuillets; elle peut devenir très difficile à isoler, son pédicule est

(1) Monprofit. Loc. cit.

plus ou moins volumineux, et dans les vaisseaux qui y sont contenus nous avons constamment trouvé de l'endartérite. M. Monprofit a montré la fixation des organes malades, et a insisté sur ce fait que le cul-de-sac de Douglas est leur place d'élection. M. Terrillon a montré qu'il y avait des exceptions à cette règle, que les adhérences péritonéales pouvaient saisir les annexes alors qu'elles étaient encore hautes, et les appliquer contre la paroi abdominale, par exemple. Il conclut même que ce qui a été décrit sous le nom de phlegmon du ligament large, n'est autre chose, dans l'immense majorité des cas, que des annexites suppurées, mais anomalement situées. Il y a là, croyons-nous, une exagération, car il est pour nous hors de doute qu'il peut exister, comme complication de l'état puerpéral, une collection purulente développée dans le tissu péri-utérin.

Ajoutons encore que, dans de nombreuses observations, il s'est développé, autour d'une annexe primitivement suppurée, des abcès circonvoisins dus, sans doute, à l'issue de quelques gouttes du contenu de la collection mère, et M. Monprofit leur a donné le nom d'abcès péri-salpingiens. Ils siègent le plus souvent dans les brides péritonéales qui réduisent en tissu aréolaire le cul-de-sac de Douglas, mais peuvent aussi se développer dans l'épaisseur même des ligaments larges.

Enfin, ces collections peuvent s'ouvrir, soit dans le péritoine en déterminant des accidents rapidement mortels, soit dans des organes voisins et tout particulièrement le rectum, les différentes parties de l'intestin, la vessie. Mais la formation de ces fistules est rare, beaucoup plus souvent ce sont les abcès péri-salpingiens qui s'ouvrent dans ces organes, plutôt que l'annexe suppurée elle-même.

III

SYMPTOMES

Début. — Les antécédents de la vie sexuelle de la femme ne nous procurent pas de renseignements précis.

Nous croyons, cependant, que chez bon nombre de malades, les premières menstruations ont été douloureuses; elles ont présenté des irrégularités de règles, en somme un passé ovarien. Quant à l'époque d'apparition des premières menstrues, nous n'y attacherons aucune importance. Chez quelques malades, les premiers rapports sexuels apportent quelques modifications : ils sont quelquefois douloureux, d'autres fois, au contraire, les accidents diminuent.

L'endométrite s'établit avec son cortège habituel : troubles dans la menstruation, leucorrhée abondante, souvent aussi symptômes gastriques. La douleur est généralement minime, mais la malade consulte, inquiète de l'abondance de ses pertes blanches. Souvent déjà, à la simple endométrite se joint une lésion des annexes.

Le jour où explorant les culs-de-sac, et surtout le postérieur, la malade vous interrompt par une plainte, il est presque certain que les annexes sont malades. Bien souvent, au point douloureux, il y a déjà une légère tuméfaction; souvent aussi, les culs-de-sac ont gardé leur souplesse normale, mais en les déprimant profondément, on sent une trompe ou un ovaire ayant subi quelques modifications dans leur volume ou leur situation. Bien que M. Martin prétende qu'on peut, normalement, sentir les annexes chez certaines femmes, nous croyons qu'il faut, pour cela, une souplesse toute particulière de l'abdomen, un état de flaccidité des culs-de-sac qui est loin d'être constant. Aussi croyons-nous que les sentir constitue une probabilité qu'elles ne sont plus normales.

Le cul-de-sac postérieur ou mieux la partie postéro-latérale du cul-de-sac est le lieu d'élection où se trouve une annexe enflammée. Il est très exceptionnel de la rencontrer en avant. Mais à cette période de début, où la mobilité persiste souvent, il peut arriver que par un simple contact, un peu trop violent, le doigt chasse dans l'abdomen des annexes qu'il a rencontrées un instant, et cherche vainement à les retrouver ensuite ; il doit donc toucher avec grande précaution, ce qui, de plus, lui permettra souvent de nous renseigner sur l'organe malade. La trompe donne la sensation d'un cordon dur, douloureux, d'un calibre qui n'est déjà plus très régulier, souvent situé dans le cul-de-sac postérieur, plus souvent à cheval sur le postérieur et le latéral. L'ovaire est plus rarement senti que la trompe, ce qui résulte de la marche même des accidents, car n'étant affecté que consécutivement à la trompe, il est rare, qu'à cette période de début, il présente déjà quelques altérations. Il est le siège d'une douleur plus vive, est toujours un peu plus gros que nature, est distant de l'utérus ; dans le cul-de-sac postérieur, le plus souvent à côté de lui, quelquefois lui adhérant, on sentira la trompe indurée.

Les symptômes fonctionnels, à cette première période, sont souvent nuls, ils peuvent donc passer inaperçus au grand détriment de la malade, car, à cette époque, le traitement rationnel de la métrite pourrait bien être d'un très grand service. Cependant, elle éprouve généralement de la douleur : elle siège dans la fosse iliaque, mais affecte aussi fréquemment la forme de névralgie lombaire ; ordinairement très passagère, elle survient après les fatigues, mais tout particulièrement après la marche.

Quant aux règles, elles nécessitent, chez quelques malades, le repos au lit, généralement dans les jours qui précèdent l'apparition du sang. Ce fait est loin d'être constant, la perte peut aussi être modifiée comme abondance, elle est plus souvent augmentée que diminuée.

Résumant donc, en quelques mots, le début de la salpingo-ovarite, nous dirons : on sent les annexes, elles sont douloureuses au toucher ; il y a déjà des douleurs spontanées.

Mais à côté de ce mode de début, il est une variété où la virulence de l'élément infectieux étant plus intense, la marche est plus aiguë, les symptômes seront ceux d'une pelvi-péritonite, la mort peut en être la conséquence rapide ; plus souvent, le tout rentre dans l'ordre et, pour avoir débuté par des phénomènes inflammatoires intenses, l'affection n'en rentre pas moins dans le cadre des inflammations chroniques, les seules que nous nous sommes proposé d'étudier.

Période d'état. — L'épithète d'*invalides*, donnée par les auteurs anglais aux malades atteintes de salpingo-ovarite, caractérise parfaitement leur état. C'est une alternative continuelle de crises douloureuses et de repos relatif, car jamais la santé ne revient vraiment satisfaisante. Cet état dure des années, les malades sont soignées pour diverses affections ; on met beaucoup de choses sur le compte de leur métrite ; on place des pessaires, on leur cautérise le col, quelquefois jusqu'à le détruire presque complètement, et tout cela, souvent, sans reconnaître la véritable cause de leur douleur.

Signes fonctionnels. — A. *Douleur*. — C'est là un symptôme primordial ; son intensité varie, mais elle est, pour

ainsi dire, constante et présente des paroxysmes. Elle consiste en une sensation de cuisson, de piqûres, de pesanteur dans le petit bassin, quelquefois même au niveau de l'anus; souvent, c'est une douleur sourde et mal localisée. La marche, les fatigues de toutes sortes sont particulièrement pénibles; la promenade en voiture, le heurt du pied contre un trottoir sont autant de causes qui peuvent amener des crises douloureuses. Souvent elles affectent la forme de névralgie ilio-lombaire.

B. *Menstruation.* — Pour quelques malades, la menstruation est la principale cause des douleurs et les force à garder le lit; chez d'autres, elle ne joue aucun rôle; enfin, pour quelques-unes, elle est un moment de soulagement. Comment une même cause produit-elle des effets aussi dissemblables? Nous ne pouvons que les constater.

Quant à la durée des règles, elle est généralement augmentée, mais si on assiste à de véritables métrorrhagies, on doit penser de suite à quelques complications, telles que : métrites hémorrhagiques, corps fibreux, etc.

C. *Écoulement séreux.* — On ne manque pas de signaler toujours, parmi les symptômes de salpingite, la colique salpingienne. Ce mot lui a été donné par analogie avec ce qui existe dans le rein, dans le foie, mais est cependant assez impropre. On ne peut faire intervenir ici aucun calcul, aucune contraction musculaire des parois, quoi qu'en ait dit M. Monprofit; cette comparaison d'une poche remplie de liquide, se vidant tout à coup en déterminant des douleurs très vives, qui se calment par l'issue du liquide, avec la marche d'un gravier dans un conduit tel que l'uretère ou les canaux biliaires, ne nous semble pas admissible. Cependant, les observations sont là qui ne laissent aucun doute sur cette complication des collections salpingiennes, nous devions donc maintenir le mot, puisqu'il répond à un symptôme vrai; mais ces faits sont plus rares qu'on ne le dit, et bien souvent on assiste à des écoulements séro-purulents qui n'ont certainement pas leur siège dans la trompe, et ont été confondus avec les coliques salpingiennes. Ces écoulements ne doivent pas davantage être confondus avec la leucorrhée, habituelle chez ces malades. Ils sont, du reste, un symptôme inconstant. Survenant sans motif, ils sont quelquefois, mais non toujours, accompagnés de douleur, et en tout cas n'amènent à la malade que peu de soulagement. Leur abondance est très variable, le plus souvent minime, ils sont d'autres fois si considérables, qu'il faudrait un hydro-salpinx d'un volume énorme pour les produire. Or, dans un cas auquel nous faisons allusion, la laparotomie a montré que les lésions de la trompe ne pouvaient expliquer l'issue d'une semblable quantité de liquide. Le siège de ces accidents nous semble donc devoir être l'utérus lui-même. Cachant notre ignorance, réunissons-les sous le nom d'écoulements séreux réflexes.

D. *Stérilité.* — La stérilité est un fait presque constant dans les inflammations annexiennes, cependant la fécondation n'est pas impossible. Le plus souvent, les lésions sont bilatérales, mais il est fréquent de voir une salpingite présentant les premières phases de l'inflammation d'un côté, alors que, de l'autre, les lésions sont déjà avancées. Dans ces conditions, la fécondation, bien que rare, peut certainement se produire.

E. *Coït.* — Symptôme très variable suivant les malades. Pour les unes, il est une occasion de crises si pénibles qu'il devient parfois complètement impossible; pour d'autres, il n'y a aucune modification à noter.

F. *Troubles nerveux; modification de caractère.* — Il est peu d'affections qui déterminent autant d'inquiétude, de mélancolie que les maladies de l'appareil génito-urinaire chez l'homme. Quelque chose d'analogue se produit chez les femmes atteintes de lésions des annexes. Le plus souvent elles deviennent tristes, s'irritent pour un rien, s'agacent de tout. Il est certain que, bien souvent, dans cet ordre de troubles nerveux, on doit faire une part à l'hystérie, mais non toujours, et l'état de souffrance continuelle dans lequel sont plongées ces malades, est suffisant pour l'expliquer; cependant, on ne peut trouver, dans l'exaspération de la malade, la pathogénie entière de ces accidents, car ils répondent quelquefois à une lésion anatomique. Ils sont surtout le propre des collections très anciennes, de petit volume, où l'ovaire est le plus souvent petit, sclérosé, emprisonné dans de fausses membranes.

G. *Tube digestif.* — Ces malades sont, le plus souvent, atteintes de dyspepsie flatulente; se plaignent de gonflement du ventre après leur repas; sont dans la nécessité de desserrer leurs vêtements. La défécation est souvent pour elles une cause de douleur, aussi elles tendent volontairement à l'espacer et augmentent ainsi la constipation qui est chez elles un fait presque constant.

H. *État général.* — Ici encore, grande variété dans les symptômes suivant les individus. Chez quelques femmes, aucun retentissement sur l'organisme, tout se passe localement; chez d'autres, altération grave des fonctions. Il est, cependant, des circonstances où l'état général donne de précieux renseignements sur l'état des lésions. Quand, sans motifs, les malades ont de la fièvre le soir, des petits frissons, que l'appétit disparaît, on peut craindre que le foyer ne suppure, surtout si ces accidents se reproduisent de temps à autres. Mais il ne faut pas oublier que ce ne sont pas là des signes qui accompagnent forcément la suppuration des annexes et leur accorder plus de valeur qu'ils n'en ont réellement.

Nous ferons rentrer, dans les symptômes tirés de l'état général, la démarche souvent spéciale de ces malades. Nous avons déjà parlé des douleurs qui survenaient au moment des fatigues; chez presque toutes, surtout si les lésions sont anciennes, la marche se modifie : elles tendent à se courber, au moins, au moment de leurs crises, et semblent quelquefois pliées en deux. Elles ont alors ce qu'elles appellent *leur barre*; couchées elles reposent sans difficulté dans le décubitus dorsal, réclamant, cependant, d'avoir les reins soutenus et la tête un peu haute.

Signes physiques. — Pour constater les signes physiques nous avons la palpation et le toucher.

A. *Palpation.* — Nous devons d'abord étudier l'état de la fosse iliaque, siège ordinaire des douleurs. La pression en ce point est douloureuse. M. Gallard insistait sur les caractères douloureux de cette pression et disait que l'on déterminait une douleur, qu'il nommait exquise, au moment où l'on enlevait la main, surtout si on l'enlevait brusquement. Noté et confirmé dans les travaux sur ce sujet, ce symptôme n'a peut-être pas une aussi grande valeur. Quand une malade souffre du ventre, il est bien difficile de lui faire analyser sa douleur, de savoir si c'est lorsque vous appuyez la main, ou lorsque vous la retirez que la malade souffre le plus. Cette douleur est généralement plus vive d'un côté que de l'autre, mais le maximum ne donne pas toujours des indications sur la gravité des lésions, aussi

avons-nous souvent entendu M. Labadie-Lagrave la désigner sous le nom de *paradoxale*.

Le siège exact de cette douleur est sur une ligne que l'on pourrait appeler ligne des annexes, elle s'étend de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic. Pour déterminer son maximum d'intensité, il faut porter les doigts en les enfonçant légèrement de haut en bas et de dehors en dedans, vers la partie postérieure du petit bassin.

La palpation permet également de reconnaître s'il y a tumeur apparente ou si, au contraire, les fosses iliaques sont absolument libres. Il est certain que, dans ces recherches, le chloroforme peut être de grande utilité, mais il ne faut l'employer que dans le cas de nécessité absolue, car on ne doit pas oublier que c'est toujours faire courir un certain risque à la malade. Donc, quand les sujets ont le ventre souple, dépressible, la paroi abdominale peu épaisse, il est complètement inutile.

La palpation peut induire l'observateur dans de profondes erreurs, au sujet du volume des annexes enflammées; l'abondance de fausses membranes, les adhérences que les annexes peuvent contracter avec les intestins et l'épiploon, simulent souvent une masse à contour indéterminé, où il semble y avoir de la fluctuation, et qui pourrait faire croire que les annexes sont beaucoup plus volumineuses qu'elles ne le sont réellement.

Nous reviendrons, dans un instant, sur les collections plus volumineuses où la tumeur fait saillie appréciable sur la paroi abdominale.

La palpation a toujours besoin d'être aidée du toucher vaginal; quant au spéculum, il permet de constater si l'utérus est le siège d'un catarrhe abondant, de voir les lésions du col, mais il n'est pas d'une importance majeure pour le diagnostic des lésions des annexes.

B. *Toucher.* — Le toucher fait reconnaître, d'abord, l'état de l'utérus qui le plus souvent a perdu sa mobilité et est enclavé dans les annexes. Les culs-de-sac postérieurs et latéraux, siège habituel des lésions, ont perdu leur souplesse; la muqueuse vaginale glisse mal sur eux, elle est comme tendue, quelquefois absolument adhérente; le doigt peut avoir l'impression d'une tuméfaction rénitente, dure, peu ou pas élastique, occupant tout le cul-de-sac postérieur et venant faire saillie dans les latéraux, dont l'un est souvent plus rempli que l'autre. Il est, en pareil cas, impossible de se prononcer sur le côté malade, et même de savoir si c'est la trompe ou l'ovaire que l'on sent dans le cul-de-sac. Le plus souvent, cette sensation est éprouvée lorsque les annexes sont assez petites, mais complètement emprisonnées dans une gangue de membranes péritonéales. On peut dire que tout est pris et que la pelvi-péritonite, qui est une lésion consécutive, semble être la lésion principale.

A côté de ces formes existent des salpingo-ovarites où les lésions péritonéales sont beaucoup moins développées. La tumeur peut affecter la forme d'une poire, d'une sangsue, d'un tube contourné. Le doigt, en suivant la tumeur plus ou moins distante de l'utérus, rencontre un cordon, sorte de pédicule à volume généralement peu considérable, mais assez dur, assez résistant au toucher, et qui vient le conduire jusqu'à la corne utérine. Dans ces cas, la forme souvent bosselée de la tumeur, ou, au contraire, son aspect ovoïde, indique quelquefois nettement si les lésions sont surtout accentuées sur la trompe ou sur l'ovaire.

Il est bien des intermédiaires entre cette forme à organes facilement isolables et celle, dont nous parlions tout à l'heure, où tout est pris. Ces diverses variétés peuvent même s'observer chez une même malade; tout cela dépend de l'état du péritoine.

La douleur accompagne toujours ces recherches; elle est un précieux point de repère.

C. *Fluctuation.* — Le pus, le sang et l'eau donneront lieu à la même sensation de fluctuation. Dans les cas où la tuméfaction bosse dans les culs-de-sac, elle est très facile à reconnaître. Souvent, il faut la rechercher plus soigneusement; on peut déprimer la tumeur avec la pulpe du doigt et en le retirant légèrement sentir le petit choc indice de liquide. Quelquefois c'est en touchant avec deux doigts qui appuient alternativement, que l'on surprend la fluctuation; c'est encore à l'aide d'un doigt dans le rectum, et d'un doigt dans le vagin.

D. *Palper et toucher combinés.* — Il faut souvent encore rechercher la fluctuation par le toucher et le palper combinés : le doigt dans le vagin, la main à plat sur la fosse iliaque la déprime profondément. Ce procédé d'exploration est indispensable pour se rendre compte de l'état des lésions. Il met, pour ainsi dire, dans la main les annexes enflammées, permet d'apprécier leur consistance, leurs adhérences plus ou moins complètes. Nous devons ajouter qu'il est extrêmement pénible.

E. *Toucher rectal.* — Souvent inutile, il peut être précieux; en cas de doute, il permet de bien apprécier le volume, le siège de la tuméfaction, mais détermine une douleur généralement très vive.

Tels sont les principaux symptômes des salpingo-ovarites dans leur forme la plus commune. Mais ce qui doit dominer toute leur histoire, c'est leur marche. Il ne faut jamais oublier que la maladie procède par poussées. Ces crises aiguës peuvent être plus ou moins rapprochées, c'est seulement dans l'intervalle des crises que l'on peut nettement juger de l'état des annexes. Au moment des poussées de pelvi-péritonite, les lésions semblent toujours beaucoup plus accentuées qu'elles ne le sont réellement. Il est fréquent de voir des malades, après quelques jours de repos, présenter des lésions peu développées et faciles à localiser, alors qu'on avait diagnostiqué chez elles, au début, une tuméfaction vague, de gros volume, et dont le siège était resté indéterminé.

IV

PRINCIPALES VARIÉTÉS DES SALPINGO-OVARITES

Nous venons de voir l'évolution habituelle de la salpingo-ovarite. Nous avons, chemin faisant, indiqué que, même dans cette forme classique, il existait de grandes différences dans les symptômes présentés par les malades. Cependant, tous ces faits étaient susceptibles de se grouper dans une même description. Il reste à signaler des cas dont l'évolution clinique, un peu spéciale, fait une classe à part. Tandis que, tout à l'heure, c'est à peine si nous trouvions une collection dans la trompe, elle est presque toujours abondante dans les cas que nous avons maintenant en vue. Ce n'est pas aux organes voisins, à des brides péritonéales qu'est due la tuméfaction observée, mais bien à la réelle augmentation des organes eux-mêmes, ce sont de grosses collections (1).

(1) Ces grosses collections viennent d'être l'objet d'une communication à la Société de chirurgie par M. Marchant, et M. Bouilly a bien voulu rappeler que je les avais déjà étudiées. Thèse de Paris, 1890.

Des collections volumineuses peuvent être immédiatement consécutives aux couches, et ont souvent été confondues avec les phlegmons du ligament large. Nous avons déjà dit un mot de leur pathogénie, il est très probable que les lymphatiques jouent un rôle important dans leur formation, que l'ovaire est souvent atteint seul; ce sont donc, à proprement parler, des ovarites puerpérales, bien différentes dans leur marche des lésions que nous étudions sous le titre de salpingo-ovarite.

Les cas que nous avons en vue dans ce chapitre s'appuient sur l'observation de malades qui souvent ne se présentent à l'examen que plusieurs années après le début des accidents. Dans leurs antécédents, on retrouve une fausse couche, un accouchement ou une blennorrhagie, mais souvent il semble bien difficile d'admettre que ce soit là la cause d'accidents qui attendent cinq et six ans pour se développer. La longueur de la période, que nous pouvons appeler prodromique, est donc un des caractères de cette seconde classe de lésions. Très souvent, pendant toute cette période, fort peu d'accidents à noter : l'accouchement s'est fait normalement, le retour de couche a été régulier, souvent, si la malade a été nourrice, les règles ont, cependant, continué. En fait de douleur peu ou pas, seulement quand la malade est fatiguée « elle sent son ventre », elle a quelques élancements ; un peu de leucorrhée accompagne presque toujours une métrite plus ou moins accentuée. L'évolution est donc cachée, c'est une forme pour ainsi dire batarde. Puis, sous une cause insignifiante, le plus souvent le froid et surtout le froid pendant les règles, les accidents graves apparaissent. Tout à coup violentes douleurs abdominales, fièvre, frissons, souvent vomissements, et on trouve, au niveau de l'abdomen, une tuméfaction déjà volumineuse. Il n'est pas rare que ce soit la malade elle-même qui fasse cette constatation, mais elle ne sait à quand faire remonter son apparition première. Et, cependant, on ne peut dire que ce soient là des accidents qui viennent de se développer, car bon nombre de ces malades sont opérées, et l'examen des pièces montrent histologiquement une poche de vieille formation !

Il serait vraiment impossible de rattacher ces accidents à leur véritable cause, si toujours la tuméfaction se formait d'une manière aussi voilée. Dans d'autres cas, les accidents, bien que moins accentués que dans les formes étudiées dans le chapitre précédent, existent dès le début et rattachent nettement l'effet à la cause : c'est donc par analogie que nous concluons que, même dans les cas où l'évolution reste cachée, il faut, cependant, reconnaître une seule et même cause, l'infection.

Pour expliquer cette longue phase, pour ainsi dire latente, de l'affection, il nous semble tout naturel d'admettre que la salpingite reste longtemps à sa phase de début, mais son évolution n'en est pas moins toute particulière. Dans cette cavité du péritoine, normalement si délicate, il y a eu, dès le début, isolement complet de la lésion qui a évolué sans aucun retentissement. Il nous semble donc impossible de ne pas essayer d'attribuer une symptomatologie propre à ces lésions salpingo-ovariennes caractérisées par de grosses collections; et bien que, par de nombreux points, elles se rapprochent des formes précédentes, nous allons reprendre leurs signes physiques, puis les symptômes généraux qui permettent de les reconnaître.

Nous ne reviendrons pas sur l'importance qu'il y a à examiner la malade en dehors d'une phase aiguë, nous n'aurions qu'à insister sur les mêmes points : quant au chloroforme il est également souvent inutile, mais nécessaire dans d'autres cas.

a. Palpation. — Les lésions sont généralement bilatérales, mais comme nous l'avons déjà noté dans les formes précédentes, il est bien rare qu'elles soient aussi accentuées d'un côté que de l'autre. On peut même voir une pyo-salpingite volumineuse d'un côté, alors que, de l'autre, il n'existe que des lésions de salpingite catarrhale. Ne ressort-il pas de ce fait que ces différentes manifestations ne peuvent être séparées anatomiquement, et que si, cliniquement, nous devons distinguer leur évolution, le pourquoi de cette marche différente nous est complètement inconnu?

La palpation est souvent moins douloureuse que dans les formes à petite tuméfaction : la collection peut être assez volumineuse pour faire saillie appréciable à la vue, au niveau de la fosse iliaque, et se dessiner au-dessus de l'arcade de Fallope. La peau est complètement indépendante et conserve sa souplesse normale, M. Terrillon a cependant signalé des faits où il y existait un plastron abdominal ; il nous semble bien exceptionnel qu'on ne retrouve pas l'indépendance de la peau en se portant vers l'arcade de Fallope.

La fluctuation est souvent évidente, il est bien rare qu'elle ne le devienne pas en combinant le toucher.

b. Toucher. — Il permet de reconnaître le corps de l'utérus qui, souvent repoussé par la tuméfaction, souvent aussi relevé, pourrait fort bien être pris pour une tuméfaction annexienne; il permet de constater la direction du col, la mobilité de l'organe. Quand les lésions sont doubles, l'utérus peut être complètement enclavé dans les tumeurs et être immobilisé. Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, avec d'aussi vastes collections, il est exceptionnel qu'elles bombent dans les culs-de-sac. C'est que les annexes sont hautes et tandis que, dans les formes péritonéales, tout se passait dans le cul-de-sac postérieur, du moins dans l'immense majorité des cas, ici la muqueuse n'est souvent pas adhérente, les culs-de-sac restent libres. Peut-être résulte-t-il, de cette disposition élevée des annexes, moins de tiraillements dans le petit bassin, et est-ce là la cause des douleurs moins vives éprouvées par la malade.

c. Troubles de la miction. — D'autre part, ces tuméfactions volumineuses peuvent avoir sur la vessie plus de retentissement que les petites collections, aussi notons-nous, dans plusieurs observations, des envies fréquentes d'uriner, peu à la fois, sans douleur, ce qui fait rejeter l'idée de cystite.

d. Symptomes généraux. — Jusqu'au jour où des accidents graves apparaissent, les symptômes généraux sont pour ainsi dire nuls. Ils sont sous la dépendance des phénomènes péritonéaux. Ceux-ci sont dus peut-être à un trouble quelconque, apporté dans la fluxion menstruelle, peut-être aussi à quelques gouttes du liquide collecté venant à se répandre dans la cavité péritonéale. Toujours est-il qu'ils peuvent atteindre toute la gravité d'une péritonite aiguë. Ils se localisent rapidement, et au bout d'un temps plus ou moins long, ils perdent généralement toute leur intensité. Seulement ces accidents sont susceptibles de se reproduire, et quand les phénomènes péritonéaux ont commencé à paraître, l'évolution, jusque-là peu particulière, de ces formes de salpingo-ovarites, tend à se rapprocher de plus en plus des formes normales.

Les accidents nerveux qui, dans les formes ordinaires, sont un symptôme important, peuvent ici être passés sous silence. Il en est de même des irradiations douloureuses qui sont peu accentuées.

Enfin ces vastes collections ne déterminent pas de troubles dans la situation des membres inférieurs. C'est un signe différentiel important au point de vue des collections purulentes du petit bassin, indépendantes des annexes. Les mouvements de la cuisse ne sont pas douloureux; si la marche est douloureuse, c'est par la fatigue qu'elle détermine, mais non par elle-même. Du reste, tous ces symptômes sont beaucoup moins accentués que dans les cas où la tuméfaction est petite ou de moyen volume, mais où l'organe malade est entouré d'une gangue épaisse de fausses membranes péritonéales.

A côté de ces formes à évolution plus cachée, à collection plus volumineuse, doivent se placer les salpingites tuberculeuses. Nous sommes tentés de dire qu'il serait souvent plus exact de les décrire sous le nom de salpingites chez des tuberculeuses, cependant, il est certain que la tuberculose a sa part dans la pathogénie des phénomènes annexiens, soit qu'il s'agisse d'une localisation primitive, souvent alors par contage direct, soit d'une localisation secondaire.

Il est en effet établi, aujourd'hui, par de nombreuses observations, que la tuberculose génitale de l'homme peut, tout aussi bien que l'uréthrite blennorrhagique, se transmettre à la femme. Mais quand il n'y a pas contagion directe, la salpingite tuberculeuse devient plus difficile à expliquer. Elle existe cependant, nous ne devons que citer les nombreux travaux faits sur la tuberculose du petit bassin, depuis la thèse de M. le professeur Brouardel, par MM. Gallard, Seuvres, Vermeil (1), Cornil et Terrillon, pour pouvoir affirmer qu'il existe bien des lésions tuberculeuses des trompes et des ovaires.

Les annexes nous semblent devoir être un lieu de moindre résistance, très probablement à cause de la vascularisation qui résulte des menstrues, et il est probable que c'est là la pathogénie la plus vraisemblable des salpingites observées chez les vierges. Mais souvent aussi nous trouvons chez des tuberculeuses, des salpingites vulgaires avec leur étiologie ordinaire : fausse couche, accouchement, blennorrhagie; et si la marche des lésions peut être influencée par le fait de la diathèse, nous n'en retrouverons pas moins, d'une manière générale, l'évolution normale des salpingo-ovarites.

Le relevé des observations de salpingites tuberculeuses offre, au contraire, quelques caractères qui permettent de les grouper.

On peut les rencontrer à tout âge, voire même avant la puberté (Vermeil). Généralement bilatérales, on a trouvé également des cas d'unilatéralité. Très souvent, elles ne sont qu'une trouvaille d'autopsie, nous pouvons donc affirmer qu'elles sont beaucoup moins douloureuses que les autres salpingites. Cependant, il n'est pas rare de voir des femmes tuberculeuses se plaindre du ventre, peut-être le point de départ de ces douleurs est-il dans l'altération des annexes ? Souvent aussi se joint le caractère de la péritonite tuberculeuse, mais ces faits sont loin d'être constants, car la tuberculose des annexes reste, dans la grande majorité des cas, limitée au petit bassin : il y a, pour ainsi dire, division de la grande séreuse péritonéale, et indépendance de ses deux parties.

(1) Vermeil. *Lésions des organes génitaux chez les tuberculeux*, Paris 1880.

L'aménorrhée, qui est un symptôme presque constant de la tuberculose, persiste, le plus souvent, malgré les lésions annexiennes ; nous avons cependant vu que, dans les formes ordinaires, il y avait ordinairement menstruations régulières, mais plutôt augmentation que diminution.

Comme signes physiques, nous retrouvons les signes décrits précédemment à propos du toucher et de la palpation. Ajoutons cependant que ces recherches sont souvent moins douloureuses ; que les désordres péritonéaux, souvent très accentués, peuvent aussi être assez légers et les annexes garder leur mobilité. Rien de particulier au point de vue du volume, car elles peuvent être petites, mais aussi atteindre le volume d'une orange et plus.

Nous voyons donc que la salpingite tuberculeuse n'a guère de symptomatologie propre ; elle peut se prévoir quelquefois, mais l'état général du sujet, la coïncidence d'autres lésions tuberculeuses seront, en somme, un des meilleurs arguments pour le diagnostic. Notons enfin la présence du bacille constaté dans quelques observations, mais on est loin de l'avoir toujours rencontré, et c'est généralement sur l'aspect caséeux du contenu, sur l'apparence des parois, qu'on se base pour déclarer, en faisant un diagnostic rétrospectif, qu'on était en face d'une salpingite tuberculeuse.

V

MARCHE, TERMINAISON, PRONOSTIC

L'ordre même que nous avons adopté, dans la description de nos symptômes, nous dispense de nous étendre sur la marche de l'affection. Elle nous est déjà connue. Au point de vue de sa terminaison, toute lésion des annexes peut, un jour ou l'autre, être le point de départ d'accidents péritonéaux graves ; donc, le pronostic de ces affections doit toujours être réservé : cette péritonite peut n'être que l'exagération des crises aiguës que nous avons déjà signalées dans le cours de cette Revue ; elle peut aussi être le résultat de l'issue, dans le péritoine, d'une quantité plus ou moins considérable du liquide salpingien, à la suite de la rupture de la poche. Les fistules dans les organes voisins constituent un mode de terminaison possible des collections salpingiennes. Elles siègent surtout dans le rectum, les différentes parties de l'intestin, quelquefois dans la vessie, jamais dans l'utérus. Nous n'avons pas parlé des hémato-salpingites au cours de cette étude, c'est qu'en effet nous la considérons non comme une entité morbide différente, mais bien comme n'étant qu'une complication des salpingites. Alors que la salpingite est à sa première période, que sa muqueuse est boursouflée et turgescente, une hémorrhagie peut se produire et donner ainsi naissance à un hémato-salpinx chez une femme n'ayant, jusqu'alors, que des lésions à peine appréciables au point de vue clinique. La structure de la muqueuse tubaire se rapproche trop de celle de l'utérus, pour que la menstruation n'ait pas, dans ces accidents, une importance majeure.

Enfin des abcès peuvent se former dans les fausses membranes péritonéales et tout le petit bassin peut ainsi se trouver réduit en une vaste poche purulente. Ces différents abcès peuvent, eux-mêmes, s'ouvrir consécutivement et former des fistules dans les organes voisins.

Mais à côté de ces lésions qui, en somme, sont acciden-

telles, il faut tenir un grand compte de la terminaison par affaiblissement de l'état général. Chez toutes ces femmes condamnées à un repos forcé, l'hygiène devient mauvaise, l'état moral exagère les souffrances; surtout quand il y a suppuration de la poche, les phénomènes d'hecticité apparaissent, l'amaigrissement devient progressif, il y a de l'albumine dans les urines, de l'œdème des membres inférieurs, et, après des mois de souffrance, la mort survient soit du fait même de l'affaiblissement général de la malade, soit souvent aussi après des complications pulmonaires qui viennent encore aggraver cet état déjà si précaire.

VI

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Ce chapitre doit contenir deux subdivisions: 1° Avec quoi peut-on confondre les salpingo-ovarites, en d'autres termes, quel est le *diagnostic différentiel* de ces affections?

2° Étant donné une salpingo-ovarite, quel traitement devons-nous lui appliquer ; *diagnostic de l'intervention.*

1° Diagnostic différentiel. — Il importe d'écrire en grosses lettres au commencement de ce chapitre qu'il n'y a pas un symptôme propre pouvant permettre d'affirmer l'existence d'une lésion des annexes. Nous ne craignons pas de le redire ; le diagnostic ne peut se faire que par l'évolution clinique de ces affections, que par l'ensemble de leur symptomatologie. Notre tâche est très simplifiée sous ce rapport, car dans notre description, nous avons suffisamment montré les caractères de ces lésions pour nous dispenser d'y revenir. Nous ne reviendrons pas davantage sur le diagnostic des formes.

Matières stercorales. — La constipation est, chez nos malades, un fait presque constant, il en résulte que le rectum est rempli de petites boules d'une consistance plus ou moins dure et qui peuvent, dans certains cas, en imposer pour des lésions des annexes; elles sont généralement assez faciles à reconnaître, mais par leur présence elles compliquent un examen déjà assez difficile; il est une précaution qu'il importe de ne jamais oublier, c'est de vider par un lavement le tube intestinal.

Rétroflexion, rétroversion. — La masse formée par un utérus rétrofléchi est très facilement confondue avec des annexes tombées dans le cul-de-sac postérieur, surtout si cette rétroflexion est plus ou moins adhérente. Mais aidé par l'évolution clinique de l'affection, par le toucher rectal, et surtout par le cathétérisme utérin qui permet de redresser la déviation, l'erreur ne pourra pas être de longue durée. Il importe de se rappeler que les déviations utérines compliquent souvent les lésions des annexes, et que, dans la plupart des opérations de ventro-fixation, on a trouvé des trompes malades.

Fibromes utérins. — Pas de difficulté pour les gros fibromes utérins, mais il n'est pas rare d'observer de petits fibromes adhérents à la face postérieure de l'utérus. On en trouve aussi qui se sont développés dans l'épaisseur du ligament large, et le toucher seul est, en pareil cas, dans l'impossibilité de nous renseigner; mais ces malades ont généralement des métrorrhagies plus au moins abondantes; elles n'ont pas les crises douloureuses des malades atteintes de salpingites, ni les symptômes développés sous l'influence de la marche, de la fatigue.

Prolapsus de l'ovaire. — Il peut exister sans déterminer des accidents sérieux, le plus souvent il est accompagné de douleurs violentes dans la défécation et lors des rapports sexuels. Ce sont là deux symptômes qui existent moins intenses dans l'inflammation des annexes. De plus, au toucher, l'ovaire est généralement mobile et fuit sous le doigt, ce qui n'existe qu'au début dans la salpingite.

Tumeurs de l'ovaire. — Toutes les tumeurs de l'ovaire peuvent, à un moment ou l'autre de leur développement, être confondues avec la salpingite, si on s'en rapportait au toucher et au palper seuls. Ce sont particulièrement les petits kystes, soit de l'ovaire, soit du ligament large, alors qu'ils sont encore peu développés, qui peuvent en imposer davantage, mais ils ne sont que bien rarement accompagnés de douleurs, puis leur évolution ne tardera pas à éclairer le diagnostic. Quant aux kystes plus volumineux, la confusion ne peut guère exister qu'avec des trompes à très grosses collections. Il faut en être prévenu, car nous avons déjà dit que ces grosses collections ne déterminent pas les accidents habituels des salpingites, et nous trouvons plusieurs observations où l'erreur a été commise.

Lors de tumeurs malignes de l'ovaire, l'altération plus grande de l'état général fournit de nouveaux renseignements. Souvent elles sont accompagnées d'ascite, d'œdème des membres inférieurs; elles n'ont pas la consistance des tumeurs salpingiennes. En somme, ce diagnostic est généralement facile.

Il n'en est pas de même de ce que nous pouvons appeler l'ovarite aiguë. Nous avons dit dans le cours de cette Revue qu'il pouvait exister une inflammation de l'ovaire à la suite de phénomènes angio-leucitiques du ligament large. A la rigueur, ces cas auraient pu rentrer dans le cadre de notre description précédente, au point de vue des symptômes, mais nous avons tenu à les en séparer, car ils sont distincts par leur évolution clinique des salpingo-ovarites, et surtout par leur pathogénie sur laquelle nous ne voulons pas revenir. Au point de vue des symptômes physiques, il est, croyons-nous, tout à fait impossible de les distinguer des salpingo-ovarites, mais ils sont une dépendance plus immédiate de l'état puerpéral, ils n'ont pas la marche classique que nous nous sommes efforcé d'établir et surtout ils ont été précédés de phénomènes inflammatoires du côté du ligament large. Il n'y a donc que les antécédents qui fourniront quelques renseignements, et si le chirurgien doit se prononcer sans avoir suivi tout le passé morbide de la malade, le diagnostic doit rester incertain. Ce ne sera pas, du reste, au détriment de la patiente, car s'il y a doute au point de vue de la nature de l'affection, il ne saurait y en avoir devant les symptômes, sur le traitement à appliquer.

Phlegmon du ligament large. — On a beaucoup discuté et on discutera beaucoup encore sur l'existence ou la non-existence du phlegmon du ligament large et sur ses rapports avec les lésions des annexes. Il y a des observations absolument probantes où une collection purulente a été constatée dans l'intérieur de feuillets du ligament large; laquelle a pu rester péri-utérine, devenir, au contraire, iliaque, et gagner même tout le tissu cellulaire du petit bassin. Qu'on lui donne le nom que l'on voudra, qu'on l'appelle phlegmon ou adéno-phlegmon, les limites de cette Revue ne nous permettent pas de le discuter, mais nous sommes forcé d'insister un peu sur son point de départ, car nous croyons que c'est là la cause de la divergence des auteurs.

Nous pourrons donc observer un phlegmon du ligament large comme accident immédiat des couches, comme acci-

dent immédiat d'une intervention chirurgicale septique.

Il n'est pas douteux, que le phlegmon du ligament large est beaucoup plus rare qu'on ne le croyait autrefois, et qu'il est parfaitement exact de dire avec un chirurgien moderne, à propos de ces collections décrites longtemps sous ce nom : Ouvrez et vous trouverez des annexes. C'est qu'en effet, nous l'avons vu, les collections annexiennes sont souvent volumineuses, elles peuvent être adhérentes à la paroi abdominale, la trompe et l'ovaire se trouvant anomalement situés, comme l'a fait, surtout, remarquer M. Terrillon (1). Bien souvent, on est en présence de ces faits que Monprofit désignait, avec tant d'à propos, sous le nom de pseudo-phlegmon. Est-il possible de diagnostiquer le vrai phlegmon ? Oui, dans la majorité des cas. Les accidents se sont développés presque immédiatement après l'état puerpéral ou après une intervention chirurgicale ; on a pu quelquefois, dès le début, se rendre compte du point de départ inflammatoire sur le bord du ligament large. Un sillon sépare de l'utérus la tuméfaction qui est latérale et ne tombe pas dans le cul-de-sac postérieur. Il est vrai que quelquefois elle vient former comme un demi-cercle autour du col, mais proémine, cependant, latéralement.

Au palper, si la fosse iliaque s'envahit, il se forme ce signe si important du plastron abdominal : cet empâtement existe surtout au niveau de l'arcade et un peu au-dessus ; ce signe a perdu, cependant, un peu de sa valeur depuis que M. Terrillon (2) a observé plusieurs fois des cas de tuméfactions salpingiennes adhérentes à la paroi.

Enfin, il y a, le plus souvent, des phénomènes de psoïtis, tandis que, dans les lésions des annexes, les mouvements de la cuisse ne sont pas douloureux. Nous trouverons encore d'autres renseignements dans l'état général de la malade, car la formation de ces phlegmons est accompagnée des accidents généraux habituels aux abcès, et ils ne rappellent pas les symptômes que nous avons notés dans la salpingite.

Grossesse tubaire. — La grossesse tubaire est une des affections les plus difficiles à distinguer des salpingo-ovarites. Dans les deux cas, on trouve une tuméfaction reliée à l'utérus. La consistance et le volume ne peuvent fournir aucun renseignement. On peut dire que la mobilité sera plus grande au cas de grossesse tubaire, mais ce signe a une valeur bien aléatoire ; on sait combien sont inconstants les signes de la grossesse tubaire, cependant quelques symptômes mettent quelquefois sur la voie. Le col est un peu ramolli, les seins ont grossi, la malade a eu les accidents des premiers temps, céphalalgie, picotement au niveau des seins, mais surtout arrêt de la menstruation. Elle n'a pas eu non plus cette évolution ordinairement si lente des salpingo-ovarites, les accidents péritonéaux qui les accompagnent ; mais vraiment quand la grossesse tubaire est déjà un peu ancienne, que le fœtus mort se trouve enveloppé dans une poche à paroi assez épaisse, il est bien difficile de remonter à la véritable cause ; car les signes qui peuvent faire penser à une grossesse disparaissent. On trouvera encore un faible élément de diagnostic dans ce fait que les lésions salpingiennes étant ordinairement bilatérales, la lésion ne se constatera que d'un seul côté au cas de grossesse tubaire.

Hématocèle rétro-utérine. — L'hématocèle rétro-utérine est rare, beaucoup plus rare qu'on ne le croyait autrefois, car, bien souvent, on a pris une trompe où s'était produite une hémorrhagie, en d'autres termes un hémato-salpinx, pour une hématocèle. Dans les cas types, le grand frisson, le début dramatique, comme disait Bernutz, la formation rapide de la poche, la régression lente qu'elle subit ensuite sont autant de signes qui permettent de la reconnaître.

2° Diagnostic de l'intervention. — Malgré tous les progrès de l'antisepsie et la sécurité qui accompagne aujourd'hui, en des mains expérimentées, les opérations abdominales, il nous semble tout à fait interdit d'opérer sans des indications très formelles. Il est d'abord un certain nombre de salpingo-ovarites justiciables d'un traitement médical : quand les lésions sont peu prononcées, quand il n'y a pas eu d'accidents péritonéaux, quand, enfin, la vie, moyennant quelques précautions, n'est nullement en danger, on doit se contenter de ce traitement. Il consistera en un traitement local et en un traitement général : on a obtenu de très bons résultats d'applications réitérées de teinture d'iode dans les culs-de-sac vaginaux, de pointes de feu sur la paroi abdominale ; de douches chaudes vaginales à 40 degrés, prises la malade étant couchée et non debout ou assise comme c'est le cas général ; on se sert pour ces douches de canules beaucoup trop petites ; les dimensions des canules des irrigateurs ou des injecteurs sont généralement ridicules. Elles peuvent laver l'orifice vulvaire, mais ne pénètrent jamais au fond des culs-de-sac. Inutile d'insister sur la propreté rigoureuse qui doit présider à ces lavages : les canules doivent être irréprochables, l'eau, autant que possible, aura d'abord été bouillie, et on y ajoutera une légère quantité de sublimé.

Ce traitement n'est autre que celui de la métrite concomitante ; il sera souvent très utile de toucher directement la cavité cervicale avec un peu de teinture d'iode, puis, enfin, intervient la question du curetage comme moyen préventif et curatif des lésions salpingiennes. Dans une très intéressante communication sur ce sujet, notre maître, M. Bouilly (1), conclut que, quand il y a coexistence de lésions appréciables des annexes, les résultats du curetage sont incertains. Si des lésions annexiennes existantes sont souvent peu ou pas améliorées par le curetage, il est d'autre cas où le résultat a été très avantageux, aussi M. Trélat conseillait-il de le faire comme premier traitement, comme pierre de touche pour ainsi dire au point de vue d'une décision plus grave, la salpingectomie. Il est aussi d'autres circonstances où il est parfaitement indiqué, c'est quand on est en présence d'une métrite blennorrhagique, il y a tout lieu d'espérer d'empêcher ainsi l'inflammation septique de gagner la trompe et, si celle-ci est déjà atteinte, il y aura encore tout avantage à nettoyer la muqueuse utérine, point de départ de l'élément septique. C'est alors un curetage pour ainsi dire préventif. Il serait beaucoup trop long d'indiquer le manuel opératoire du curetage (2). Nous n'insisterons pas sur les autres procédés plus ou moins analogues au curetage et employés dans le traitement des métrites, tels que les cautérisations énergiques de la muqueuse utérine, les flèches caustiques, etc., et nous résumerons, en un mot, le traitement local : soigner la métrite.

Dans le traitement général, il va de soi qu'il importe que

(1) Terrillon. *Archives de tocologie*, mars 1889.
(2) Terrillon. Loc. cit.

(1) Bouilly. Société de chirurgie, 1890.
(2) R. Pichevin. *Gazette des hôpitaux*, 1890, pp. 373 et 421.

la femme soit dans de bonnes conditions hygiéniques. Avant tout, ce qu'il faut demander et exiger, c'est le repos. Par ce mot, nous n'entendrons pas seulement l'absence de fatigue, mais le décubitus dorsal, dans le lit ou sur la chaise longue : ce repos absolu, avec le traitement local dont nous venons de parler, doit toujours être au moins essayé avant toute intervention opératoire, à moins de lésions trop accentuées pour ne laisser aucun espoir de régression possible.

Enfin, nous devons signaler l'usage des eaux de Salis, de Néris, comme ayant contribué à des améliorations notables.

Ce traitement médical doit être continué longtemps et on ne peut préciser sa durée. La chronicité est, nous l'avons répété, le fait qui domine l'évolution des affections salpingo-ovariennes, sauf de rares exceptions où la marche est plus aiguë. Mais ce fait, que les lésions procèdent par poussées, ne permettent pas d'attendre indéfiniment pour opérer. Du jour où le doute n'est plus permis sur la résolution possible des accidents, la salpingectomie s'impose. Il faut, en pareil cas, agir le plus tôt possible, car toute nouvelle poussée inflammatoire augmente les adhérences, rendant plus difficiles à isoler les annexes déjà enveloppées d'une coque de fausses membranes, et compliquant l'opération.

Le traitement chirurgical consiste dans l'ablation des annexes malades. Nous ne pouvons retracer les règles de la salpingectomie; elle constitue une intervention beaucoup plus difficile et dont le pronostic doit être plus réservé, que l'ovariotomie. Plusieurs essais ont été faits pour vider ces collections par le vagin. Les ponctions, les ouvertures dans les culs-de-sac vaginaux ont produit des résultats incertains.

Enfin, il est des cas où les douleurs devenues insupportables commandent une intervention, le traitement médical ayant échoué. Cependant, les annexes sont petites, non suppurées, mais sont enveloppées dans de nombreuses adhérences qui les fixent en position vicieuse et sont ainsi la cause des douleurs. De nombreux chirurgiens se contentent alors de rompre les adhérences, de corriger les déviations, et ont obtenu de ce fait de bons résultats.

Il resterait à discuter la question de l'intervention dans les salpingites tuberculeuses. Nous ne voyons de contre-indication que dans le cas où les accidents pulmonaires seraient très avancés, autrement, on doit se comporter comme dans les tuberculoses locales, il y a donc tout intérêt à intervenir. Il faut être prévenu que les suites sont souvent plus longues, que souvent aussi se forment des fistules difficiles à fermer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux d'annoncer que notre collaborateur M le docteur A. Ricard, professeur agrégé de la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chirurgien du lycée Henri IV.

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — Voici la liste des lauréats pour l'année scolaire 1889-1890.

Première année : Prix, M. Jacobi ; mention honorable, M. Ernst. — Travaux pratiques de chimie : Prix, M. Ernst.

Deuxième année : Prix, M. Daltroff; mention honorable, M. Curien. — Travaux pratiques de chimie : Premier prix, M. Curien; deuxième prix, M. Lenoir. — Travaux pratiques de micrographie : Premier prix, M. Bellot; deuxième prix, M. Martin.

Troisième année : Le prix n'est pas décerné. Mention honorable, M. Henry. — Travaux pratiques de chimie : Premier prix, M. Henry; deuxième prix, M. Toupet. — Travaux pratiques de micrographie : Prix, M. Raesch.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 135. — MARDI 25 NOVEMBRE 1890. 63e ANNÉE. MARDI 25 NOVEMBRE 1890. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numero : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 24 novembre 1890.

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR LE PROCÉDÉ DE KOCH

On a des renseignements un peu plus circonstanciés, non sur la nature de la *lymphe* de Koch, mais sur les effets que produit sur les tuberculeux son injection hypodermique. Des présentations de malades ou des leçons publiques ont été faites par les chirurgiens ou les médecins dans les services desquels le nouveau traitement a été essayé.

Comme on devait s'y attendre, d'après l'article publié par Koch lui-même dans la *Deutsche medical Wochenschrift*, les résultats obtenus sont beaucoup plus nets, plus démonstratifs, on peut dire même plus encourageants, pour la tuberculose externe, et surtout pour le lupus, que pour la tuberculose pulmonaire.

Le professeur Bergmann a fait voir, à la clinique de l'Université, des malades auxquels l'injection avait été faite quelques heures auparavant, ou qui avaient suivi le traitement déjà depuis quelque temps. A d'autres encore, l'injection a été pratiquée séance tenante. Cette injection a été faite à la dose dite *normale* : 1 centimètre cube d'une solution au centième de liquide pur, c'est-à-dire 1 centigramme de lymphe. L'injection est faite profondément sous la peau, au-dessous de la pointe de l'omoplate. Cette région a été choisie de préférence parce qu'elle est assez bien protégée contre la pression dans le décubitus dorsal. La précaution n'est pas inutile, la région dans laquelle est poussée l'injection devenant quelquefois le siège d'une douleur assez vive.

W. Levy et O. Fræntzel, et les médecins militaires Kœhler et Westphall ont, d'autre part, rapporté l'histoire des malades soumis au traitement de Koch depuis cinq à six semaines. L'histoire d'Anna T..., la première malade soumise aux injections, est tout à fait caractéristique : nous allons la résumer. Toutes les autres lui ressemblent plus ou moins. On remarquera toutefois qu'avec cette première malade il y a eu des accidents graves, effrayants même, que l'on évite maintenant en employant des doses moins considérables.

Anna T... est âgée de vingt-trois ans; depuis l'âge de dix-sept ans, elle est atteinte d'abcès ossifluents. A l'orifice d'un trajet fistuleux du bras, il s'est développé un lupus qui a envahi successivement le bras, la région antérieure et postérieure du cou et la plus grande partie des deux joues. Sur les points primitivement atteints, il s'était formé des cicatrices sinueuses, au voisinage desquelles on pouvait distinguer de petits nodules lupiques. Des nodules crustacés plus volumineux se voyaient sur l'avant-bras et la main.

Le 8 octobre, on injecte *un dixième* de centimètre cube du liquide de Koch. Au bout de quelques heures, des frissons surviennent et la température s'élève à 40°6. Le soir, la malade perd connaissance : elle ne la recouvre que le 10 octobre, cinquante heures après l'injection, alors que la température commençait à baisser.

Le 9 octobre, vingt-quatre heures après l'injection, la réaction locale était dans son plein. La tuméfaction du bras avait augmenté considérablement; la peau était œdémateuse sur le dos de la main. Les nodules tuberculo-lupiques étaient entourés d'une zone rouge foncé, large de deux travers de doigt. Les points malades devenaient ainsi très apparents. Au niveau des bosselures de l'avant-bras, les modifications étaient plus frappantes encore, le gonflement plus prononcé, la peau avait pris une teinte bleu foncé. Une incision, faite à ce niveau, démontra que le tissu lupique, qui occupait toute l'épaisseur de la peau, était comme infiltré de sang coagulé. Cette tuméfaction ne tarda pas à diminuer. Il se fit des croûtes épaisses à la surface des parties malades : dans certains endroits, elles donnaient l'idée d'eschares produites par une cautérisation au fer rouge. Ces croûtes tombèrent au bout d'une huitaine de jours, laissant voir la peau cicatrisée, ou couverte de granulations qui ne tardèrent pas à se transformer en cicatrice complète. La température resta normale.

Le 27 octobre, nouvelle injection *d'un dixième* de centimètre cube. La réaction, très marquée, fut beaucoup moins intense que la première fois. Cependant, la température s'éleva encore à 40 degrés; la malade perdit de nouveau connaissance. Il y eut production de gonflement, et de larges zones rouges autour des foyers tuberculeux. Il n'y eut pas, cette fois, de nécrose des tissus malades, mais seulement une desquamation abondante.

Le 5 novembre, nouvelle injection, à la même dose. La température monta à 41 degrés; il y eut encore de la tuméfaction, mais moins marquée; la malade ne perdit plus connaissance.

On continuera les injections à des intervalles plus rapprochés; on en élèvera la dose jusqu'à un centimètre cube, et on maintiendra cette dose jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'accès de fièvre sous l'influence de l'injection.

Les diverses observations citées sont toutes plus ou moins calquées sur la précédente. Cependant, prévenu par l'expé-

rience, on a employé au début des doses moins élevées, et on n'observe plus une réaction aussi grave. Anna T..., on l'a vu, a perdu connaissance une première fois pendant près de quarante-huit heures. On constate toujours la fièvre plus ou moins intense, le gonflement des parties malades; puis (à mesure, dit-on, que la quantité des tissus tuberculeux diminue), la réaction locale s'éteint, la fièvre est moins vive et le malade supporte, sans réaction, des doses qui, au début, provoquaient des phénomènes locaux et généraux d'une grande intensité, on peut dire même d'une grande violence.

La fièvre mesurerait en quelque sorte, d'après Fræntzel, l'intensité de la réaction locale. On peut faire remarquer, cependant, que la fièvre se montre également chez les individus sains; — à des doses, il est vrai, plus élevées que chez les tuberculeux. On connaît, d'autre part, des substances toxiques pyrétogènes, dont l'injection produit la fièvre chez les animaux. Bergmann, ayant dit que la lymphe de Koch était le seul poison connu comme pouvant produire de la fièvre, M. A. Rémond a rappelé avec raison les recherches de M. Roussy sur les produits pyrétogènes fabriqués par la levure de bière.

Le liquide de Koch paraît être, en tout cas, pour les lésions tuberculeuses, un réactif d'une exquise sensibilité. Sous son influence, on voit se produire un gonflement caractéristique de régions en apparence exemptes de toute lésion. Ainsi, une jeune fille atteinte d'une arthrite tuberculeuse, terminée par ankylose, et considérée comme guérie au point de vue de la tuberculose, présenta, sous l'influence de l'injection, un gonflement marqué de la jointure en question. Chez un autre malade, il se dessina une traînée œdémateuse sur le trajet du nerf cubital; il n'y avait, auparavant, rien d'anomal dans cette région. On admit l'existence d'une névrite tuberculeuse révélée par le réactif. Le même malade vit une ulcération se faire sur le poignet dans un point où la peau paraissait absolument saine. L'existence de la bacillose aurait été, de cette façon, mise en évidence, dans des endroits où on ne la soupçonnait nullement.

Rien de semblable ne se produit avec des lésions qui ne sont point tuberculeuses. Un des lupiques avait une cicatrice de la jambe qui ne réagissait nullement. Pas de réaction encore chez des gens atteints de simples ulcères de jambe.

Un prétendu lupus de la face n'ayant aucune réaction locale après l'injection, on pratiqua l'examen histologique d'un petit cube de peau : les lésions parurent être plutôt celles des gommes syphilitiques que du nodule lupique. Un individu atteint de cancer du larynx n'eut, non plus, aucune réaction locale.

Il semble donc bien établi que le liquide de Koch, introduit dans la circulation générale, provoque une réaction congestive des plus intenses au niveau des foyers tuberculeux, qui se trouvent ainsi mis nettement en évidence. Cette réaction peut aller jusqu'à produire une véritable nécrobiose des tissus. Ces tissus mortifiés, s'ils peuvent s'éliminer, entraîneraient les bacilles dans leur chute et la guérison serait ainsi définitive. En tous cas, le chirurgien ne laissera pas persister, en les considérant comme sains, des tissus en apparence indemnes de toute atteinte tuberculeuse.

Les cas de tuberculose externe, du ressort de la chirurgie, sont donc à la fois les plus démonstratifs et ceux dans lesquels l'action du liquide de Koch pourrait avoir le plus d'utilité.

On ne cite pas encore de guérison définitive : le temps du reste a fait défaut pour cela. Certains malades présentent une grande amélioration. M. le docteur Boisleux rapporte, dans le *Bulletin médical*, deux faits qui l'ont particulièrement frappé. Une malade, soignée depuis trois ans par Lassar pour un lupus de la face, paraît être actuellement complètement guérie. « Il ne reste plus que quelques cicatrices à combler. » Un homme était atteint de tumeur blanche du genou : sous l'influence du traitement, il se fit, au niveau de la jointure, un gonflement qui alla en diminuant aux injections suivantes. Après la quatrième injection, le gonflement du genou a complètement disparu.

O. Fræntzel s'est chargé de faire connaître ce qui s'est passé avec la tuberculose pulmonaire.

Dans la tuberculose pulmonaire avancée, l'injection du liquide de Koch n'a nullement arrêté la marche des lésions. Deux de ces malades sont déjà morts.

Chez huit tuberculeux, qui n'avaient que des foyers limités, caractérisés par de la matité aux sommets et des râles humides, on a vu se produire une amélioration plus ou moins marquée. L'expectoration a notablement diminué; elle est devenue muqueuse. Les bacilles sont devenus plus rares; chez quelques malades ils ont même fait défaut à certains examens. Les sueurs nocturnes ont diminué ou même disparu. Chez quelques-uns, on signale également une atténuation des phénomènes d'auscultation, une diminution de la matité. L'amélioration de l'état général s'est traduite par une augmentation du poids des malades; augmentation assez faible, il est vrai : cinq quarts de livre, 5 livres, 4 livres, 3 livres un tiers, 4 livres et demie, 1 livre un quart, 3 livres.

Les huit malades précédents avaient été soumis au traitement pendant 35, 56, 27, 32, 35, 15, 19 et 28 jours.

Les bacilles constatés dans les crachats paraissent modifiés dans leur forme ; ils sont amincis, quelques-uns d'entre eux sont renflés à leur extrémité. Nous ne savons s'ils ont perdu de leur vitalité, de leur pouvoir infectieux, si, en d'autres termes, ils produiraient, injectés à des animaux, les mêmes désordres que les bacilles non modifiés par le traitement de Koch.

O. Fræntzel termine son exposé en faisant ressortir quelles difficultés existent pour la guérison de la tuberculose pulmonaire. Les bacilles ne sont pas tués par la lymphe injectée. Les tissus dans lesquels ils sont implantés se mortifient. Ils peuvent être entraînés dans la chute des parties nécrosées ou éliminées par intervention chirurgicale. Il n'en est plus de même dans le poumon, et si les masses caséeuses peuvent être rejetées au dehors par expectoration, elles ont aussi beaucoup de chances pour rester engagées, emprisonnées dans le parenchyme pulmonaire. Les bacilles continueront à vivre, à se multiplier, et l'infection se fera de nouveau de proche en proche. Cette auto-inoculation consécutive expliquerait que des tuberculeux, qui avaient cessé de réagir à l'infection, réagissent de nouveau au bout de quelque temps.

En somme, on peut dire que le liquide de Koch agit à la façon d'un poison très violent. Il paraît constituer un réactif des plus sensibles, non pas du bacille de la tuberculose, mais des lésions provoquées par ce bacille. L'irritation des tissus modifiés dans leur vitalité par le fait des bacilles peut être assez intense pour en amener la mortification.

Dans la tuberculose à ciel ouvert, dans celle qui est accessible au chirurgien, cette nécrose peut servir directement à la guérison. Les bacilles, modifiés dans leur forme, ne paraissent pas avoir perdu leur virulence dans les cas de tuberculose pulmonaire.

Le traitement n'a guère d'action sur la tuberculose pulmonaire avancée; quant à son action sur la tuberculose pulmonaire récente, rien ne démontre qu'elle soit ni parfaite, ni définitive.

Il faut dire, du reste, que les essais tentés ne permettent pas d'avoir une opinion arrêtée; il faudra des mois, sinon des années, pour savoir à quoi s'en tenir sur ce qu'on peut attendre du traitement nouveau.

Il est certain en tout cas — Koch avait été le premier à le déclarer — qu'il ne supprime pas la tuberculose comme par enchantement, qu'il ne suffit pas de quelques injections pour se débarrasser du bacille, et que la tuberculose pulmonaire est celle qui résiste le plus.

La tuberculose est, pour l'humanité, un tel fléau, que l'on comprend facilement l'enthousiasme énorme qu'a soulevé, chez les médecins et les malheureux malades, l'annonce de la découverte de Koch. Berlin est envahi par les tuberculeux; les quelques médecins qui ont du liquide d'injection sont littéralement assiégés : le liquide lui-même va faire défaut, et il n'y en aura pas de nouveau peut-être avant quelques semaines. Il faut reconnaître que l'inventeur a été le premier à chercher à modérer les ardentes espérances conçues par les victimes si nombreuses de la tuberculose; malgré cela, il est véritablement débordé.

Que restera-t-il de tout cela? Qui vivra verra.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Nourrices et nourrissons syphilitiques.

La question que je désire étudier aujourd'hui avec vous est une question de la pratique journalière, bien simple en apparence, bien difficile en réalité. Une nourrice se présente chez vous pour vous consulter avec son nourrisson. Elle vous explique qu'elle est inquiète sur la santé de l'enfant, qu'elle craint qu'il n'ait le « mauvais mal ». Elle vous demande si elle peut continuer à le nourrir sans danger, ou si elle doit, au contraire, renoncer à l'allaitement. Votre premier mouvement sera peut-être d'examiner l'enfant et de donner de suite, catégoriquement, le renseignement qu'on vous demande. Mais cette conduite, si naturelle en apparence, ne laisserait pas de vous exposer à force désagréments. En présence de cette situation délicate devant laquelle vous pouvez peut-être vous trouver à l'improviste, ce soir ou demain, il importe donc que vous ayez une ligne de conduite tout arrêtée d'avance, que vous sachiez bien si vous devez répondre, quand vous devez répondre et jusqu'à quel point vous devez répondre.

Supposons tout d'abord le cas le moins embarrassant. L'enfant a été placé en nourrice loin de sa famille. La nourrice chargée de lui à la campagne ne fait, en venant vous consulter, que remplir un devoir strict; c'est elle qui remplace les parents absents; elle a plein droit pour se renseigner sur la santé de l'enfant. Vous pouvez donc, en pareil cas, examiner l'enfant. Vous pouvez et devez dire à la nourrice, si elle doit suspendre ou continuer l'allaitement. Vous devez prescrire de suite le traitement spécifique approprié. Vous devez même, et c'est là un quatrième point trop souvent oublié, prévenir la nourrice des dangers de contagion que présentera ce nourrisson, alors même qu'il sera sevré, et ajouter que ces dangers porteront non seulement sur la nourrice qui soigne l'enfant, mais sur toutes les personnes de l'entourage et, en particulier, sur les autres enfants qui pourraient jouer et manger avec lui. Mais rappelez-vous bien qu'en donnant tous ces renseignements, vous devez vous garder de prononcer le mot ou même de confirmer l'idée de syphilis. Vous devez couper court à toutes les questions qui pourraient vous être adressées à cet égard. Ce n'est pas à vous à fournir un prétexte aux bavardages et aux récriminations de la nourrice. A plus forte raison, alors même que vous seriez médecin-inspecteur, et que c'est à ce titre que vous examineriez l'enfant contaminé, vous garderez-vous d'écrire ce diagnostic sur le carnet remis à la nourrice, carnet où vous avez à noter les diverses maladies de l'enfant. En le faisant, vous manqueriez gravement au secret professionnel, car vous révélez du même coup la syphilis des parents. Ce manquement grave n'aurait même pas l'excuse d'ajouter quoi que ce soit à la préservation de la nourrice. Les précautions impérieuses que vous lui avez recommandées suffiront sans autre détail.

Autre cas plus embarrassant. La nourrice qui vient vous amener son nourrisson est une nourrice sur lieu; elle est venue chez vous en cachette de la famille. Faut-il, dans ces conditions, lui répondre? Faut-il même consentir à examiner l'enfant? Les nombreux confrères à qui j'ai soumis ce véritable cas de conscience peuvent se ranger en deux grandes catégories. Les uns examinent l'enfant, puis, leur examen fait, disent simplement à la nourrice si elle peut oui ou non continuer à nourrir, sans ajouter un seul mot. Les autres, plus sévères, se récusent absolument; ils engagent la nourrice à revenir avec le père ou la mère; ils l'engagent à s'adresser au médecin de la famille. « Je n'ai point, vous disent-ils, le droit d'examiner un enfant en cachette de ses parents. Il y aurait là plus qu'une incorrection. »

Ces scrupules, tout honorables qu'ils soient, sont, en réalité, excessifs. Cet examen n'est nullement préjudiciable à l'enfant. D'autre part, refuser de le faire, conseiller à la nourrice de revenir avec le père ou la mère, de s'adresser au médecin de la famille c'est, en réalité, la condamner à la syphilis. Les moyens que vous lui indiquez sont impraticables pour elle; elle patientera, elle se résignera comme tous les faibles, finalement elle sera contaminée. D'autre part, n'a-t-elle pas un double droit de se renseigner sur la santé de son nourrisson suspect, droit de légitime défense d'abord, droit de réciprocité ensuite, puisqu'elle-même n'a été acceptée dans la famille qu'après un ou plusieurs examens médicaux, examens singulièrement plus pénibles et plus intimes que le simple coup d'œil qu'il vous suffira de jeter sur son nourrisson.

Vous ne devez donc refuser ni l'examen, ni la réponse à la question : « Puis-je, sans danger, continuer l'allaitement? » C'est là le parti véritablement humain. C'est là la solution qui a été défendue au dernier Congrès de médecine légale. C'est celle qu'adopte M. Brouardel qui regarde « la défense de la nourrice vis-à-vis de la syphilis comme un véritable devoir ». Serait-ce également, en cas de contestation juridique, la solution adoptée par les tribunaux? A défaut de jugement précis sur cette question spéciale, divers arrêts et, en particulier, un arrêt célèbre de la Cour

d'appel de Lyon, permettent de le supposer. « Le médecin qui, sciemment, laisse ignorer à une nourrice les dangers de contagion auxquels l'expose un enfant syphilitique, peut être déclaré coupable des conséquences de sa réticence », dit même l'un des principaux considérants de cet arrêt.

Mais quand vous avez dit à la nourrice si elle peut ou non continuer l'allaitement, votre rôle est terminé. A toutes les questions sur la nature du mal, vous devez opposer un silence absolu, à toutes les demandes de certificat ou même d'ordonnance, un refus formel. Permettez-moi d'insister sur le refus de toute ordonnance ; la nourrice a le droit de se renseigner, mais les parents seuls ont le droit de faire soigner leur enfant. Vous répondez donc simplement à toutes les prières de la nourrice : « La consultation pour vous, je vous l'ai donnée, je n'ai pas un mot de plus, pas un écrit à ajouter. Adieu. »

NOTES MÉDICO-CHIRURGICALES

Les bains froids dans la fièvre typhoïde. — La Société médicale des hôpitaux a encore discuté récemment la question des bains froids dans la fièvre typhoïde. Constatons que le nombre des opposants à cette méthode va en diminuant.

Il est difficile d'arriver, à Paris, à une conclusion certaine à cause de la grande négligence qu'apportent les médecins à envoyer leurs statistiques à M. Merklen, rapporteur de la commission. Les données fournies par l'administration sont elles-mêmes entachées d'erreur, ainsi que l'a montré M. Hayem par des exemples.

Il y a, cependant, là une grosse question de pratique et d'intérêt général qu'il importe de trancher. Non seulement, il faudrait avoir des statistiques, mais même des statistiques comparées et détaillées. Il semble, comme l'a dit M. Hayem, que les femmes fournissent une mortalité plus élevée que les hommes ; on tiendra désormais compte du sexe dans les relevés. C'est bien, mais ce n'est pas suffisant. Il faut aussi savoir à quel moment de leur maladie les typhiques sont entrés à l'hôpital, quelle était la gravité apparente des accidents.

Les partisans systématiques de la balnéation froide prétendent qu'elle diminue, dans une large mesure, la proportion des formes ataxiques et adynamiques. Si la chose est vraie, il faut les imiter. Sinon, il faut se contenter de donner les bains froids suivant certaines indications, l'hyperthermie, l'ataxie, l'adynamie.

Il est démontré, dès maintenant, que la balnéation froide est sans danger ; ce qu'on lui reproche de plus grave, c'est la sensation de malaise très grand qu'elle cause au malheureux que l'on porte de son lit grelotter dans une baignoire. Riess, récemment, aurait obtenu des résultats excellents en employant des bains tièdes d'une durée prolongée ; nous avons enregistré ses résultats dans ce journal. Est-il avec le froid des accommodements ? En employant, comme M. Bouchard, les bains progressivement refroidis, on atténue déjà pour le patient la désagréable sensation du froid. Peut-on aller plus loin, et donner des bains tièdes d'emblée ? Riess, qui s'appuie sur un nombre considérable d'observations, prétend que cela est facile et même avantageux. A-t-il raison oui ou non ? La chose vaut la peine d'être recherchée.

Nous avons été, pour notre part, frappé de l'aspect éveillé et satisfaisant des typhiques traités par les bains froids ou progressivement refroidis. Nous serions curieux de voir des malades soumis aux bains tièdes.

Nous comprenons qu'on soit l'ennemi des bains froids ; nous comprenons mal qu'on soit indifférent. Les médecins des hôpitaux de Paris ont, pour résoudre le problème, des matériaux plus nombreux que partout ailleurs, ils sont secondés par des internes instruits et généralement zélés, ils n'ont pas le droit de se refuser à recueillir les éléments d'appréciation. Ils doivent faire connaître les résultats de leur pratique ; de la comparaison jaillira la lumière. Cette lumière, ils nous la doivent.

Altération des farines de moutarde et de lin. — Le *Répertoire de pharmacie* résume un travail de M. David, pharmacien à Angers, sur les altérations subies par divers produits médicamenteux.

M. David a eu l'occasion d'examiner au microscope de la farine de moutarde fabriquée depuis plusieurs mois, et il y a constaté la présence d'un très grand nombre de « tyroglyphus siro », qu'on peut même distinguer assez facilement à l'aide d'une loupe.

M. David n'a jamais rencontré cet insecte dans la farine fraîchement préparée.

Le « tyroglyphus siro », connu sous le nom de « mite de fromage », a passé à tort pour produire la gale de l'homme ; Mégnin a étudié cet acarien, dont l'existence est assez curieuse. Si la nourriture vient à lui manquer, adultes et larves meurent ; les nymphes se transforment, se cuirassent ; les ouvertures buccale, anale et vulvaire disparaissent, tandis que des ventouses sous-abdominales apparaissent, leur permettant de se fixer à un animal quelconque, qui les transporte dans un milieu plus favorable au point de vue alimentaire. Alors, la nymphe reprend sa première forme ; elle mue, devient sexuée et peut reproduire une nouvelle colonie.

Ayant à peine 1 millimètre de longueur, le « tyroglyphus siro » est blanchâtre, sans yeux ni appareil respiratoire, pourvu de deux groupes de pattes à cinq articles, et, au tarse, de deux crochets inégaux. On le rencontre dans la croûte de plusieurs fromages, avec le « tyroglyphus longior ». P. Gervais l'a rencontré dans la poussière recouvrant les os, sur les cadavres desséchés à l'air libre, deux ans après la mort.

On peut également trouver cet insecte dans la vieille farine de lin.

Mode de préparation des cataplasmes de fécule. — Le cataplasme de fécule est un de ces petits moyens thérapeutiques journellement prescrits et utilisés. Cependant, d'après M. Brocq, la préparation en est presque toujours défectueuse. Voici la façon de procéder qu'il recommande :

La fécule doit être délayée dans la quantité d'eau tiède strictement nécessaire pour en faire une pâte sur laquelle on jette l'eau bouillante ; ce mélange est laissé sur le feu une minute environ, et, pendant ce temps, il est agité assez vivement de manière qu'il soit bien homogène. Il est jeté ensuite sur la tarlatane que l'on a eu soin de faire tremper préalablement pour lui enlever son apprêt. La fécule ainsi traitée devient transparente et présente les meilleures conditions d'homogénéité et de viscosité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 novembre 1890. — Présidence de M. Nicaise.

COMMUNICATIONS

Fistules recto-vaginales. — **M. Bazy**, à l'occasion du rapport fait dans la dernière séance par M. Segond, communique l'observation d'une femme de vingt-trois ans, qui était atteinte d'une fistule recto-vaginale de 1 centimètre de diamètre et située à 3 centimètres et demi du périnée. Celui-ci avait été déchiré et la déchirure était à moitié cicatrisée. L'accouchement datait de deux mois et demi, M. Bazy pratiqua l'opération suivante : dédoublement de la cloison recto-vaginale jusqu'au dessus de la fistule ; à chaque extrémité de la première incision, seconde incision verticale, de façon à former un H dont les branches postérieures sont plus courtes que les branches antérieures ; puis cinq sutures périnéales dont tous les fils passent dans la cloison recto-vaginale au-dessus de l'orifice rectal. Le lambeau postérieur est retourné du côté de l'anus et suturé à part. L'orifice vaginal est

fermé par cinq points de suture. Du même coup, M. Bazy a fermé la fistule et refait un périnée. La malade a bien guéri.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE

M. **TERRIER** fait connaître la statistique des hystérectomies abdominales qu'il a faites dans son service de l'hôpital Bichat de 1883 à 1890. Il divise ces opérations en deux catégories : dans la première, il classe les hystérectomies sus-vaginales avec pédicule extra-péritonéal ; dans la seconde, il comprend les hystérectomies sus-vaginales avec pédicule intra-péritonéal.

Hystérectomies avec pédicule extra-péritonéal. — En 1883, M. Terrier a pratiqué 2 de ces opérations et il a eu 2 succès; en 1884, 2 opérations ont donné 1 succès et 1 décès; en 1885, 5 opérations, 1 succès, 3 décès par péritonite et 1 décès par étranglement interne; en 1886, 6 opérations, 3 succès, 3 morts; en 1887, 8 opérations, 4 succès et 4 morts; en 1888, 5 opérations, 5 succès; en 1889, 7 opérations, 5 succès, 2 décès; en 1890, 3 opérations, 2 guérisons, 1 mort. Donc, de 1883 à 1890, M. Terrier a pratiqué 38 hystérectomies sus-vaginales avec pédicule extra-péritonéal, et, sur ces 38 opérations, il a eu 23 guérisons et 15 morts, soit 39,47 p. 100 de mortalité. De 1883 à 1886, la mortalité a été, pour 15 opérations, de 8, c'est-à-dire 53 p. 100. De 1887 à 1890, sur 23 opérations, il y a eu 7 morts, soit seulement 30,40 p. 100. Donc de 53 p. 100, la mortalité est tombée à 30 p. 100.

Hystérectomies avec pédicule intra-péritonéal. — En 1889, M. Terrier a pratiqué 4 opérations de ce genre et il a eu 1 guérison et 3 morts. En 1890, il a fait 4 opérations et il a obtenu 3 guérisons et 1 décès. Donc des 8 opérations avec pédicule intra-péritonéal, il a eu 4 guérisons et 4 morts, soit 50 p. 100 de mortalité. Ces résultats sont peu encourageants. Est-ce à dire que M. Terrier abandonnera le procédé intra-péritonéal pour le procédé extra-péritonéal? Non, pas d'une façon absolue ; mais il aurait plus de tendance à laisser, autant que possible, le pédicule dehors. Il serait aussi disposé, dans un certain nombre de cas, à employer un procédé mixte, consistant à fixer le pédicule à la paroi, tout en fermant celle-ci.

Relativement à la ligature élastique perdue, ligature dite perdue, mais qu'on retrouve parfois dans un abcès, M. Terrier fait observer qu'elle n'est pas toujours aussi innocente qu'on veut bien le dire et qu'il faut surtout se méfier, à ce point de vue, des cas dans lesquels le fibrome est compliqué de métrite, ce qui a lieu plus souvent qu'on ne le pense !

RAPPORT

Traitement des luxations anciennes et irréductibles de la hanche. — M. **NÉLATON** lit un rapport sur un travail et une observation présentés à la Société par M. A. Ricard.

Un homme de vingt-six ans, employé au canal de Panama, était tombé d'un lieu élevé sur le sol. Le chirurgien appelé reconnut une luxation de la hanche droite, et fit inutilement des tentatives de réduction. Le blessé revint en France, séjourna quelque temps dans un hôpital d'une de nos principales villes maritimes; la réduction, essayée de nouveau, ne fut pas obtenue. Huit mois après l'accident, la luxation persistant, la déformation étant très considérable, la marche complètement impossible, le malade se présente à l'hôpital de la Pitié, où il est reçu dans le service de M. A. Ricard.

Ce chirurgien constate une luxation ischiatique de la hanche droite, avec une attitude très défectueuse de la cuisse, qui est en flexion adductive très prononcée et rotation en dedans. Le membre luxé croise la cuisse du côté opposé. Le malade réclame énergiquement une intervention.

M. Ricard, après avoir anesthésié le malade, renouvelle modérément les tentatives de réduction, et celles-ci étant restées infructueuses, il procède à l'ouverture large de la région blessée.

Les opérations jusqu'ici tentées pour remédier aux luxations irréductibles de la hanche n'avaient guère donné de résultat heureux. La simple arthrotomie est dangereusement inefficace. La résection paraît donner de bons résultats, mais ces résultats sont de moins en moins favorables au fur et à mesure qu'on s'éloigne du jour de l'opération. Il se produit, en effet, une ascension considérable du fémur qui vient jusqu'à toucher la crête iliaque, et le membre, très raccourci, peu solide et trop mobile, n'est souvent que d'une minime utilité à l'opéré. La résection pure et simple n'est donc pas un procédé de choix dans la cure des luxations irréductibles de la hanche. Aussi, M. Ricard se décida-t-il à employer un autre procédé. Ce procédé fait le plus grand honneur au chirurgien qui l'a conçu et exécuté. Voici en quoi il consiste. Après avoir découvert la tête luxée, par une large incision courbe faite au-dessus et derrière le trochanter. M. Ricard libéra la tête et le col fémoral des adhérences anomales qui les retenaient à la partie dorsale de l'os iliaque, il put se convaincre alors, après une exploration méthodique de la région, qu'un rideau fibreux épais, bien décrit par M. Nélaton, restait interposé entre la cavité cotyloïde et la tête luxée. Ce plan résistant maintenait le fémur fixé contre l'os iliaque et cachait absolument l'emplacement de la cavité cotyloïde deshabitée. Mais il était impossible d'agir sur ce plan fibreux, sans sacrifier la tête fémorale, appliquée fermement contre lui. En quelques coups de ciseau, M. Ricard fit sauter la portion cartilagineuse de la tête fémorale et put ainsi découvrir l'insertion puissante du trousseau fibreux sur l'os iliaque. Un court bistouri à résections, manié à petits coups, permit de désinsérer ce plan fibreux qui avait plus de 2 *centimètres d'épaisseur*. Par la brèche ainsi faite et qui mesurait près de 8 centimètres, l'index introduit put sentir les rebords émoussés d'une cavité cotyloïde comblée de tissu dense et résistant. A l'aide de forts ciseaux, le plan fibreux fut incisé et entr'ouvert pour découvrir complètement la cavité cotyloïde et avec de solides rugines et la gouge de Legouest, la cavité complée fut creusée à nouveau. L'hémostase fut faite alors, et, à la première tentative de réduction, la cuisse étant fléchie, le col décapité rentra dans la cavité reformée. Une pression lente et soutenue permit de vaincre la rétraction des muscles adducteur et fessier et de remettre le membre progressivement dans l'extension. La plaie fut suturée et drainée; un large pansement protégea le champ opératoire. Le malade fut placé purement et simplement dans une gouttière de Bonnet, où le membre fut maintenu dans l'extension parfaite avec un léger degré de rotation en dehors. La guérison fut rapide.

C'est ce malade que M. Ricard a présenté à la Société de chirurgie, près d'une année après l'opération. La Société a pu constater l'attitude parfaite du membre qui a récupéré, outre *sa force*, la *presque totalité* de ses mouvements et même un certain degré d'abduction. M. Nélaton, qui a fort étudié ces questions des luxations traumatiques de la hanche, pense que jamais pareil résultat n'a été obtenu. Car le procédé de M. Ricard s'adresse seul à toutes les causes d'irréductibilité des luxations de la hanche et, seul, il peut donner à sa suite une articulation à la fois mobile et solide.

Suivant M. Nélaton, la résection simple n'est pas à mettre un seul instant en parallèle car, toujours ou presque toujours, elle laisse un membre raccourci et quelque peu impotent; il pense donc que le procédé de M. A. Ricard constitue le procédé de choix, qu'on devra toujours tenter à l'avenir pour traiter les luxations de la hanche, anciennes et irréductibles.

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE**, tout en félicitant M. Ricard de son ingénieuse opération, ne croit pas que cette opération soit aussi nouvelle et originale qu'a bien voulu le dire M. le rapporteur. Tout ce qu'on peut dire, c'est que M. Ricard a fait de la bonne chirurgie en appliquant un principe général à un cas particulier. Ce principe, c'est que lorsqu'on fait une résection quelconque pour corriger une déformation, on ne peut jamais savoir au juste à l'avance ce qu'on fera, dans quelle mesure on aura à intervenir, dans quelles limites exactes devra porter le sacrifice. Il n'y a pas seulement à considérer la rétraction musculaire. Il est bien certain qu'en commençant son opération, M. Ricard ne savait pas au juste jusqu'où il irait. Or, en pareil cas, il faut aller aussi loin que possible, si l'on veut se mettre à l'abri de tous les

accidents consécutifs, si l'on veut éviter l'ascension du fémur et, ce qui est encore plus à craindre, la raideur articulaire. Les destructions étendues ont moins d'inconvénients qu'on le croit et il n'y a pas à tenir compte d'autres considérations que des considérations pathologiques. Chaque cas comporte ses indications spéciales et les considérations anatomiques, telles que celles qu'a si bien exposées M. le rapporteur, sont, dans la circonstance, des considérations après coup.

En résumé, tout ingénieuse qu'ait été l'opération pratiquée par M. Ricard, elle ne constitue pas, selon moi, une nouveauté aussi originale qu'a bien voulu le dire M. Nélaton.

M. QUÉNU ne partage pas l'opinion de M. Lucas-Championnière et pense, au contraire, avec M. Nélaton, que le procédé mis en œuvre par M. Ricard constitue une opération véritablement originale et qui mérite toute l'attention des chirurgiens. Il a eu lui-même à intervenir pour une luxation traumatique ancienne de la hanche et il a été conduit à réséquer la tête du fémur, mais sans pouvoir réduire. Or, le résultat obtenu, sans être mauvais, est loin d'être comparable au cas présenté.

M. TERRIER pense que, chaque fois que cela est possible, il est préférable de replacer la tête fémorale dans sa cavité, plutôt que de la réséquer. Il n'y a pas une relation mathématique entre une luxation ancienne réduite et l'ankylose; on peut parfaitement ne pas avoir d'ankylose à la suite d'une réduction de luxation ancienne. Si on ne peut pas réduire, alors il faut faire la résection, mais chaque fois qu'on pourra réduire, cela sera incontestablement préférable.

M. NÉLATON fait observer que le résultat définitif obtenu par M. Ricard est très beau et ne laisse rien à désirer. On ne saurait mieux faire, ni obtenir plus qu'a obtenu M. Ricard.

M. Nélaton répond à M. Lucas-Championnière que M. Ricard a fait une opération parfaitement réglée et d'après un plan qu'il avait déterminé d'avance. Ce n'est donc pas par à peu près, ni par tâtonnements, ainsi que semble le croire M. Lucas-Championnière, qu'il a agi, mais bien de propos délibéré et sachant très bien d'avance ce qu'il allait faire. On s'explique d'ailleurs parfaitement le pourquoi du succès obtenu par l'opérateur, et ce n'est pas une question de chance. La résection ordinaire est bien loin de donner de semblables résultats, si l'on en juge par les malades qu'ont opérés MM. Ollier, Quénu et Nélaton lui-même, et si l'on compare ces résultats à celui de M. Ricard, on doit en conclure que c'est à son procédé qu'il faudra recourir chaque fois que cela sera possible, aucun autre procédé n'ayant jamais amené un aussi beau résultat.

M. Nélaton a été quelque peu étonné d'entendre M. Lucas-Championnière faire aussi peu de cas des considérations anatomiques. Il croit, au contraire, que ces considérations seules pouvaient conduire M. Ricard à la conception du plan de son opération ainsi qu'à sa bonne exécution. Ne vaut-il pas mieux agir en s'appuyant constamment sur des données anatomiques précises plutôt que de procéder par tâtonnements et sans plan opératoire déterminé?

LECTURE

Sarcomes de l'utérus. — M. TERRILLON commence la lecture d'un mémoire sur les sarcomes de l'utérus.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Résection presque totale du maxillaire supérieur pour sarcome. — M. BERGER présente un malade auquel il a pratiqué la résection presque totale du maxillaire supérieur pour un sarcome. Contrairement à ce que recommande l'École de Lyon, M. Berger n'a pas fait de prothèse immédiate et il n'y a pas de difformité apparente.

Plaie de l'olécrâne par coup de sabre; suture osseuse. — M. MICHAUX présente un malade, victime de la manifestation du 1er mai, qui a eu l'olécrâne nettement divisé par un coup de sabre. Le lendemain, M. Michaux lui a fait la suture osseuse. Il a déjà présenté ce malade complètement guéri en juin, six semaines après l'opération. Aujourd'hui, six mois après, tous les mouvements sont revenus, la restauration est complète.

Plaie pénétrante de l'abdomen; laparotomie exploratrice. — M. BROCA montre un malade qui avait été amené à l'hôpital avec une plaie pénétrante de l'abdomen, par instrument tranchant. M. Broca fit la laparotomie, ne trouva aucune lésion viscérale et referma le ventre. Cette laparotomie exploratrice n'eut aucun inconvénient. Ce fait vient à l'appui de l'innocuité de ces incisions exploratrices.

M. BERGER cite un cas analogue de son service. M. Routier, appelé auprès du malade, fit une laparotomie, ne trouva qu'une hémorrhagie, sans plaie intestinale, lava et referma le ventre. Le malade a bien guéri.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 22 novembre 1890, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Manfredi, pour le 4e bataillon d'artillerie de forteresse; Lemarchand, pour le 132e d'infanterie; Lévey, pour le 30e d'infanterie; Uffoltz, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie; Arnold, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Peyret, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Labrousse, pour le 3e régiment de tirailleurs algériens.

MM. les médecins aides-majors de première classe Talayrac, pour le 4e régiment de zouaves; Guillabert, pour le 1er régiment d'artillerie pontonniers; Magnin, pour le 12e régiment de dragons; Milliot, pour le 27e bataillon de chasseurs à pied; Boyé, pour le 125e d'infanterie; Croux, pour le 86e d'infanterie; Fargin, pour le 131e d'infanterie; Chevalier, pour le 142e d'infanterie; Courcenet, pour l'hôpital militaire de Rennes.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Drely, pour le 19e dragons; Augias, pour le 1er chasseurs d'Afrique; Danjou, pour le 4e chasseurs d'Afrique; Piedpremier, pour le 1er régiment étranger; Louis, pour le 2e régiment étranger; Griffe, pour le 4e spahis; Dieu, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Adriet, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Leclerc, Piquot, Renard, Ravoux, Violette et Barbot, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Arnaud, Provendier, Delaborde, Launois, Cavalier-Bénezet et Renaud, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie.

— Le dîner des médecins et des pharmaciens de la Marine aura lieu, le mardi 2 décembre, au Cercle militaire, 49, avenue de l'Opéra, à sept heures et demie.

Prière d'adresser au plus tôt l'adhésion à M. le docteur Ad. Nicolas, 49, avenue de l'Opéra.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité du pied-bot, par E. DUVAL, lauréat de l'Académie des sciences (Institut de France), médecin en chef de l'Institut orthopédique et hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe, membre de l'Académie de médecine de Madrid, de Saint-

Pétersbourg et de l'Académie de médecine et de chirurgie de Barcelone, commandeur de l'Ordre de Medjidié, officier de l'Ordre du Lion et du Soleil de Perse; préface du docteur Péan, chirurgien de Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine. In-8°, avec 46 figures intercalées dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Étude comparative des différents traitements du prolapsus utérin, par le docteur Vaton, membre de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. 1 broch. in-8° de 100 pages avec 7 fig. dans le texte et 8 planches hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie se presse d'en finir avec ses rapports officiels. Cette séance a été entièrement consacrée à cette besogne. Puis il a été procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. M. Périer a obtenu 67 voix sur 71 votants. Cette presque unanimité des suffrages fait grand honneur à notre sympathique collègue, et nous sommes heureux de l'en féliciter.

LE SOMMEIL SIMULÉ CHEZ LES ALIÉNÉS

Par Gilbert Ballet,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin des hôpitaux.

L'histoire du sommeil morbide est presque à faire tout entière; c'est à peine si elle est aujourd'hui un peu mieux connue que la physiologie, encore fort obscure, du sommeil normal. Les récents travaux sur l'hypnotisme, les tout récents surtout, n'ont guère éclairci la question. On peut même se demander s'ils ne l'ont pas, à certains égards, obscurcie, en faisant jouer à la suggestion un rôle que l'observation attentive des faits montre être singulièrement exagéré. La simplification systématique peut satisfaire l'esprit, mais elle ne projette pas toujours la lumière quand elle n'est pas rigoureusement conforme à la réalité. Dernièrement encore, dans une de ses leçons cliniques de la Salpêtrière, M. Charcot avait l'occasion de l'établir, à propos d'un cas qu'il eût été facile d'étiqueter sommeil somnambulique, et qui n'était qu'une forme anomale de crise hystérique. Si l'on veut donc décidément voir clair dans cette pathologie compliquée qui concerne les différentes modalités du sommeil morbide ou les états analogues, le mieux est de prendre chaque fait ou au moins chaque groupe de faits, et de l'étudier patiemment sans idée préconçue, abstraction faite de toute idée théorique. L'heure de la systématisation n'est pas encore venue.

Lorsqu'on se propose d'explorer un domaine, il ne suffit pas, d'ailleurs, de le parcourir en tous sens. Il est utile d'en bien connaître les frontières. A ce titre, l'étude des états voisins du sommeil morbide, qui peuvent objectivement lui ressembler, ne nous paraît pas moins instructive que celle du sommeil lui-même. C'est à cet ordre de faits que se rapporte la courte note qui va suivre. Je l'ai intitulée : le sommeil simulé chez les aliénés. Ce n'est pas que l'expression me satisfasse pleinement. Je l'ai choisie faute d'autre meilleure. Simulation a, dans le langage courant, une signification qui pourrait donner le change sur la véritable nature des faits que je vais indiquer. On admet généralement qu'elle résulte d'une tendance simplement perverse ou malicieuse de l'esprit et qu'elle n'a rien à faire avec la maladie. On va voir, par la suite, que la simulation, dont il est ici question, est, au premier chef, la conséquence d'un état morbide.

J'arrive immédiatement au fait.

Le samedi 10 mai, on nous montrait un jeune malade, Constant G..., âgé de vingt-six ans, couché au n° 11 de la salle Saint Charles, à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Proust (1). Cet homme avait été apporté la veille à l'hôpital. On l'avait trouvé « dormant » dans sa chambre; on avait vainement cherché à le réveiller, et les efforts faits dans ce sens étant restés sans résultat, on avait redouté un état grave et l'on s'était décidé à transporter le malade dans un service hospitalier. Lors du premier examen nous trouvions G... dans l'état suivant : il était étendu au lit, le corps reposant sur le dos. Les paupières étaient abaissées et animées de petits mouvements oscillatoires, se succédant avec une certaine irrégularité. Le tronc et les membres étaient dans la résolution. Lorsqu'on soulevait la poitrine, elle retombait lourdement sur le lit dès qu'on cessait de la soutenir. Il en était de même des membres. Il n'y avait donc ni contracture, ni état cataleptique des muscles. Toutefois les masséters étaient assez fortement contractés; ce dont on s'apercevait aisément en cherchant à ouvrir la bouche du malade. La sensibilité paraissait abolie; il n'y avait aucune réaction lorsqu'on se contentait de toucher ou de pincer légèrement une partie quelconque du tégument externe. Il n'en était plus de même si l'on pinçait vigoureusement la peau ou si l'on approchait de la surface cutanée la pointe d'un thermocautère. Alors on observait des réactions assez analogues à celles qu'on constate chez certains

(1) L'observation de ce malade a été recueillie sous la direction de M. Bourges, interne du service, par M. Landowski, externe des hôpitaux qui a eu l'obligeance de nous communiquer ses notes.

individus plongés dans le coma à la suite d'une hémorrhagie cérébrale.

L'aspect du malade était celui d'un homme dormant d'un sommeil calme et tranquille. La respiration était régulière, ni précipitée, ni ralentie, sans caractère stertoreux. Le pouls n'accusait aucun trouble notable de la circulation. La température était normale.

Cet ensemble symptomatique ne permettait pas de s'arrêter à l'idée d'un état comateux consécutif à une lésion cérébrale (embolie ou hémorrhagie). On était plutôt amené à penser qu'il s'agissait là d'une des nombreuses variétés du sommeil pathologique. Et le malade avait été étiqueté « dormeur » dans le service.

Mais certaines particularités, que révélait une observation attentive, nous portaient bien vite à rejeter l'hypothèse d'un vrai sommeil. Nous étions, tout d'abord, frappé de ce fait (déjà mentionné plus haut), que le malade insensible, en apparence, aux légères excitations, retirait, au contraire, les membres dès qu'on le pinçait ou piquait un peu fort. D'autre part (et c'est là surtout ce qui nous frappa), lorsqu'on observait patiemment la physionomie de G..., on voyait de temps en temps certains muscles de la face se contracter de façon à esquisser une sorte de sourire. Bien que très peu accusée, cette particularité n'en avait pas moins une grande valeur au point de vue du diagnostic. Et elle nous suffisait pour affirmer que nous étions en présence, non du sommeil vrai, mais d'un sommeil apparent. Dans le sommeil vrai, en effet, on n'observe jamais (sauf dans le sommeil somnambulique) de contractions musculaires volontaires. Et celles que nous constations du côté des muscles du visage, quelque légères qu'elles fussent, avaient tous les caractères de contractions commandées par la volonté.

Dès lors, nous n'hésitions pas à affirmer que nous avions affaire à un faux dormeur, et nous émettions l'avis que le sommeil devait être simulé sous l'influence d'idées morbides probablement de nature mélancolique.

L'avenir ne tarda pas à montrer le bien fondé de ce diagnostic.

Le 11 mai, le malade était encore dans l'état où nous l'avions trouvé la veille. Le 12, on le plongeait dans un bain. Il se laissa choir au fond de la baignoire. Il ne fit aucun effort pour sortir la tête hors de l'eau, et il fallut le soulever pour prévenir un accident.

Le 13, on faisait une application de pointes de feu, sans que G... manifestât de la souffrance autrement que par les très légers mouvements du bras et des cuisses dont nous avons parlé plus haut.

Enfin, le 14, on se décidait à alimenter artificiellement le malade, qui, jusque-là, avait été nourri de quelques gouttes de liquide versé entre les arcades dentaires. On introduisait une sonde par la narine et on versait du lait dans le tube digestif. L'opération parut être fort désagréable à G... Il exécuta des mouvements violents de déglutition sans se réveiller toutefois. Mais le soir, au moment où on allait recommencer l'opération, le malade desserra les mâchoires, jusqu'alors contractées, et se mit à causer.

Le lendemain, 14 mai, il était complètement sorti de sa torpeur, et consentait à répondre aux questions qu'on lui adressait. Il nous révéla alors ce qui suit : durant les quatre jours, pendant lesquels on venait de l'observer, il n'avait pas dormi. Il avait simplement simulé le sommeil afin de s'isoler du monde extérieur. C'est qu'il a besoin « de se justifier vis-à-vis de lui-même pour comprendre et éclairer sa situation ». Il est tourmenté par divers scrupules. A deux reprises, il a donné à un camarade un litre de vin de son patron. Il a signé un papier en blanc qu'il a remis à son beau-frère. D'autre part, il se croit incapable « moralement » d'accomplir quelque travail que ce soit. Tout cela le préoccupe et l'obsède. Aussi « avait-il contracté vis-à-vis de lui-même l'engagement de faire semblant de dormir, dans le but d'élucider sa situation et d'être tout entier à ses méditations ». Il ne devait se réveiller que lorsqu'il aurait trouvé sa justification (on ne peut savoir ce qu'il entend par ces mots). Ce n'est, d'ailleurs, pas lui seul qu'il veut justifier : c'est encore son père, puis sa mère, son frère, tous ses parents. Et il faut qu'il le fasse, car il sent peser sur lui un poids qui l'écrase. G... a songé d'abord à se faire arrêter comme voleur ou vagabond. On l'eût jeté en prison où il eût pu réfléchir tout à son aise. Mais il a préféré dormir. « Une fois à l'hôpital, il a oublié ses méditations et pris plaisir à tromper tout le monde. Son courage a été assez grand pour résister aux pointes de feu; mais l'introduction des aliments par le nez lui était par trop désagréable. Il s'est donc réveillé, mais en le réveillant on a porté atteinte à sa liberté morale, et l'on n'en avait pas le droit. Il a, d'ailleurs, l'intention de reprendre à la première occasion ses méditations. »

J'ai laissé parler le malade, car les lambeaux de phrases que je viens de rapporter, peignent mieux son état mental que n'eût pu le faire une simple description. On retrouve là de vagues idées mélancoliques; une ébauche de systématisation délirante, mais une ébauche seulement. G..., en effet, ne jouit pas d'une intelligence suffisante pour coordonner logiquement les éléments de son délire. C'est un débile intellectuel; l'incohérence de ses idées, la puérilité de ses conceptions maladives le prouvent suffisamment. Cette incohérence et cette puérilité se manifestent plus encore dans les écrits que dans le langage oral du malade. G..., à notre sollicitation, a rédigé un long factum, où il nous a exposé ses préoccupations et ses idées morbides. Ce factum est un tissu illisible de propositions sans suites, de phrases à sens vague, de conceptions délirantes mal reliées entre elles.

La faiblesse cérébrale qui a préparé et facilité la germination des idées mélancoliques, paraît tenir, chez G..., à une double cause : à son hérédité défectueuse d'abord, car il est fils d'une mère hystérique qui a eu des « attaques de sommeil » ; en second lieu, à son passé morbide. En effet, en 1888, G... a eu la fièvre typhoïde. Depuis, sa mémoire est allée s'affaiblissant progressivement, à ce point qu'il a été obligé de renoncer à son métier de garçon marchand de vin. « Actuellement, ce métier ne lui est plus possible, car il ne se souvient plus des plats commandés par les clients, il oublie tout. » Il va de place en place comme employé, domestique. Partout, on le congédie promptement. En dernier lieu, il a échoué comme figurant à l'Eden et aux Folies-Bergère. Le caractère de G... paraît étranger à ses tribulations, car il est doux et tranquille. Toutefois, depuis quelques mois, il est devenu sombre, peu causeur, ami de la solitude.

J'abrège ces détails. Ils n'ont, dans l'espèce, qu'un intérêt secondaire. Je tenais toutefois à bien préciser l'état mental de G... Or, on peut caractériser cet état de la façon suivante : G... est un débile intellectuel, et sur le fond de débilité sont venues se greffer des idées mélancoliques,

incohérentes, mal systématisées, peu adhérentes, comme elles le sont d'ordinaire en pareil cas.

Chez lui, on l'a vu, le sommeil était apparent, non réel. Il ne s'agissait dans l'espèce, contrairement à ce qu'on eût pu supposer à un examen superficiel, ni d'état comateux, ni d'état somnambulique, mais simplement d'un sommeil simulé sous l'influence de suggestions morbides.

Les cas de cet ordre ne sont probablement pas très rares. Morel, notamment, déclarait, en 1869, à la Société médico-psychologique, en avoir observé plusieurs à l'asile de Maréville. L'un des plus remarquables est celui que Legrand du Saulle a rapporté, il y a quelques années (1).

Il s'agit d'un individu âgé de trente-deux ans, d'origine italienne, dont le cas fit quelque bruit dans la presse extra-scientifique. Cet homme avait été interné à l'hospice de Bicêtre et l'on avait constaté chez lui des idées mélancoliques, avec préoccupations religieuses. Le 10 septembre, en arrivant à son service, Legrand du Saulle trouva le malade dans l'attitude d'un homme profondément endormi. « Il était placé dans le décubitus dorsal, ses membres étaient raides et contracturés ; sa respiration rapide, plutôt diaphragmatique que costale ; le pouls battait 72 ; les paupières étaient abaissées et légèrement clignotantes, les maxillaires fortement serrés l'un contre l'autre. La sensibilité paraissait obtuse. » Sauf la raideur des membres, c'était, on le voit, le même tableau symptomatique que dans notre cas. Au reste, du 12 au 20 septembre, cette raideur disparaissait pour faire place à la résolution ; en même temps, l'anesthésie cutanée augmentait, le nombre des respirations s'élevait de 24 à 38, et le pouls descendait de 72 à 58. Cet état persista pendant plusieurs mois, et il durait encore au moment où Legrand du Saulle fit sa communication à la Société médico-psychologique, le 22 février 1869.

Une intéressante discussion s'établit à la suite de cette communication, au sujet du diagnostic, et les membres qui y prirent part furent d'accord pour penser qu'on n'était pas en face d'un cas de véritable sommeil. « Certains actes du malade, remarquait très justement Foville, notamment le soin qu'il prend, lorsqu'il est découvert, de rejeter les draps sur sa tête, la contraction de ses muscles, etc., indiquent suffisamment que cet homme ne dort pas d'une manière continue. L'on ne peut pas dire non plus qu'il soit atteint de catalepsie, les membres ne conservent pas la posture qui leur est donnée. Ce n'est pas non plus un cas de stupidité, si l'on entend par là la suppression de toutes les opérations intellectuelles, de toutes les fonctions de relation. » Et Foville profitait de l'occasion pour rapporter un autre cas analogue à celui de Legrand du Saulle, à ceux de Morel et au nôtre. Il s'agissait d'un jeune malade entré à Charenton, en 1868, dans un état de mélancolie profonde et qui, par l'aggravation progressive des symptômes, avait présenté, pendant huit à dix semaines, un tableau semblable à celui que nous avons retracé plus haut. Durant les dix semaines, il était resté couché, immobile dans son lit, ne prononçant aucune parole, tenant les yeux fermés, ne faisant aucun signe, ne manifestant aucune idée, ne prenant volontairement aucune nourriture. Lorsqu'il sortit de sa torpeur, le malade avoua que, pendant toute la période de sommeil apparent, il n'avait cessé de se croire damné, et qu'il pensait accomplir un devoir en s'abstenant de toute manifestation intellectuelle extérieure.

(1) Legrand du Saulle. Société médico-psychologique, séance du 22 février 1869, in *Annales médico-psychologiques*, 5e série, t. I, p. 454.

On pourrait, sans aucun doute, réunir un grand nombre de faits semblables aux précédents. Ce qui ressort nettement de ces divers cas, c'est que, chez certains aliénés, on peut observer un état fort analogue au sommeil, mais qui n'a du sommeil que les apparences. Cet état, de durée fort variable, comme on l'a vu, peut persister plusieurs jours comme chez notre malade, plusieurs semaines comme dans le cas de Foville, plusieurs mois comme dans le cas de Legrand du Saulle. Il se rencontre chez des aliénés mélancoliques, dominés par des scrupules de diverse nature, souvent en proie à des préoccupations religieuses ou mystiques. Il est la conséquence des conceptions délirantes de ces malades qui cherchent à s'isoler du monde extérieur et, comme le disait Morel, se donnent volontairement, par esprit de pénitence ou par remords, toutes les apparences d'une mort anticipée.

L'on doit bien se garder de confondre ce faux sommeil des aliénés, soit avec le sommeil prolongé, tel qu'on l'observe chez certains narcoleptiques, soit avec le sommeil hypnotique, soit, enfin, avec les crises de sommeil hystérique.

UNE FAMILLE DE DÉGÉNÉRÉS CÉRÉBROPATHIQUES

Par le docteur Albert Mathieu,
Ancien chef de clinique médicale à la Faculté.

Nous avons dressé, et nous reproduisons ici, le tableau d'une famille de dégénérés cérébropathiques, dont l'histoire nous paraît présenter quelque intérêt. La transmission héréditaire de vices névropathiques est chose connue. Le fait que nous publions n'a donc rien de bien nouveau ; mais il est très démonstratif.

Notre tableau, qui copie la nature, a la valeur d'une démonstration schématique. Il montre, avec une grande netteté, l'existence parallèle ou successive, dans une même famille, de bizarres à des degrés divers, de fous véritables et d'individus qui portent une tare cérébrale plus ou moins grave : idiotie, surdi-mutité, etc. Le suicide figure une fois dans notre relevé.

Deux mots tout d'abord pour donner la clef de notre tableau inséré plus loin.

Chaque individu est désigné par une ou deux lettres.

Les huit personnes désignées par la lettre B étaient frères ou sœurs, fils de A. Les individus désignés par la lettre C sont des fils ou des filles des frères B. — C^4, par exemple, indique un fils de B^4. Les D sont fils des C, petits-fils des B. D^5 est une petite fille de B^5. Tous les C sont entre eux cousins germains, tous les D cousins issus de germains.

L'annotation par une seule lettre ne suffisait pas. En effet, l'individu désigné par B^5 s'est marié à une femme *a*, dont les deux frères étaient tous deux fous : elle a donc apporté dans la famille sa note de dégénérescence qu'il fallait indiquer. Ses enfants ont été désignés par la lettre *b*, ses petits-enfants par la lettre *c*, ses arrière-petits-enfants par la lettre *d*. Il en résulte que certaines des personnes qui ont pris place dans ce tableau sont désignées par une double lettre, dont la signification est très nette.

Prenons des exemples : C^5b est une fille de *a* et, en même temps, une fille de B^5.

D^5c — il s'agit encore d'une femme — est petite-fille de

la femme *a* et petite-fille de l'un des huit frères (B^5), dont nous étudions la descendance.

$C^4 + C^5b$ indique le mariage de deux cousins germains; la femme, C^5b, était en même temps fille de *a*.

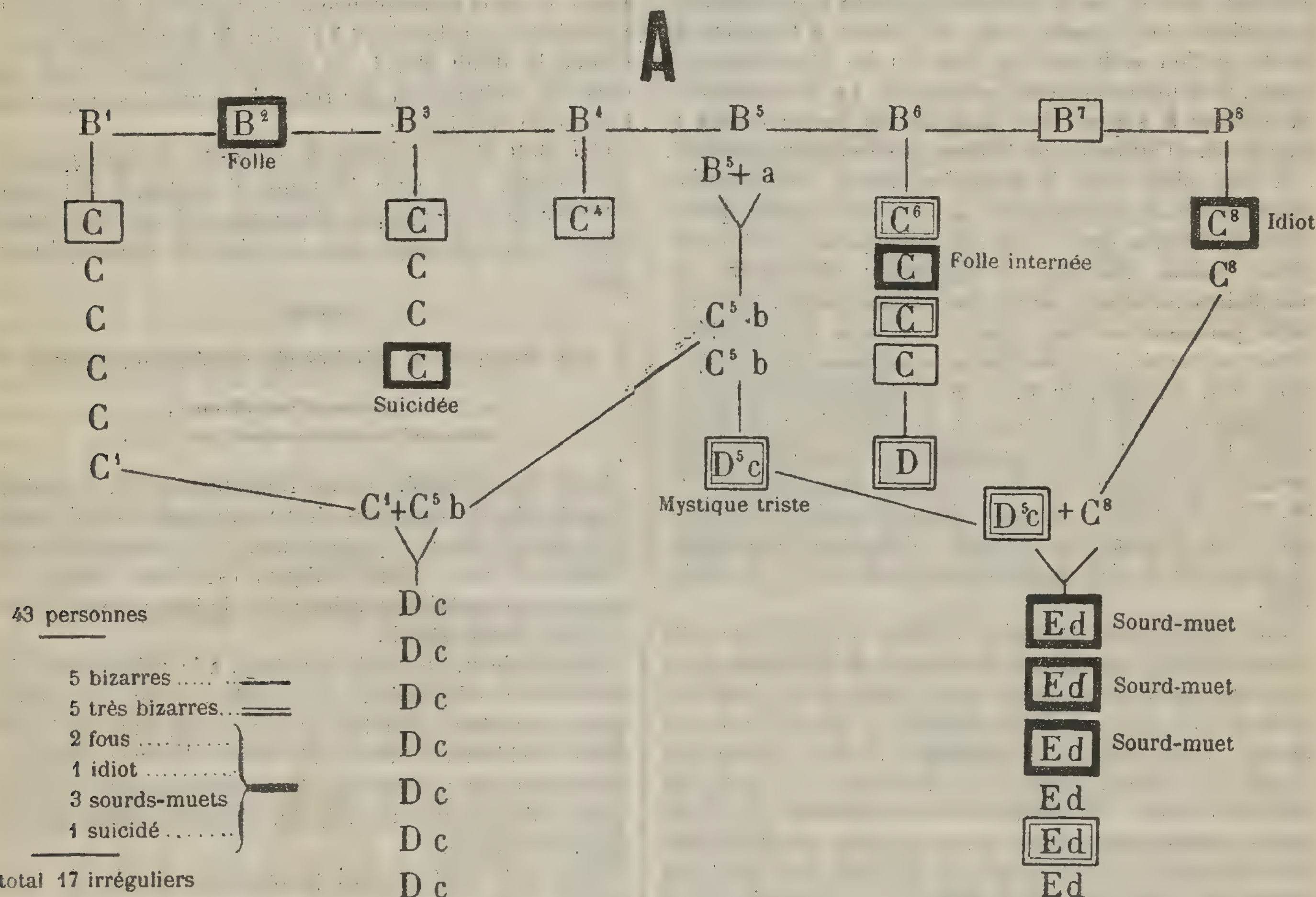
$C^8 + D^5c$ indique le mariage du fils de B^8 avec la fille de son cousin germain, C^5, qui était elle-même petite-fille de la femme *a*.

Nous ne croyons pas qu'il soit possible de rendre les choses plus claires. On substituerait les noms exacts à ces formules littérales que les relations de parenté de ces diverses personnes seraient loin d'en ressortir plus nettement.

Nous avons encadré d'un trait mince le chiffre des individus bizarres, d'un double trait le chiffre des individus que l'on peut considérer comme très bizarres, comme presque fous, et enfin d'un large trait noir la lettre distinctive de personnes ayant présenté une tare cérébrale grave : la folie, la surdi-mutité, l'idiotie. Nous avons, au même titre, encadré le suicide de noir.

Voici maintenant dans quelles conditions ce tableau a été tracé.

Il se rapporte à une famille de paysans, la plupart cultivateurs d'un village du département de la Meuse. Les renseignements qui la concernent m'ont été fournis par les habitants de la commune : il s'agit de choses de notoriété publique. Il ne m'était pas possible de faire une enquête



plus directe pour des raisons faciles à comprendre. Je connais cependant par moi-même un bon nombre des personnes qui figurent dans cette généalogie. Il s'agit heureusement de faits dans lesquels l'enquête, pour être indirecte, n'en conserve pas moins sa valeur. Les habitants d'un village se connaissent et se jugent bien, et ce n'est pas sans raison que, d'un commun accord, ils considèrent un certain nombre d'entre eux comme toqués ou fortement toqués.

Entrons maintenant dans quelques détails sur les individus qui ont pris place dans notre tableau.

Le père des huit frères de B, désigné par A, était un homme droit, honnête et intelligent, mais cependant un peu singulier. Diverses anecdotes m'ont été contées qui le démontrent. Voici l'une d'entre elles. Il était en marché pour vendre une vache. Le marchand l'avait longtemps examinée, on en causait en buvant un verre : « Eh bien! père A, combien voulez-vous vendre votre vache? » La femme de A s'écrie : « C'est cinquante écus! » Le père A prend à son tour la parole : « Je n'aime pas que la poule parle avant le coq; ce sera quarante écus. » Et ce fut quarante écus. C'est peu de chose, comme indice de bizarrerie, mais c'est quelque chose chez un paysan travailleur et très économe.

L'une des filles de A, désignée par B^2 était absolument folle; elle courait les rues, faisait des extravagances de toute sorte. On était obligé de la surveiller et même de l'enfermer. Je n'ai pas pu savoir ce qu'elle est devenue : elle est partie en Amérique et a eu plusieurs enfants. Quelques-uns d'entre eux auraient fait, aux États-Unis, une brillante fortune. Je n'ai pas pu en savoir davantage.

L'un des frères B est qualifié de bizarre. Il lui est arrivé une fâcheuse aventure. Il appartenait à une famille considérée, aisée, honnête et jalouse de sa bonne renommée. Il avait été adjoint de son pays. Cela ne l'empêcha pas d'être condamné à deux ans de prison pour un vol. Ne mérite-t-il pas bien, à ce seul titre, le simple trait dont nous avons entouré la lettre qui le représente?

Des six enfants de B^1, l'un est singulier, un peu toqué;

c'est un cultivateur, toujours en retard, sans motif, pour les travaux de la terre. C'est ainsi qu'il laisse ses récoltes dehors, exposées aux intempéries, alors que les autres laboureurs ont déjà depuis longtemps mis les leurs à l'abri.

Une de ses sœurs a un degré de religiosité peut-être excessif, nous ne l'avons cependant pas mise en ligne de compte, ne voulant rien exagérer.

Des quatre enfants de B^3, l'une s'est suicidée. Un autre, que nous avons désigné comme bizarre, est devenu le chef des radicaux du pays. Sans doute, ce n'est pas là un titre suffisant à la bizarrerie. Il est devenu libre-penseur, il préside aux enterrements civils. C'est là une note qui détonne fortement dans une famille dont la grande majorité des membres se fait remarquer par ses opinions religieuses et conservatrices. C'est, du reste, un homme à l'esprit sombre, fort peu communicatif.

Les quatre enfants de B^6 ont tous été touchés, plus ou moins fortement. L'un, après avoir été un mauvais soldat, toujours puni, est devenu un ivrogne, plusieurs fois condamné pour avoir filé à l'anglaise quand venait le quart d'heure de Rabelais. Une autre, une femme, a été internée à plusieurs reprises dans un asile d'aliénés. Un troisième ne vaut guère mieux, paraît-il, que la précédente; un quatrième est simplement toqué; mais son fils s'est fait remarquer par de véritables excentricités.

Des deux fils de B^8, l'un est un idiot.

L'un des frères B, celui qui est désigné par B^5, s'est marié avec une jeune fille — *a* — dont les deux frères étaient considérés comme absolument fous. Elle-même semble n'avoir rien présenté de particulier, rien que l'on m'ait signalé tout au moins. Quoi qu'il en soit, il y a donc eu fusion de deux individus appartenant à des familles de dégénérés cérébropathiques. Les produits de cette fusion sont curieux à étudier. Du mariage de B^5 et de *a* sont nés deux enfants; l'un d'eux, une fille, s'est mariée avec un de ses cousins germains ($C^1 + C^5b$). Ils ont eu sept enfants (D*c*). Ces enfants sont dans le village, considérés comme fort intelligents, comme ayant « les plus grandes facilités ». Ils sont regardés comme des élèves brillants de l'école du pays.

L'autre des enfants de B^5 a eu une fille (D^5c), qui est une sorte de mystique triste. Elle est d'un caractère très sombre; jamais personne ne l'a vue rire; elle est d'une religiosité excessive. Elle s'est mariée avec le cousin germain de sa mère (C^8) dont le frère est idiot.

Les résultats de cette union ($D^5c + C^8$) sont particulièrement déplorables; sur cinq enfants, trois sont sourds-muets, et cela spontanément, sans cause connue, sans rougeole du jeune âge par exemple, sans otite, sans surdité acquise ayant empêché l'acquisition du langage. Un autre de ces enfants est, paraît-il, des plus bizarres.

Les conditions les meilleures étaient ici réunies pour amener l'accumulation des influences héréditaires. Deux cousins se marient; l'un des deux a un frère idiot et une tante folle; l'autre, dont deux grands-oncles maternels étaient considérés comme absolument fous, est elle-même une bizarre mélancolique et mystique. C'est là un degré de condensation très remarquable de la tare nerveuse.

En résumé, sur les 43 personnes qui figurent dans ce tableau, il y a 5 bizarres, 5 très bizarres, 2 fous, 1 idiot, 3 sourds-muets et 1 suicidé; en tout 17 irréguliers.

Il est à noter que pas une seule maladie de la moelle ne s'est montrée dans cette famille. Il est vrai qu'il s'agit de paysans qui vivent au grand air dans des conditions hygiéniques satisfaisantes. Les travaux des champs sont évidemment pénibles; ils réclament une grande dépense de force. Toutefois, les cultivateurs ne se surmènent guère qu'au moment de la moisson. Peut-être la moelle aurait-elle été moins épargnée dans un milieu urbain. Le surmenage à la ville est plus habituel et plus varié.

La syphilis et l'alcoolisme ne jouent aucun rôle dans l'étiologie de ces manifestations nerveuses. Je ne puis signaler, parmi tous ces irréguliers, qu'un seul ivrogne, qui est sans doute un dipsomane avant d'être un alcoolique.

Il est très vraisemblable que, si tous ces gens-là avaient vécu à la ville, leur pathologie nerveuse serait devenue plus complexe encore. Il nous a semblé qu'il pouvait y avoir intérêt à montrer, dans un cas particulier, la tare cérébropathique pure de tout mélange, exempte de tout élément surajouté.

DIVISION CONGÉNITALE DE LA VOUTE PALATINE

(VARIÉTÉ POSTÉRIEURE)

Par M. DELALAIN, dentiste,

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

L'année dernière, à cette époque, M. G..., dessinateur, est venu me trouver pour une restauration buccale.

La voix est fortement nasonnée et presque inintelligible, par suite d'une division de la voûte palatine avec fissure unilatérale gauche, commençant entre l'incisive externe et la canine, atteignant la partie médiane.

A la voûte palatine, qui est divisée en deux moitiés inégales, ce n'est plus une fissure mais une large fente. Au centre on

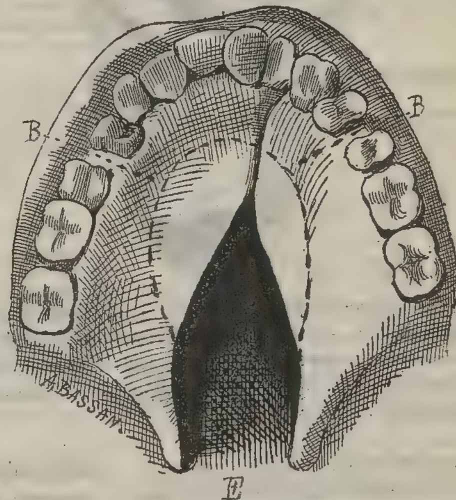


FIG 1. — BB. Arcades alvéolaires servant de point d'appui à l'appareil; E. Bifidité de la luette.

mesure une profondeur de 45 millimètres et l'on atteint facilement le niveau du sinus sphénoïdal. Cette fente offre, d'ailleurs, une étendue variable, elle diminue dans les mouvements de déglutition, et augmente dans l'abaissement de la mâchoire inférieure. Le premier mouvement est dû à l'action des muscles pharyngiens. Dans l'abaissement de la mâchoire, le phénomène est plus complexe; il se produit de deux façons différentes : il y a une rétraction et une diminution des bords libres de la division, et un épaississement des parties latérales venant, très malheureusement pour la prothèse, renforcer le voile du palais. Ce gonflement se poursuit sur les contours alvéolaires des grosses molaires où l'appareil dentaire ne prend, dans cette prévision, qu'un léger point d'appui; et pour obvier à ce renflement, presque toujours normal, j'ai dû, dans l'ajustement buccal, évider la partie

adhérente du dentier. Tous les actes initiaux de mastication, d'insalivation, de déglutition sont difficiles et incomplets. Les substances liquides reviennent par les fosses nasales. L'expectoration est impossible, et le malade ingurgite le mucus pituitaire.

On avait construit pour ce mutilé un obturateur de forme cylindrique qui, passant à travers la perte de substance, pénétrait dans les fosses nasales. Mais l'irritation produite sur la muqueuse pituitaire déterminait des excrétions abondantes qui épuisaient le malade. Ce n'est pas sans raison qu'on a cru devoir condamner depuis longtemps ces obturateurs dentaires à *clapeau* (Sédillot, Trélat), devant les inconvénients qu'ils réunissaient et l'obstacle qu'ils apportaient à tout travail de rétraction.

La construction d'un appareil dentaire capable de remédier à tous ces désordres, et de ramener, autant que possible, le retour fonctionnel d'organes importants fut, dès lors, l'objet de nos recherches.

La mobilité de capacité, la mobilité de surface de ces diverses parties buccales, provoquées par le mouvement des mâchoires, offrent toujours, pour la confection de semblables appareils dentaires, des difficultés sérieuses. Aussi n'est-ce qu'après un mois que nous avons fini par obtenir une pièce répondant à toutes ces exigences, et dont voici la description :

C'est un obturateur en caoutchouc primitif vulcanisé, et qui, intérieurement, repose et se moule sur la portion interne des

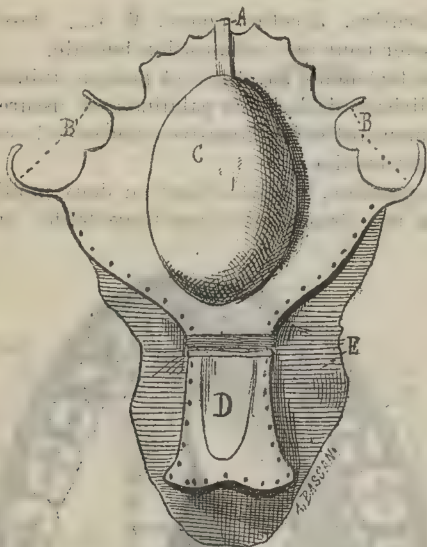


Fig. 2 (Appareil vu par sa face inférieure). — A. Canal de succion; — BB'. Lamelles d'or; — C. Renflement servant de réservoir au mucus; — D. Articulation à charnière, sans ressort, s'élevant, mais ne s'abaissant jamais; — E. Voile en caoutchouc fixé à l'appareil par un fil le contournant.

rebords alvéolaires seulement, comme la courbe pointillée l'indique, et vient obturer la vaste fente sans y pénétrer. Deux ailes viennent embrasser postérieurement les deux dernières molaires, afin d'empêcher l'appareil de se diriger ultérieurement vers les fosses nasales. De chaque côté, et à l'aide d'une petite lime à bayonnette, j'ai fait une séparation entre les deux prémolaires, où pénètre une petite lame d'or soudée sur les côtés de la pièce.

Le bord postérieur de l'appareil se termine par un voile mobile en caoutchouc, destiné à suppléer dans ses mouvements de retrait la portion divisée du voile palatin (fig. 2, E).

La partie antérieure de l'appareil présente un renflement C qui facilite la prononciation des lettres dentales. Ce renflement par sa face opposée sert de réservoir au mucus nasal ; sa base, près des deux incisives centrales, est munie d'un tube capillaire en or, appelé canal de succion, permettant d'expectorer, au dehors, le mucus nasal, et pour éviter le dessèchement de ce dernier, le mutilé peut placer dans le récipient une petite éponge imprégnée de glycérine au salol ou autre, et qui, dès lors, a le triple but de maintenir une saine humidité des fosses nasales, de s'opposer aux concrétions pituitaires, de tamiser et de modérer le courant aérien, qui, en partie, traversant cette éponge antiseptique, peut même, dans une certaine mesure, se débarrasser des substances malsaines dont il pourrait se trouver chargé.

Grâce à cet appareil, le mutilé, de naissance, a recouvré nombre de fonctions importantes : la mastication et la déglutition sont devenues parfaites ; les secrétions qui épuisaient le

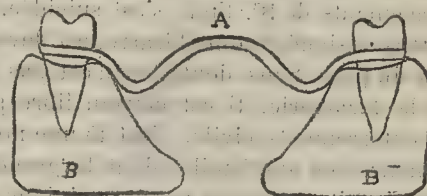


Fig. 3. — Coupe montrant la concavité de l'appareil et ses rapports avec les bords de la division.

malade ont disparu, la voix est intelligible, mais le voile en caoutchouc, malgré son utilité incontestable, n'interceptant jamais très exactement la communication entre les fosses nasales et le pharynx, la voix conservera un peu de sa nasalité.

Un fait très important à signaler, c'est que ce nouveau genre d'obturateur ne repose en rien sur les parties médianes de la voûte palatine qui est seulement masquée et reste absolument libre. Le point d'appui de cette prothèse dentaire est près des arcades alvéolaires, et cette particularité n'échappera pas aux chirurgiens qui verront toute l'importance des avantages à retirer de cette disposition.

Le chirurgien peut entreprendre toute la série d'opérations qui sont nécessaires, si ses tentatives ne réussissent pas du premier coup. Aussitôt l'opération, notre appareil peut être appliqué et protéger ainsi la ligne des sutures. Si, par la suite, quelques sutures n'ont pas tenu, l'appareil peut continuer à être appliqué en attendant l'intervention nouvelle — ce que ne pourraient faire les obturateurs à chapeau — un des grands avantages de l'appareil que nous recommandons étant de ne prendre aucun point d'appui sur les bords de la perte de substance, comme le démontre d'ailleurs la coupe ci-dessus B, B, figure 3.

On sait que la lutte a été vive jadis entre la prothèse dentaire et l'autoplastie, et que nombre de malades qui allèrent à cette dernière en revinrent fort déçus.

Néanmoins, ses succès sont encore assez nombreux pour qu'on la préconise, toutes les fois qu'elle est possible. En dehors de cela, il n'y a que l'art du dentiste, dont les victoires ne sont pas moins nombreuses.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 novembre. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Un travail de M. Stanissopoulos (d'Alexandrie), sur le traitement de la tuberculose, de la scrofule, de la syphilis et de la diphthérie ;

2° Un pli cacheté déposé par M. Bourgeois (de Tourcoing), sur le traitement de la tuberculose.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

Le nombre des votants étant de 71, majorité 36, M. Périer a

obtenu, au premier tour, 67 voix, M. Berger 1, M. Horteloup 1, M. Lucas-Championnière 1 ; 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. Périer est proclamé élu.

RAPPORTS

Épidémies. — M. **BOUCHARD** commence la lecture du rapport général sur les épidémies.

Eaux minérales. — M. **ALBERT ROBIN** lit le rapport au nom de la Commission des eaux minérales.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Lyot.

— On dit que W. Lévy (de Berlin) demande 300 marks par injection de la lymphe de Koch. Or, chaque flacon de Koch permet 4000 injections, et est cédé par Koch au prix de 25 marks. Donc W. Lévy saurait tirer 1 500 000 francs de chaque flacon. — Recommandé à toute l'attention de notre ministre des finances.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Sur les recherches bactériologiques.

Par Robert KOCH (1).

Contrairement à notre habitude, nous donnons une traduction en guise de Revue générale. Il s'agit d'un rapport lu par Robert Koch au Congrès de Berlin, au mois d'août dernier, rapport dans lequel il annonçait qu'après de longues recherches, il croyait avoir trouvé un remède de la tuberculose applicable à l'homme, et qu'il le soumettrait bientôt à l'essai clinique. Cette déclaration fit grand bruit. Elle a été pour beaucoup dans l'impatience avec laquelle on a attendu les résultats des recherches annoncées. Le mouvement fut si grand, que Koch se décida à faire connaître plus tôt qu'il ne le pensait les observations des malades traités par la méthode nouvelle. Nous publions ce rapport — que l'on n'a pas encore traduit *in extenso* — parce qu'il constitue un tableau remarquable des progrès et des tendances de la bactériologie.

C'est, en réalité, une page de philosophie médicale, d'une grande clarté dans sa concision, qui s'adresse à tous les médecins. Elle n'est nullement destinée aux spécialistes, aux initiés du laboratoire.

On nous saura donc gré de faire connaître, par une traduction presque littérale, le premier document livré à la publicité par R. Koch lui-même.

La bactériologie est une science toute récente. Il y a quinze ans, on savait tout au plus que, dans le sang d'individus atteints de charbon et de fièvre récurrente, il se rencontrait certains éléments étrangers, et que, dans les maladies infectieuses consécutives à des plaies, on voyait apparaître, de temps à autre, ce qu'on appelait des vibrions. Il n'était pas encore prouvé que ces éléments pussent être des agents pathogènes; et on regardait de telles trouvailles comme des curiosités, bien plus que comme des sources de maladies. On avait rencontré des bactéries semblables aux bacilles du charbon dans des liquides corrompus, surtout dans le sang d'animaux asphyxiés. On disait avoir rencontré des bactéries identiques aux spirilles de la fièvre récurrente dans les eaux stagnantes, dans le tartre dentaire, et des bactéries semblables aux microcoques des maladies infectieuses consécutives à des plaies, dans le sang normal et dans les tissus sains.

Avec les moyens d'expérimentation et les instruments d'optique dont on disposait alors, il était impossible d'aller plus loin. C'est seulement quand on eut trouvé de meilleurs systèmes de lentilles, quand on sut en faire un usage méthodique, que, grâce à l'emploi des couleurs d'aniline, on arriva à rendre parfaitement visibles même les plus infimes des bactéries, et à les distinguer nettement, au point de vue morphologique, des autres micro-organismes. En même temps, l'emploi des substances nutritives qu'on pouvait rendre liquides ou solides, selon les besoins, permit de séparer les différents germes et de produire des cultures pures, grâce auxquelles on put reconnaitre avec certitude les propriétés particulières de chaque espèce. On découvrit ainsi une série de micro-organismes pathogènes appartenant à des espèces nouvelles et nettement caractérisées, et, chose importante, on arriva à montrer les liens de cause à effet qui existent entre ces micro-organismes et les maladies dans lesquelles on les rencontre. Le fait que les agents pathogènes trouvés appartenaient tous exclusivement au groupe des bactéries, dut faire penser que les différentes maladies infectieuses étaient occasionnées exclusivement par des bactéries appartenant à des espèces nettement déterminées et distinctes les unes des autres; et on avait le droit d'espérer que, dans un temps assez rapproché, on aurait trouvé les agents pathogènes de toutes les maladies contagieuses.

Cependant, cette attente n'a pas été justifiée, et le développement ultérieur de la bactériologie s'est fait, sous d'autres points de vue encore, d'une façon inattendue. Et, d'abord, je voudrais insister sur quelques-uns des résultats positifs que nous ont donnés les recherches bactériologiques.

On doit regarder aujourd'hui comme un fait parfaitement démontré que, de même que les organismes végétaux supérieurs, les bactéries forment des espèces déterminées, stables, qui, il est vrai, sont parfois difficilement séparables les unes des autres. Toutes les idées sur la transformation morphologique et biologique des bactéries, soutenues avec

(1) Xe Congrès médical, Berlin 1890. — Traduction par M. Armand LÉVY, externe de l'hôpital Andral.

tant d'opiniâtreté jusqu'à ces derniers temps, tombent devant le nombre écrasant des observations, qui toutes, sans exception, montrent qu'ici, aussi bien que pour les végétaux supérieurs, il existe des espèces bien caractérisées. Si nous considérons maintenant que certaines maladies infectieuses bactériennes, telles que la lèpre et la phthisie, sont décrites par les plus anciens médecins, déjà avec ces mêmes caractères que nous leur connaissons aujourd'hui, il nous sera même permis d'en conclure que les bactéries pathogènes ont tendance à conserver leurs propriétés pendant des temps considérables, au lieu de les modifier rapidement, suivant l'opinion générale basée sur le caractère mobile et variable de certaines maladies épidémiques. Cela ne veut pas dire qu'on ne puisse rencontrer des bactéries qui, dans de certaines limites, s'écartent du type classique de l'espèce. Mais encore sous ce rapport les bactéries ne diffèrent nullement des végétaux supérieurs, où l'on peut rencontrer de multiples modifications, dont la plupart doivent être attribuées à des causes extérieures, et qui nous forcent tout au plus à parler de variétés, mais laissent intacte l'espèce.

Pourtant, à cause du peu de volume des bactéries, nous n'avons pas à notre disposition, comme pour les végétaux supérieurs, des caractères morphologiques distinctifs, bien déterminés, dont on puisse se servir pour une systématisation; aussi, pour classer les espèces, ne faut-il pas s'attacher à certains signes isolés, car on ne peut pas savoir du premier coup si ceux-ci comptent parmi les signes constants ou variables de l'espèce; mais nous devons recueillir consciencieusement le plus de caractères morphologiques et biologiques possible, quelque secondaires qu'ils puissent paraître au début, et c'est alors seulement qu'on déterminera l'espèce, en se basant sur l'ensemble des caractères.

Le meilleur exemple pour montrer combien il est difficile de déterminer l'espèce, c'est le bacille de la fièvre typhoïde qui nous le fournit. Quand celui-ci se rencontre dans les ganglions mésentériques, dans la rate ou dans le foie d'un individu mort de cette maladie, on est sûr qu'on a affaire au bacille de la fièvre typhoïde, car, en ces endroits, on n'a jamais rencontré d'autres bactéries pouvant être confondues avec lui. Mais il n'en est plus de même, lorsqu'il s'agit de déterminer ce même bacille dans le contenu de l'intestin, dans le sol, dans l'eau, dans la poussière; là se rencontrent de nombreux microbes qui lui ressemblent et qu ne peuvent être distingués de celui du typhus que par un bactériologiste exercé, et pas même encore avec une certitude absolue, en l'absence de signes constants et caractéristiques du bacille typhique. Il en est de même des bactéries de la diphthérie. Un heureux hasard, au contraire, a voulu que, pour quelques autres bactéries pathogènes importantes, telles que le bacille de la tuberculose et les bactéries du choléra, on ait trouvé, dès le début, des caractères si nettement déterminés qu'on les reconnaît avec sûreté, même dans les circonstances les plus difficiles. Les grands avantages que nous avons pu retirer en diagnostiquant avec assurance les agents pathogènes de ces maladies, doivent nous pousser sans cesse à rechercher toujours et quand même de semblables signes caractéristiques pour les bactéries pathogènes de la fièvre typhoïde, de la diphthérie et d'autres maladies.

Quant aux bacilles de la tuberculose, on sait que, par la manière dont ils se comportent vis-à-vis des matières colorantes, par leur développement dans les cultures pures, et par leurs caractères pathogènes, et même par chacun de ces signes pris isolément, ils sont caractérisés avec une telle netteté, qu'il paraît tout à fait impossible de les confondre avec une autre bactérie. Lors de mes premières expériences sur les bacilles de la tuberculose, je procédai sévèrement d'après cette règle : qu'il faut examiner tous les caractères reconnaissables des bactéries. Ce n'est que lorsque ceux-ci sont en concordance que l'on peut regarder l'identité de ces micro-organismes comme démontrée. Conformément à ce précepte, nous avons examiné les bacilles de la tuberculose des provenances les plus variées, non seulement au point de vue des réactions vis-à-vis des matières colorantes, mais encore par rapport à leur développement dans les cultures pures, et à leurs caractères pathogènes. Pour les poules seules, il nous était impossible de procéder ainsi, car nous manquions alors de matériaux frais. Mais toutes les autres espèces de tuberculoses ayant fourni des bacilles identiques, et les bacilles de la tuberculose des poules ayant le même aspect et la même réaction vis-à-vis des couleurs d'aniline, j'ai cru pouvoir me prononcer pour l'identité, malgré cette lacune dans mes recherches. Plus tard, il me parvint de différents côtés des cultures pures qui provenaient de la tuberculose (à ce qu'on me disait), mais qui en différaient sur bien des points et surtout par le résultat des inoculations faites sur les animaux. D'abord, je crus avoir affaire à ces changements qu'on observe si souvent avec les bactéries pathogènes, lorsqu'on les cultive longtemps en dehors du corps dans des cultures pures. Ensuite, j'essayai, par les influences les plus diverses, de transformer les bacilles ordinaires de la tuberculose, dans cette nouvelle forme, que nous prenions pour une variété des bacilles tuberculeux.

L'influence de hautes températures, continuées pendant des mois, l'effet des sels de potasse, de la lumière, l'absence d'humidité, la conservation de cultures de bacilles par de nombreux ensemencements successifs, l'inoculation en séries à des animaux peu sujets à la tuberculose, ne produisirent que de légères modifications dans les caractères des bacilles et n'atteignirent pas, tant s'en faut, les changements observés en pareilles circonstances, pour d'autres bactéries pathogènes. Il semble donc que ce soient justement les bacilles de la tuberculose, qui conservent leurs caractères, avec le plus d'opiniâtreté, ce qui est en parfait accord avec ce fait, que des cultures, que je conserve depuis plus de neuf ans dans des tubes à culture et qui, par conséquent, n'ont pas pénétré, depuis cette époque, dans un organisme vivant, n'ont subi aucun changement, si ce n'est une légère diminution de leur virulence. A cette époque, il m'arriva de recevoir quelques poules vivantes tuberculeuses; je profitai de cette occasion pour faire des cultures avec les organes malades de ces animaux.

Lorsque les cultures se développèrent, elles eurent tout à fait l'aspect et tous les autres caractères de ces cultures énigmatiques qui ressemblaient tant aux vrais bacilles.

Plus tard, j'appris que ces cultures, qui m'avaient tant intrigué, provenaient, en effet, de volailles tuberculeuses; on les avait considérées comme formées par de véritables bacilles de la tuberculose parce qu'on supposait identiques toutes les formes de tuberculose. Je trouve la confirmation de cette observation dans des recherches que le professeur Maffucci a faites sur la tuberculose des poules,

et qu'il a publiées dernièrement. Je n'hésite donc pas à considérer les bacilles de la tuberculose des poules comme une espèce distincte, mais très proche des bacilles de la vraie tuberculose. On voit donc se dresser devant soi cette question si importante au point de vue de la pratique, à savoir si les bacilles de la tuberculose des poules sont pathogènes également pour l'homme. On ne pourra répondre à cette question que le jour où on aura trouvé cette espèce de bacilles chez l'homme ou quand, après une longue série de recherches, on aura toujours constaté son absence.

Une autre question importante et essentielle a été éclaircie encore et simplifiée. Il s'agit des liens de cause à effet qui existent entre les bactéries pathogènes et les maladies infectieuses correspondantes.

Cette idée, que des micro-organismes devaient être la cause des maladies infectieuses, a été émise de bonne heure, mais on resta très sceptique vis-à-vis des premières recherches à ce sujet. Il était donc d'autant plus nécessaire de prouver, dès les premières expériences, par des raisons irréfutables, que les micro-organismes qu'on trouve dans une maladie infectieuse sont la véritable cause de cette maladie. A cette époque, on objectait encore victorieusement qu'il pouvait s'agir très bien d'une coïncidence fortuite de la maladie et des micro-organismes. Pour réfuter cet argument, il suffisait de démontrer :

1° Qu'on rencontre le parasite dans tous les cas de la maladie et que son existence est en rapport avec les modifications pathologiques et l'évolution clinique;

2° Qu'on ne le rencontre dans aucune autre maladie comme parasite fortuit et non pathogène;

3° Qu'isolé complètement de l'organisme et cultivé dans d'assez nombreuses cultures pures, successives, il est encore capable de reproduire l'état morbide correspondant.

Ces trois propositions démontrées, on ne pourrait plus considérer le bacille comme un accident fortuit de la maladie. Il n'y aurait plus d'autre rapport possible dorénavant entre les parasites et la maladie, que celui de cause à effet.

Cette preuve a pu être donnée complètement, pour un grand nombre de maladies infectieuses, telles que le charbon, la tuberculose, l'érysipèle, le tétanos, et beaucoup de maladies des animaux ; en général, presque pour toutes celles qu'on peut leur transmettre. Au cours de ces recherches, j'ai encore pu remarquer que, chaque fois que, dans une maladie infectieuse, j'avais rencontré toujours et exclusivement une certaine espèce de bactéries, celles-ci se sont toujours comportées, non pas comme des parasites fortuits, mais ont présenté tous les caractères des bactéries pathogènes en général.

Nous nous croyons donc autorisé à soutenir, dès à présent, qu'il suffit que les deux premières propositions de notre démonstration soient établies, c'est-à-dire qu'on ait prouvé la présence régulière et exclusive de certains parasites, pour qu'on accepte, comme parfaitement démontrés, les liens de cause à effet entre ces parasites et la maladie. Nous sommes ainsi amené à regarder, comme des maladies parasitaires, une série d'affections dans lesquelles on n'a pas réussi encore, jusqu'à présent, à pratiquer, d'une façon bien nette, l'inoculation aux animaux, et à donner ainsi la troisième partie de la démonstration. Parmi ces maladies, citons : le typhus abdominal, la diphthérie, la lèpre, la fièvre récurrente, le choléra asiatique. A ce point de vue, je voudrais surtout insister sur le choléra, parce qu'on s'est refusé, avec une opiniâtreté tout à fait extraordinaire, à le regarder comme une maladie infectieuse, et cependant, il est bien démontré aujourd'hui que les bactéries du choléra sont la cause de la maladie.

Les recherches bactériologiques sont arrivées encore à d'autres résultats; elles ont démontré nettement les relations des bactéries avec les maladies infectieuses. Ainsi, c'est seulement de nos jours, que nous savons que les bactéries peuvent vivre en dehors de l'organisme, dans l'eau, dans le sol et dans l'air, conceptions qui diffèrent beaucoup des hypothèses qu'on admettait autrefois. Aujourd'hui seulement, nous savons exactement si les agents pathogènes sont de véritables parasites, c'est-à-dire vivent exclusivement chez l'homme ou l'animal, ou des parasites qui, en dehors de l'organisme, trouvent les milieux nécessaires à leur existence et qui, dans certaines conditions seulement, jouent le rôle d'agents pathogènes. Ces notions sont de la plus haute importance pour la prophylaxie de certaines maladies, telles que la tuberculose, par exemple. En outre, on se rend aujourd'hui un compte assez exact de la manière dont les agents pathogènes pénètrent dans l'organisme et comment ils s'y comportent; de plus, certains processus pathologiques qui, jusqu'ici, paraissaient énigmatiques, sont compréhensibles aujourd'hui. C'est ainsi que nous nous expliquons la présence simultanée de plusieurs maladies infectieuses, dont l'une doit être regardée comme la maladie primitive, les autres comme maladies secondaires.

La maladie secondaire donne à l'affection primitive un caractère anomal et particulièrement grave, ou bien fait suite à la première, quand celle-ci est arrivée à sa fin. On observe ces faits, surtout pour la variole, la scarlatine, la diphthérie, le choléra, le typhus et la tuberculose. Mentionnons encore les résultats obtenus par les recherches bactériologiques au sujet des produits des bactéries. Quelques-uns possèdent des propriétés toxiques spéciales qui, peut-être ne sont pas sans influence sur les symptômes des maladies infectieuses, et occasionnent peut-être même les plus importants d'entre eux. D'un intérêt tout particulier sous ce rapport, sont les produits albumineux toxiques, les toxalbumines découverts tout récemment. On les trouve dans les cultures des bactéries du charbon, de la diphthérie ou du tétanos. On étudie également avec une grande activité la question de l'essence de l'immunité; cette question ne peut être résolue qu'à l'aide de la bactériologie. Il devient de plus en plus évident que l'opinion qui a prévalu pendant un certain temps, suivant laquelle il s'agissait purement de processus cellulaires, d'une espèce de combat entre les parasites pénétrant dans l'organisme et les phagocytes qui se chargent de sa défense, perd de plus en plus du terrain et qu'ici encore, il s'agit essentiellement de processus chimiques.

La bactériologie a fourni de nombreux renseignements sur la biologie des bactéries; et, en retour, les connaissances réalisées ainsi ont servi à la bactériologie. C'est ainsi que nous connaissons la résistance de certaines bactéries, de celles du charbon et du tétanos, par exemple, à l'état de spores; la résistance de ces spores aux hautes températures et aux agents chimiques est, de beaucoup, supérieure à celle des autres êtres vivants.

Les nombreuses recherches au sujet de l'influence de la chaleur, du froid, de la dessiccation des substances chimiques, de la lumière, etc., sur les bactéries pathogènes non sporulées, ont fourni des résultats nombreux et d'un grand intérêt pour la prophylaxie.

Parmi ces facteurs, le plus important paraît être la lumière ; depuis quelques années déjà, on savait que les rayons solaires directs tuaient assez facilement les bactéries. J'ai observé souvent ce fait pour les bacilles de la tuberculose ; selon qu'ils sont exposés au soleil en couches plus ou moins épaisses, ils meurent en quelques heures ou en quelques minutes. Chose remarquable, la lumière diffuse du jour exerce la même action, bien que d'une façon plus lente ; des cultures de bacilles de la tuberculose exposées près de la fenêtre sont mortes dans l'espace de cinq à sept jours.

Au point de vue de l'étiologie des maladies infectieuses, il importe de savoir que les bactéries ne peuvent se multiplier que dans l'humidité, en présence de l'eau ou d'autres liquides favorables, et qu'elles ne peuvent pas spontanément quitter les liquides pour s'élever dans l'air. Il s'ensuit que les bactéries pathogènes ne peuvent exister dans l'air que sous forme de poussière ; les bactéries qui peuvent vivre assez longtemps à l'état sec peuvent seules être transportées au loin par des courants d'air, mais jamais elles ne se multiplient dans l'air comme on le croyait autrefois.

Pour tous les points dont il vient d'être question, la bactériologie a parfaitement fourni les résultats qu'elle paraissait promettre à ses débuts ; souvent même, elle est allée plus loin. A d'autres égards, au contraire, elle n'a pas répondu aux espérances qu'elle avait permis de concevoir. C'est ainsi que, malgré les méthodes de coloration de plus en plus perfectionnées, malgré l'emploi de systèmes de lentilles avec des angles d'ouverture de plus en plus considérables, nous n'avons pu rien apprendre sur la structure intime des bactéries, qu'on n'eût déjà trouvé par les premières méthodes. Les méthodes de coloration les plus récentes paraissent donner pourtant des notions plus approfondies sur la structure de ces organismes ; on arrive à distinguer une partie centrale, qui représente probablement le noyau, et une couche périphérique de plasma ; on rend aussi parfaitement évidents des organes de locomotion, les flagella, qui paraissent provenir de l'épaisseur du plasma, ce qui n'avait jamais été fait jusqu'à ce jour.

En revanche, la bactériologie nous a complètement fait défaut sur certains points où l'on s'y attendait le moins : elle ne nous a rien appris sur un grand nombre de maladies qui, en raison de l'ensemble de leurs caractères infectieux, paraissaient offrir un champ d'études d'autant plus facile. Cela est vrai en première ligne pour tout le groupe des maladies infectieuses exanthématiques, telles que la rougeole, la scarlatine, la variole, le typhus exanthématique. Pour aucune d'elles, on n'a trouvé le moindre point de repère pouvant indiquer de quelle espèce était l'agent pathogène. L'inoculation, elle-même, qu'on a toujours à sa disposition et qu'on peut facilement expérimenter sur les animaux, n'a fourni aucun renseignement sur le véritable agent pathogène de ces maladies.

Il en est de même de la rage, de l'influenza, de la coqueluche, du trachome, de la fièvre jaune, de la peste bovine, de la péripneumonie infectieuse et de maintes autres maladies certainement infectieuses. Ce résultat négatif ne peut être expliqué que par l'insuffisance des méthodes de recherches dans ces derniers cas, bien qu'elles aient suffi pour d'autres états morbides.

Je crois volontiers qu'il s'agit, dans ces maladies, non pas de bactéries, mais d'agents pathogènes organisés, appartenant à un tout autre groupe de micro-organismes, d'autant plus qu'on a trouvé, dans ces derniers temps, dans le sang de plusieurs animaux et dans le sang d'individus affectés de malaria, des parasites spéciaux, appartenant à la dernière échelle du règne animal, aux protozoaires. On n'a encore, il est vrai, que signalé la présence de ces parasites si curieux et si importants ; il est probable que cette étude ne progressera que le jour où on sera arrivé à séparer ces protozoaires de l'organisme, à les cultiver comme des bactéries, dans des milieux de nutrition artificiels ou dans d'autres conditions aussi naturelles que possible ; à les étudier vivants et en voie d'évolution, etc. Si l'on arrive à résoudre ce problème, ce qui ne paraît pas douteux, on verra probablement évoluer, pour les recherches des protozoaires pathogènes et de micro-organismes du même genre, une science parallèle à l'étude bactériologique, qui complètera nos connaissances sur ces maladies infectieuses, surtout au point de vue de l'étiologie.

Les résultats des recherches bactériologiques, dans leur utilité pratique, ne sont pas aussi minimes qu'on pourrait le penser. Je rappelle seulement les services rendus par la désinfection, dont on ignorait auparavant complètement les règles ; on allait à l'aveugle. Souvent il en résultait des dépenses considérables pour aboutir à une désinfection infructueuse ; nous ne parlons pas du dommage causé par une mesure d'hygiène incomplète. Aujourd'hui, au contraire, nous possédons des moyens qui nous permettent de reconnaître avec certitude l'efficacité des procédés employés. Il reste encore beaucoup à faire ; néanmoins, nous pouvons prétendre posséder des moyens de désinfection efficaces, lorsqu'ils ont été soumis à un contrôle sévère. C'est encore, en pratique, aux méthodes bactériologiques que nous devons des procédés de filtration parfaite des eaux ; aucune autre science n'aurait pu fournir pareil résultat.

Les recherches bactériologiques nous ont appris les propriétés du sol comme filtre, et comme conséquence, l'importance de l'emploi des eaux souterraines comme eaux potables ; on a appris à agencer correctement les puits et les fontaines. Elles pourraient servir encore à contrôler le lait, surtout celui qui est destiné aux enfants ; de même pour d'autres aliments, pour les ustensiles qu'on soupçonne être infectés. L'examen de l'air dans les salles d'écoles, la découverte de bactéries pathogènes dans les aliments, dans le sol, etc., sont autant de faits d'un intérêt tout à fait pratique. On ne peut pas le contester. Entre autres résultats fournis par la bactériologie, je signalerai encore le diagnostic du choléra asiatique dans des cas disséminés et celui du début de la phthisie pulmonaire ; dans le premier cas, le diagnostic est très important pour la prophylaxie ; dans le second, pour l'établissement d'un traitement précoce.

Quant aux applications directes, c'est-à-dire thérapeutiques, on ne peut pas les mettre en parallèle encore avec ces résultats indirects. La thérapeutique bactériologique n'a encore à son actif, sous ce rapport, que les succès obtenus par les vaccinations de M. Pasteur et d'autres dans la

rage, le charbon, le charbon symptomatique et le rouget du cochon ; et encore, on pourrait objecter, contre la vaccination dans la rage, la seule qui trouve son application chez l'homme, que sa cause n'est pas encore connue, et très vraisemblablement n'est pas du tout de nature bactérienne, et que cette vaccination, par conséquent, n'a rien à faire avec la bactériologie. Cependant, cette découverte a été faite à l'aide de la bactériologie ; car, sans la découverte préalable de la vaccination contre les bactéries pathogènes, elle serait probablement encore à trouver.

J'ai la ferme conviction que la bactériologie aura un jour la plus haute importance thérapeutique. J'espère moins, il est vrai, pour les maladies à courte durée d'incubation et à évolution rapide. Dans ces cas, comme le choléra, par exemple, ce sera la prophylaxie qui jouera le principal rôle. Je pense plutôt aux affections à évolution lente ; celles-ci sont beaucoup plus justiciables de l'intervention thérapeutique. Existe-il une maladie qui, pour la raison précédente, autant que par son importance, dans le cadre des maladies infectieuses, doive être l'objet d'autant de recherches bactériologiques que la tuberculose ? A peine avais-je découvert les bacilles de la tuberculose que je me suis mis à la recherche des moyens thérapeutiques, recherches que j'ai continuées jusqu'aujourd'hui sans relâche.

Je ne suis pas le seul qui croie à l'existence de ce remède. Billroth s'est encore prononcé nettement dans ce sens, dans ses derniers écrits, et on sait que de nombreux expérimentateurs s'occupent de cette question. Il me paraît, toutefois, que la plupart de ces derniers n'ont pas suivi la bonne direction en commençant leurs expériences sur l'homme. Aussi, je pense que toutes les découvertes qu'on a cru avoir faites de cette façon, depuis le benzoate de soude jusqu'à la méthode à l'air chaud, n'ont été que pure illusion.

Ce n'est pas sur l'homme qu'il faut commencer à expérimenter, mais sur le parasite lui-même dans ses cultures pures. Même quand on aura trouvé l'agent capable d'arrêter le développement des bacilles de la tuberculose dans les cultures, il ne faudra pas encore expérimenter sur l'homme, mais sur les animaux. On verra ainsi si les observations faites sur les tubes à culture gardent leur valeur pour l'organisme vivant. Si cette épreuve réussit sur l'animal, on pourra passer à l'homme.

D'après cela, j'ai expérimenté un très grand nombre de substances au point de vue de leur influence sur les bacilles de la tuberculose dans les cultures pures et j'ai trouvé qu'il en existe un assez grand nombre qui déjà, à très petite dose, empêchent leur développement. C'est là, évidemment, tout ce qu'on peut demander à ce remède. Il n'est point nécessaire, comme beaucoup le croient encore à tort, de tuer le bacille dans l'organisme ; il suffit d'arrêter son développement, sa multiplication, pour le rendre inoffensif.

Parmi ces moyens agissant déjà à très petite dose, citons : un grand nombre d'huiles éthérées ; parmi les corps de la série aromatique : la naphtylamine β, la paratoluidine, la xylidine ; quelques-unes des couleurs de la houille : la fuschine, le violet de gentiane, le bleu de méthylène, le jaune de quinoléine, le jaune d'aniline, l'auramine. C'est parmi les métaux que nous avons trouvé les substances de beaucoup les plus actives : le mercure sous forme de vapeurs, les sels d'argent et d'or ; le cyanure d'or est le plus efficace ; en solution d'un à deux millionièmes, il arrête déjà le développement du bacille de la tuberculose.

Mais toutes ces substances restent complètement inefficaces, quand on les expérimente sur les animaux.

Malgré cet échec, j'ai continué mes recherches dans ce sens et enfin j'ai trouvé des substances qui arrêtent le développement des bacilles, non seulement dans les tubes à culture, mais encore dans l'organisme des animaux.

Toutes les expériences sur la tuberculose sont excessivement longues, comme tous ceux qui se sont occupés de cette question le savent fort bien ; aussi n'ai-je pas encore terminé mes recherches, quoique j'y travaille déjà depuis un an. Un résultat est acquis pourtant : le cochon d'Inde, animal excessivement sensible à la tuberculose, devient réfractaire, lorsqu'on le traite par une de ces substances, à l'inoculation du virus tuberculeux. Cette même substance arrête complètement le processus morbide, lorsqu'on l'injecte à un cobaye arrivé déjà à un degré avancé de tuberculose, et cela sans inconvénient aucun pour l'organisme.

Je ne voudrais pas tirer péremptoirement d'autres conclusions de ces recherches. Un fait est prouvé aujourd'hui : contrairement à ce qu'on a cru jusqu'à présent, des bactéries pathogènes peuvent être rendues inoffensives pour les organismes vivants, sans préjudice aucun pour ces derniers.

J'ajoute que, si les espérances qui découlent de ces essais viennent à se réaliser, si l'on arrive à se rendre maître dans l'une des maladies infectieuses, d'origine bactérienne, de l'ennemi microscopique qu'on n'a pu vaincre jusqu'à ce jour dans l'organisme de l'homme, bientôt, j'en suis certain, on atteindra le même résultat dans d'autres maladies. Il y a donc là un vaste champ de travail où pourra s'exercer l'émulation de toutes les nations. Donner dès maintenant l'impulsion première à des recherches nouvelles dans cette direction, c'est le seul et unique motif qui m'ait poussé à faire, contrairement à mon habitude, cette communication sur un travail encore inachevé.

SARCOMES DE L'UTÉRUS

Par M. Terrillon, chirurgien des hôpitaux de Paris.

M. Terrillon a réuni 14 observations qui se décomposent ainsi : 4 sarcomes de la muqueuse, 2 sarcomes gigantesques du fond de l'utérus, 3 sarcomes pédiculés, 4 sarcomes kystiques. Ces tumeurs, au point de vue histologique, se divisent en trois variétés : sarcomes de la muqueuse, sarcomes interstitiels, sarcomes kystiques.

Le sarcome de la muqueuse apparaît sous la forme bourgeonnante et sous la forme ulcéreuse. Dans les deux cas, on signale l'augmentation de la cavité utérine et l'indépendance du col.

Le sarcome interstitiel revêt également deux formes : le sarcome gigantesque avec énorme hypertrophie de l'utérus et le sarcome par places, souvent pédiculé. Le sarcome kystique est un kyste à parois épaisses et généralement rempli de liquide hématique.

Ces tumeurs apparaissent le plus souvent chez les malades âgées de trente à cinquante ans ; beaucoup de ces malades n'ont pas eu d'enfants. La marche de ces tumeurs est rapide et contraste avec la conservation de l'état général. La survie dépasse rarement deux ans. Les désordres graves qui entraînent la mort paraissent dus à des phénomènes de compression. La récidive après l'ablation est la règle. Elle est souvent rapide ; elle varie entre cinq mois et deux ans. Elle a lieu sur le moignon, parfois aussi dans un endroit éloigné. Chez une des malades de M. Terrillon, elle s'est faite dans le poumon. Le sarcome de l'utérus est donc une affection maligne à évolution rapide.

Le diagnostic peut être basé sur l'écoulement sanguin presque

continuel, l'augmentation de volume de l'utérus et de sa cavité. Chez une femme de cinquante-deux ans, M. Terrillon avait constaté une cavité utérine de 18 centimètres, et un utérus gros comme les deux poings. Cette malade n'a pas été opérée et elle est morte, cachectique, en cinq mois. Le diagnostic du sarcome interstitiel, au début, est assez difficile. C'est surtout la marche rapide qui permettra de le distinguer du fibrome.

Le seul traitement chirurgical applicable à ces tumeurs est l'ablation totale. Le mode d'intervention varie. On ne peut opérer par la voie vaginale que les sarcomes intra-utérins à leur début. Cette voie n'est indiquée que dans les cas où l'utérus est petit et mobile. Dans les autres cas, il faut recourir à la voie abdominale, à la ligature élastique et au pédicule intra-abdominal. L'opération est souvent rendue difficile par des adhérences avec l'intestin. Pour les sarcomes intra-utérins on peut recourir, avec avantages, au curetage et à la cautérisation au chlorure de zinc plusieurs fois répétés. Souvent, après cette intervention, la température s'élève à 40 degrés. Jamais pareil fait ne s'observe à la suite de la même intervention pour métrite. M. Terrillon pense qu'on pourrait en conclure à une auto-infection, à une septicémie particulières.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES ET HISTORIQUES

A PROPOS DE L'ÉPILEPSIE

Par M. le docteur E. Briand,
Professeur suppléant à l'École de médecine d'Angers.

Si l'on parcourt les livres de médecine, on est frappé souvent par l'insuffisance de la partie historique, quelquefois même par les erreurs qui se glissent d'auteur à auteur.

Aussi, au lieu de remonter aux véritables sources, combien acceptent de bonne foi les affirmations de leurs devanciers et concourent ainsi à égarer l'opinion publique !

Je crois utile de développer quelques considérations historiques et étiologiques à propos de l'épilepsie.

I

Depuis vingt ans, l'épilepsie, considérée au point de vue de son étiologie, a suscité de nombreux travaux ; on est loin, aujourd'hui, de l'époque où cette névrose était regardée comme essentielle !

Avec quelle prudence, avec quelle hésitation, il y a vingt-cinq ans, faisait-on entrer dans le mal caduc certaines épilepsies symptomatiques ! Il paraissait, alors, impossible de comprendre dans la séméiologie un état souvent héréditaire qui, chez les sujets atteints, laissait une marque indélébile.

Jusqu'en 1869, les causes de l'épilepsie étaient recherchées dans l'hérédité, dans certaines causes occasionnelles, comme la frayeur.

Le traumatisme était à peine indiqué. Valleix pouvait dire, en 1866, après Moreau (de Tours), que, sur 444 cas, 314 étaient dus à la frayeur, le reste à l'hérédité.

En 1867, Herpin (de Genève) niait les épilepsies traumatiques, et, rapportant un cas observé par M. Odier, où il s'agissait d'un ancien militaire qui avait reçu un coup de sabre sur la tête, disait :

« Il suffit de rapporter cette observation pour prouver péremptoirement la fausseté de la doctrine. »

Si quelques auteurs, à cette époque, notent chez les épileptiques une plaie quelconque, c'est, disent-ils, une simple coïncidence ou le résultat de la chute concomitante.

Broca guérit par la trépanation une épilepsie survenue à la suite d'un enfoncement du crâne. Mais cette observation resta isolée et l'épilepsie symptomatique (d'origine traumatique) ne fut décrite dans aucun auteur.

Qui, à cette époque, eût admis qu'une lésion du nerf sciatique pourrait amener chez un jeune homme de véritables convulsions, lesquelles, en se reproduisant plusieurs fois, transformeraient l'accident en habitude, puis en entité morbide ?

II

La physiologie était alors plus avancée que la clinique. M. Brown-Séquard avait déjà fait de multiples expériences sur des cobayes. Il découvrait que l'épilepsie est produite :

1° Par la section complète ou presque complète d'une moitié latérale de la moelle ;

2° Par la lésion transversale simultanée des cordons postérieurs et d'une partie des cordons latéraux ;

3° Par la section transversale, soit des deux cordons postérieurs, soit des deux cordons latéraux, soit enfin des cordons antérieurs seuls ;

4° Par une section transversale complète ;

5° Par une simple piqûre.

Bien plus, une simple lésion de la moelle, depuis la septième ou huitième vertèbre dorsale jusqu'à la deuxième ou troisième lombaire, produisait constamment l'épilepsie.

M. Brown-Séquard nous apprenait encore que, chez les cobayes, des lésions du membre postérieur, intéressant le sciatique, donnent lieu à de semblables accidents. La physiologie démontrait donc péremptoirement que le traumatisme agissait non pas seulement comme cause occasionnelle, mais réellement comme cause efficiente. La clinique, ainsi éclairée par la physiologie, devait bientôt faire surgir de nombreuses observations.

Pour ma part, le 23 septembre 1869, je publiai un mémoire dans la *Gazette des hôpitaux*, sur l'épilepsie traumatique périphérique.

Les observations de Billroth (1), Landes etc., sont donc postérieures aux miennes, ainsi que la plupart des auteurs, MM. Voisin, Garnier (*Dictionnaire*), le reconnaissent.

En 1871, dans ma thèse inaugurale, je traitai ce sujet nouveau, et mon président de thèse, le professeur Gubler, m'engagea à continuer cette étude qui, plus tard, pourrait amener d'utiles enseignements au point de vue thérapeutique.

Je présentai, en 1873, devant la Société de médecine d'Angers (2), un nouveau mémoire sur l'épilepsie traumatique périphérique.

Voici une de mes observations :

Le nommé R... (Jean), âgé de dix-neuf ans, marin, est entré le 18 juin 1872, salle de la Clinique, n° 1, à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Farge, directeur de l'Ecole de médecine.

Son père est marin, il se porte très bien, n'a jamais eu aucune maladie digne d'être notée. Il en est de même de sa mère.

C'est en vain que j'interroge R..., pour lui demander si ses parents ou quelques autres de ses ascendants ont eu quelques attaques nerveuses, soit d'épilepsie, d'hystérie, tremblement, soit de convulsions quelconques ; il m'affirme avec une grande netteté, avec intelligence, que ni lui, ni aucun des siens, n'a éprouvé la plus petite attaque de nerfs.

---

(1) Billroth. *Archives de Laugenbeck*, vol. XIII, 2e fasc., 1872.
(2) E. Briand, *Bulletins de la Société de médecine d'Angers*, 1873.

Il a un frère âgé de vingt-quatre ans, qui jouit de la meilleure santé.

Quant à lui, avant l'âge de neuf ans, il se rappelle avoir eu la rougeole et la coqueluche.

Il n'est ni alcoolique, ni syphilitique.

Au commencement de sa dixième année, il s'engage sur un navire marchand, navigue pendant deux ans le long des côtes de France; il est, comme on le comprend, pendant tout ce temps très exposé au froid.

A douze ans, il apprend l'état de charpentier.

A seize, il s'embarque de nouveau comme novice sur un navire marchand et recommence ses premiers voyages jusqu'à l'âge de dix-sept ans et demi.

Nous sommes en 1870, au commencement de la dernière guerre, il s'engage dans un bataillon de marine (5e bataillon de Brest), il combat à Marchenoir, il supporte alors toutes les rigueurs du froid le plus rigoureux, couche sur la neige. Il eut, pour la première fois, des douleurs rhumatismales.

Bientôt, il assiste à la bataille du Mans, où il est blessé par plusieurs éclats d'obus (9 janvier 1871). Ces blessures, dont il conserve encore de larges cicatrices, siègent des deux côtés, au niveau de la région fessière.

A gauche, on voit encore une cicatrice longue de 10 centimètres et large de 7 centimètres environ, un peu au-dessous et en arrière du grand trochanter, au niveau de la gouttière ischio-trochantérienne; une autre plus en arrière et un peu plus haut, un peu au-dessus de la tubérosité de l'ischion, environ moitié moins grande.

Les deux cicatrices représentent l'ouverture d'entrée et de sortie, le projectile ayant donné lieu à un véritable séton.

Du côté droit, on trouve également deux cicatrices : l'une située, comme celle du côté gauche, au niveau de la gouttière ischio-trochantérienne en arrière du grand trochanter, ayant intéressé nécessairement le nerf sciatique; l'autre cicatrice est située un peu au-dessous de l'articulation sacro-iliaque.

On a eu également une plaie en séton déterminée par le projectile. Ce qu'il y a surtout à remarquer, ce sont les plaies des gouttières ischio-trochantériennes donnant lieu aux cicatrices actuelles et ayant manifestement lésé les deux nerfs sciatiques.

On le transporta au Prytanée de la Flèche, de là à Basouges, chez M. de la Bouillerie. Les jambes sont complètement insensibles, elles étaient comme mortes, dit-il.

Au mois de mars, il est renvoyé vers son dépôt à Brest; là, il est soigné à l'infirmerie, toujours insensibilité des membres inférieurs.

Au bout de trois semaines, il entre à l'hôpital de Lorient, où il reste jusqu'au mois de septembre (bains sulfureux).

Il est envoyé le 2 septembre à Barèges; il est soumis au traitement par les douches (bains sulfureux), il commence à marcher un peu; la sensibilité revient, mais imparfaite.

Le 20 septembre, quelques minutes après l'administration d'une douche, il est pris subitement d'une véritable attaque d'épilepsie, qui ne laisse aucun doute dans l'esprit des médecins qui le soignent (perte de connaissance, convulsions, écume à la bouche).

On le dirige sur Tarbes, où il ne reste que quelques jours; il rentre à Lorient et reste à l'hôpital jusqu'au 20 décembre. Traitement : éther, sulfate de quinine. Il ne se rappelle que ces deux médicaments. Pendant ce temps-là et depuis son départ de Barèges, tantôt il a jusqu'à cinq attaques par jour (mois d'octobre); tantôt, il a une attaque tous les jours ou tous les deux jours (mois de novembre), puis les attaques deviennent plus rares (mois de décembre).

Il reçoit alors son congé et une pension; il se retire à Angers, chez M. I..., chez qui il vit pendant deux mois.

Aucune attaque pendant ce temps, il entre chez M. D..., cordier, où il travaille. Il a deux attaques, l'une au mois de mai, l'autre le 11 juin. Il entre le 18 à l'hôpital d'Angers, pour une congestion pulmonaire, suite de froid et étrangère à sa maladie.

Il serait inopportun de rappeler les considérations particulières dont je faisais accompagner cette observation; qu'il me suffise de dire que, dans ce mémoire comme en 1871, je concluais : « Le traumatisme périphérique peut, chez certains sujets et dans certaines conditions, donner lieu à l'épilepsie. »

Au point de vue historique, le rapporteur de mon mémoire (professeur Meleux), après avoir rappelé mes observations de 1869, 1870 et 1871, disait :

« L'épilepsie traumatique à origine périphérique existe donc bien réellement comme espèce distincte et l'honneur d'avoir établi cette espèce nosologique appartient bien légitimement à notre cher collègue. »

III

Après avoir lu les derniers travaux sur l'épilepsie parus dans ces dernières années, je suis convaincu que quelques auteurs, revenant aux idées anciennes, cherchent non seulement à diminuer, mais encore à contester l'influence du traumatisme, et, en particulier, du traumatisme périphérique dans le développement de l'épilepsie.

Ainsi M. Ballet (1), tout en faisant bon marché de la prétendue épilepsie idiopathique, semble admettre difficilement l'action du traumatisme périphérique.

« Celle-ci, dit-il, n'est pas l'agent déterminant du mal comitial. Elle joue simplement le rôle de cause occasionnelle, elle ne saurait aboutir à la crise convulsive, si l'individu n'est déjà en puissance d'épilepsie... »

Cette condamnation de ce que je croyais désormais établi, et par les expériences de M. Brown-Séquard, et par mes propres observations, me semble erronée.

Les observations que j'ai publiées jusqu'à ce jour sont toutes démonstratives. Sans doute, on rencontre souvent des cas dans lesquels le traumatisme paraît agir comme cause purement occasionnelle. Mais ces faits ne prouvent rien contre ce que j'ai établi, à savoir : « Le traumatisme peut être une cause efficiente d'épilepsie. »

J'ajouterai que l'épilepsie transitoire au début peut persister parce que le cerveau s'est, pour ainsi dire, habitué à être épileptique. Il a acquis une hyperexcitabilité considérable et les attaques ont déterminé des lésions secondaires et incurables (2).

Il ne suffit pas, en effet, de dire : « Certes, il n'est pas rare de voir des accidents convulsifs provoqués par une cause périphérique quelconque : traumatisme d'un tronc nerveux, affections de l'oreille et du nez, etc. Mais lorsqu'on serre de près les observations, on se convainc que ces causes spéciales ne créent pas les accidents épileptiformes, elles en provoquent simplement l'éclosion. »

Voit-on, par exemple, les cobayes de M. Brown-Séquard, nés en état d'épilepsie et n'attendant que la main du célèbre physiologiste, pour produire, au grand jour, leur incontestable maladie ?

Donc, il me semble bien établi, aujourd'hui, au point de vue épileptique, que, quelle que soit la cause de la maladie, si les convulsions ont été nombreuses, si cette cause a duré longtemps, celle-ci peut disparaître et l'épilepsie persister.

(1) G. Ballet. De l'épilepsie envisagée au point de vue de sa nature et de son traitement, *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 781.

(2) Enon, Thèse, 1890.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir conclure :

1° Les épilepsies traumatiques, et particulièrement les épilepsies traumatiques périphériques, existent bien réellement;

2° Dans ce cas, l'intervention thérapeutique ou chirurgicale doit être précoce, sous peine de transformer l'accident en habitude, puis en entité morbide.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 novembre 1890. — Présidence de M. Terrier

COMMUNICATIONS

Arthrectomie et résection du genou dans le traitement des tuberculoses articulaires. — M. RICHELOT fait une communication sur les avantages de l'arthrectomie, pour combattre certaines tuberculoses articulaires. Il entend par arthrectomie une opération ayant pour but de détruire toutes les parties malades de l'articulation, sauf les os. Il faut donc que ceux-ci soient sains; sinon il ne faut plus hésiter à recourir de préférence à la résection. Mais il est souvent fort difficile de savoir d'avance si les os sont sains ou malades. Or, l'opération, telle que la comprend M. Richelot, permet de s'en assurer et d'agir en conséquence. Voici, d'ailleurs, les différents temps de cette opération, telle que la pratique M. Richelot :

Il commence par sectionner la rotule, puis pratique la dislocation pour pouvoir faire la section des ligaments. Il examine alors les os et, suivant leur état, se décide pour l'arthrectomie ou pour la résection. Si les os sont sains, il prend parti pour l'arthrectomie et s'applique alors à détruire tous les culs-de-sac et tous les tissus articulaires. Il va ainsi à la poursuite de toutes les fongosités et lorsqu'il a bien sûrement détruit toutes les parties malades, il pratique la reconstitution de la jointure après avoir soigneusement désinfecté toute la région. Il fait la suture de la rotule avec de gros fils de catgut et de nombreux fils périphériques; cette suture faite, l'articulation est reconstituée.

M. Richelot communique six observations dans lesquelles il a eu recours à cette opération.

Toutes ces observations n'ont pas la même valeur au point de vue du jugement à porter sur le résultat. En effet, dans un de ces cas, il a pratiqué l'opération pour remédier à une laxité articulaire. Un autre de ses malades est mort, quatre mois après l'opération, de tuberculose pulmonaire; mais le résultat immédiat et local de l'opération ne laissait rien à désirer. Dans les quatre autres cas, le résultat est parfait jusqu'ici. Trois de ces cas paraissent assez démonstratifs, en ce sens que l'opération date déjà de plusieurs mois et, chez l'un d'eux même, de deux ans et demi.

M. Richelot se croit en droit de conclure de ces faits que, chaque fois que les os sont sains, il est préférable de recourir à l'arthrectomie plutôt qu'à la résection. Elle lui paraît plus avantageuse comme suites et comme résultats définitifs. Il termine donc son travail par les propositions suivantes :

1° L'arthrectomie, c'est-à-dire la résection de toutes les parties molles, en conservant les os sains, convient parfaitement à un grand nombre de tumeurs blanches;

2° Si on la compare à la résection, on voit qu'elle donne d'aussi bons résultats, avec moins de sacrifice, avec des suites plus simples et sans nécessiter de traitement particulier consécutif, la guérison se faisant toute seule;

3° L'arthrectomie mérite donc la préférence dans les cas où les os ne sont pas malades;

4° Elle est surtout avantageuse pour les enfants.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE trouve le plaidoyer de M. Richelot en faveur de l'arthrectomie et ses critiques de la résection un peu exagérées. En principe, l'arthrectomie se présente avec ces avantages que, dans cette opération, on n'enlève que ce qu'il est indispensable d'enlever. Or, en matière de traitement chirurgical d'affections tuberculeuses, il est de la plus haute importance de dépasser de beaucoup les limites de la maladie. M. Lucas-Championnière n'entend pas condamner absolument l'arthrectomie; il l'a pratiquée lui-même avec un certain succès; mais, contrairement à ce qu'a dit M. Richelot, il trouve que les suites de cette opération sont beaucoup plus compliquées que celles de la résection. En outre, il n'a pas une très grande confiance dans l'arthrectomie, qui n'est, pour lui, qu'une résection incomplète. Dans bien des cas, il lui paraît avantageux de conserver les ligaments latéraux et d'assurer ainsi une certaine mobilité de l'articulation.

M. Richelot, d'après les faits qu'il a cités, semble admettre que la tuberculose osseuse, compliquant les synovites fongueuses, n'est pas aussi fréquente qu'on veut bien le dire. Ce n'est pas l'avis de M. Lucas-Championnière qui, d'après ce qu'il a vu, admet au contraire que, d'une manière générale, on trouve beaucoup plus de lésions osseuses qu'on ne croit au début. Pour peu qu'on examine attentivement les os, on y trouve des altérations douteuses qui, si on les laisse, exposent aux récidives. Pour M. Lucas-Championnière, la tuberculose osseuse est la règle, et la tuberculose limitée à la synoviale, une exception.

Il n'admet pas non plus que la recherche de l'ankylose soit l'idéal et il pense qu'on doit chercher à obtenir un résultat plus satisfaisant.

Après l'arthrectomie, le membre doit être immobilisé; tandis qu'après la résection, M. Lucas-Championnière n'y touche pas. Il y a aussi une grande différence dans la marche. M. Lucas-Championnière n'admet pas que l'on recherche un certain degré de flexion. Un membre, même légèrement fléchi, est, pour lui, un membre détestable. Le traitement post-opératoire, consécutif à la résection, ne dure pas plus de cinq mois, et les malades marchent après deux mois. A ce point de vue, on n'a pas de meilleurs résultats avec l'arthrectomie. Enfin, dans cette opération, on s'expose à laisser des foyers tuberculeux et on expose conséquemment les malades à des récidives. La résection est beaucoup plus sûre dans ses résultats définitifs. En somme, l'arthrectomie peut être indiquée dans certains cas, mais elle est inférieure à la résection, et comme suites opératoires, et comme résultats définitifs.

M. VERNEUIL fait observer que l'opération proposée par M. Richelot est plutôt une synovectomie qu'une arthrectomie, à proprement parler. Il rappelle que Letiévant, Ollier et d'autres encore, avaient proposé l'extirpation de la synoviale, mais une extirpation partielle, incomplète; c'était donc là une mauvaise opération, dans laquelle on laissait forcément des tissus malades. Dans le choix de l'opération, il faut tenir grand compte de l'âge des malades et établir ici une grande différence entre les enfants et les adultes.

M. Verneuil rappelle s'être souvent élevé contre cette opinion que les arthropathies sont toujours accompagnées d'ostéites. C'est là une erreur, en particulier pour ce qui concerne la coxalgie. Il ajoute même que la guérison est la règle dans les synovites fongueuses sans ostéites et traitées dès le début par l'immobilisation et les révulsifs. Bien plus, l'existence de lésions osseuses n'implique pas l'incurabilité même pour les coxalgies. M. Verneuil n'en veut pour preuve que les résultats obtenus par la chirurgie conservatrice.

Pour ce qui est du diagnostic précoce de ces lésions osseuses, M. Verneuil ne pense pas qu'il soit aussi difficile qu'on le dit. La douleur à la pression au niveau des points malades, la difficulté de certains mouvements d'extension ou de flexion permettent encore assez aisément de se rendre compte de l'existence de ces lésions osseuses; même quand elles existent, il ne faut pas désespérer de la guérison. Dans le mal de Pott, par exemple, où les lésions osseuses sont bien manifestes, on sait que la guérison est fréquente.

M. Verneuil reconnaît que l'opération pratiquée par M. Richelot, opération consistant à ouvrir l'articulation, à enlever tous

les points suspects, à examiner les os et à les respecter, s'ils paraissent sains, est une opération qui peut être recommandée. C'est là une tentative d'éclectisme, de sélection opératoire qui mérite l'attention des chirurgiens.

M. QUÉNU dit qu'en pareils cas, il importe surtout de reconnaître s'il existe ou non des lésions osseuses. M. Verneuil dit que l'examen clinique permet, le plus souvent, de le reconnaître. Ce n'est pas l'avis de M. Quénu, qui a examiné de nombreuses pièces anatomiques et qui a acquis cette conviction qu'il n'est pas possible de faire le diagnostic précis des lésions osseuses avant l'ouverture de l'articulation. Il a pratiqué 11 résections du genou et dans 3 cas il a fait l'arthrectomie. Dans 2 cas, la surface cartilagineuse paraissait saine; dans 1 cas, il a gratté le tibia et y a trouvé des noyaux caséeux que rien n'avait pu faire prévoir. Il a parfois trouvé des articulations saines avec des noyaux caséeux dans les épiphyses. Il y a donc des foyers tuberculeux indépendants de la synoviale. Sur quoi peut-on se baser pour découvrir ces foyers? Il faut y regarder. M. Verneuil ajoute que ces lésions peuvent guérir sans opération; cela est vrai. Mais du moment où l'on ouvre l'articulation, n'est-il pas plus sage de faire une besogne complète?

Sur les 11 malades auxquels il a pratiqué la résection, M. Quénu a eu 10 succès. Chez l'un d'eux, il a dû consécutivement pratiquer l'amputation de la cuisse. En somme, M. Quénu se rallie complètement à l'opinion émise par M. Lucas-Championnière et pense, comme lui, que la résection est préférable à l'arthrectomie.

M. BERGER a pratiqué vingt-cinq résections. Il a souvent cherché à faire l'arthrectomie et n'en a jamais trouvé l'indication, ayant toujours constaté des lésions osseuses nécessitant la résection. Il admet, cependant, qu'il y a des cas où la synoviale seule est prise; mais presque toujours il existe des lésions centrales osseuses qui passent inaperçues, c'est ainsi qu'il a sectionné des os qu'il croyait sains et dans lesquels il a trouvé des tubercules centraux. Cela lui est arrivé, en particulier, dans un cas de résection orthopédique pour tumeur blanche guérie par ankylose angulaire. Du moment qu'on opère, il y a tout intérêt à opérer largement.

Tout ce que l'on peut obtenir, au dehors de la résection, on l'obtient par le traitement conservateur. Si on se décide à une intervention, il vaut mieux faire la résection. Les lésions que l'on ne peut guérir par les moyens ordinaires sont susceptibles de la résection, opération simple dans ses suites et efficace dans ses résultats. Sur les vingt-cinq résections qu'il a faites, M. Berger n'a eu qu'un seul cas où il ait dû ultérieurement recourir à l'amputation. Un autre malade est mort consécutivement de tuberculose pulmonaire. L'ankylose est une condition de la guérison. Quand on ne l'obtient pas, on a des récidives. Toutefois, M. Berger appliquerait volontiers l'arthrectomie pour les jeunes sujets, chez lesquels il faut faire quelque chose de plus que le traitement médical.

RAPPORT

Corps étranger de l'annulaire. — **M. NIMIER** fait un rapport sur une observation adressée par M. Kummer, dans laquelle il s'agit d'une aiguille ayant séjourné trois ans dans les parties molles de l'annulaire gauche et y étant devenu le point de départ d'un kyste épithélial, ainsi que l'a démontré l'examen histologique pratiqué par M. Christiani.

LECTURE

Sarcomes de l'utérus. — **M. TERRILLON** achève la lecture du travail qu'il a commencé dans la dernière séance sur les sarcomes de l'utérus. Voici le résumé de ce travail. (Voir plus haut, p. 1269.)

PRÉSENTATION DE MALADE

Scapulo-tuberculose, ablation; guérison. — **M. GÉRARD MARCHANT** présente une jeune fille de dix-sept ans et demi, qu'il a opérée d'une scapulo-tuberculose gauche. Il a enlevé la tête humérale, une partie de la cavité glénoïde et 4 centimètres d'humérus. Il a drainé et obtenu une réunion primitive. Les mouvements que peut faire la malade sont assez étendus et lui permettent de satisfaire à tous ses besoins personnels.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

1. M. Henault. Le bain froid contre la pneumonie. — 2. M. Daragnez. Essai sur la pathogénie de l'ictère émotif. — 3. M. Schoofs. Contribution à l'étude de la propagation de la fièvre typhoïde par les eaux potables. — 4. M. Mottin. Simulation et dissimulation des maladies dans la marine. — 5. M. Mirinescu. De la polyadénite périphérique chez les enfants tuberculeux (étude clinique, histologique et expérimentale). — 6. M. Herrmann. Sténoses de l'œsophage d'orine syphilitique. — 7. M. Elmassian. Contribution à l'étude de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. — 8. M. Garnier. Étude sur les kystes poplités. — 9. M. Flament. De l'amputation des doigts dans la continuité des métacarpiens. — 10. M. Neveu-Derotrie. De l'hystérie consécutive à l'intoxication par la morphine. — 11. M. Bourcart. Des bains de mer en hiver dans le traitement de la scrofule. — 12. M. Guérin (Gustave). Des bains froids dans la scarlatine et la rougeole malignes. — 13. M. Laborie. Du rôle de la lymphangite dans les affections des organes génitaux chez la femme et de son traitement par le drainage et l'antisepsie utérine. — 14. M. Vigouroux (Abel). Rôle de la vessie pendant l'accouchement et la délivrance. — 15. M. Rocher. De l'emploi du sublimé et de la péritomie dans l'ophthalmie granuleuse. — 16. M. Mandroux. Coryza caséeux. — 17. M. Vaucaire. Étude sur Nabicot et sur l'anatomie et la chirurgie de son époque. — 18. M. Palhier. Contribution à l'étude anatomo-pathologique du cœur dans la phthisie chronique. — 19. M. Simonot. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des pseudarthroses et des cals vicieux du fémur. — 20. M. Surel. Contribution à l'étude de la réunion immédiate dans le traitement de la fistule anale. — 21. M. Thiebault. Contribution à l'étude des myxomes du larynx.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 novembre 1890, sont nommés dans le corps de santé des colonies, avec leur ancien grade et pour prendre rang à la date de leur brevet :

Au grade de médecin de première classe. — M. Gentilhomme, médecin de première classe de la marine.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Delay, Michoud et Buysson, médecins de deuxième classe de la marine.

M. Bourgogne, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, est promu au grade de médecin de deuxième classe, dans le corps de santé des colonies, pour compter du 1[er] décembre 1890.

— Par décret, en date du 25 novembre 1890, M. le docteur Capiron, ancien aide-médecin auxiliaire de la marine, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— M. le docteur R. Pichevin vient d'être nommé moniteur de gynécologie à la clinique chirurgicale de Necker (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le personnel des travaux pratiques d'histoire naturelle, pour l'année scolaire 1890-1891, est composé comme suit :

MM. Faguet, chef des travaux; Artaud, Meurisse, Gastinel, préparateurs.

Le personnel auxiliaire de la Faculté (laboratoire de recherches

et d'enseignement, laboratoires de cliniques, préparateurs de cours et conférences) est composé ainsi qu'il suit, pour l'année scolaire 1890-1891 :

I. *Laboratoires de recherches et d'enseignement.* — Anatomie pathologique : MM. Chantemesse, agrégé, chef; Toupet, préparateur.

Botanique : M. Heim, préparateur (délégué dans les fonctions).

Physiologie : MM. Langlois, chef; Héricourt, chef adjoint.

Thérapeutique et matière médicale : MM. Gilbert, agrégé, chef; Winter, préparateur.

Pathologie et thérapeutique générales : MM. Charrin, chef; Roger, préparateur.

Médecine légale : MM. Descoust, chef des travaux; Ogier, chef du laboratoire de chimie; Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Histologie : M. Retterer, préparateur.

Chimie : MM. Fauconnier, agrégé, chef des travaux de chimie biologique ; Glaize, préparateur adjoint.

Pathologie expérimentale et comparée : MM. Wurtz, chef; Sanchez Toledo et Mosny, moniteurs.

Hygiène : MM. Netter, chef; Martin, préparateur.

Pharmacologie : MM. Villejean, agrégé, chef; Héret, préparateur.

II. *Laboratoires de cliniques.* — Clinique médicale (Charité) : MM. Vaquez, chef des travaux de physiologie pathologique; Drouin, chef des travaux chimiques; Suchard, chef des travaux d'anatomie pathologique.

Clinique chirurgicale (Charité) : MM. Cazin, chef (en remplacement de M. Latteux, dont le temps d'exercice est expiré; M. Dubar, aide.

Cliniques (Hôtel-Dieu) : MM. Gley, chef; Cherbuliez, chef adjoint (en remplacement de M. Hardy, décédé); Lapicque et Beretta, aides.

Clinique médicale (Pitié) : MM. Lesage, chef des travaux chimiques; Belin, chef des travaux anatomiques (en remplacement de M. Ménétrier, appelé à d'autres fonctions).

Clinique chirurgicale (Pitié) : M. Caussade, chef.

Clinique médicale (Necker) : M. Carron de la Carrière, chef des travaux chimiques.

Clinique chirurgicale (Necker) : M. Fabre-Dommergue, doceur ès sciences, chef (en remplacement de M. de Gennes, démissionnaire).

Clinique des maladies du système nerveux : MM. Richer, chef; Blocq, préparateur.

Clinique d'accouchements (Clinique de la Faculté) : MM Galippe, chef; Vignal, aide.

Clinique des maladies mentales : MM. Klippel, chef; Lefèvre, aide.

Clinique des malades cutanées et syphilitiques : MM. Darier, chef (délégué dans les fonctions); Cathelineau, chef adjoint.

Clinique ophthalmologique : M. Rochon-Duvigneaud, chef adjoint (chargé des fonctions).

Clinique des maladies des enfants : MM. Ledoux-Lebard, chef; Chautard, préparateur de chimie; Auclair et Veillon, moniteurs.

Clinique d'accouchements (Baudelocque) : M. Lepage, chef.

III. *Préparateurs de cours et conférences.* — MM. Pignot, histoire de la médecine; Crouzat, cours d'accouchements; Crouzat, conférences d'obstétrique; Coudray, pathologie externe (chargé des fonctions); Poulalion, pathologie interne (en remplacement de M. Martha, démissionnaire); Remond, pathologie interne (emploi nouveau); Mussat, botanique; Martin, hygiène (chargé des fonctions); Bordas, médecine légale (en remplacement de M. Loye, décédé); Broca, physique; Hallopeau, chimie.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Barrois, agrégé, est nommé chef des travaux d'histoire naturelle à ladite Faculté, en remplacement de M. Delplanque, démissionnaire.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Ozout (Lucien) est nommé secrétaire de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de ladite ville, en remplacement de M. Boulfroy, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Prieur, licencié ès sciences, est délégué dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle, pendant la durée du congé accordé à M. Magon.

— *École de médecine de Dijon.* — Un congé est accordé, sur sa demande, et pour raisons de santé, à M. Fleurot, professeur de pathologie externe.

M. Broussolle, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie externe, pendant la durée du congé accordé à M. Fleurot.

— *École de médecine de Reims.* — M. Diot (Marie-Émile-René), agrégé des sciences physiques, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Delacour, professeur de clinique médicale, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite École.

— *Muséum.* — M. le professeur Emile Blanchard commencera le cours de zoologie (animaux articulés) le mercredi 3 décembre 1890, à une heure, dans la nouvelle galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Le professeur traitera de l'organisation, des mœurs, et surtout des métamorphoses et de la classification des insectes, des arachnides et des crustacés. Au début, il consacrera quelques séances à faire ressortir par quels efforts s'est constituée la science. Dans la dernière partie du cours, il présentera des considérations touchant les applications de l'histoire naturelle à l'économie rurale. — Entrée par la grande porte de la nouvelle galerie, voisine de la galerie de minéralogie.

— M. le professeur Léon Vaillant ouvrira le cours de zoologie (reptiles, batraciens et poissons), le jeudi 4 décembre 1890, à une heure, dans l'amphithéâtre du rez-de-chaussée des galeries de zoologie, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Le professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des reptiles de l'époque actuelle et fossiles. Il étudiera plus particulièrement les chéloniens (tortues, émydes, etc.), en insistant sur la répartition géographique des espèces, leur utilité dans l'économie domestique, dans l'industrie, etc. Le cours sera complété par des conférences pratiques au laboratoire et à la ménagerie.

— M. le professeur Van Thiegem commencera le cours de botanique (organographie et physiologie végétale), le samedi 6 décembre 1890, à huit heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Après avoir retracé les grands traits de la physiologie générale des plantes, le professeur étudiera quelques points particuliers de physiologie végétale, tels que : physiologie des organes à l'état de vie ralentie; physiologie de la germination; physiologie des plantes sans chlorophylle, des plantes ferments, des plantes parasites, des plantes qui vivent en symbiose, des plantes qui végètent dans l'huile; physiologie des plantes souterraines, submergées, rampantes, grimpantes, volubiles, épidendres; physiologie des plantes dites carnivores, des plantes à fourmis, etc.

Les leçons du jeudi seront des leçons pratiques et auront lieu au laboratoire de botanique, rue de Buffon, n° 61.

— *Collège de France.* — M. le professeur Fouqué commencera le cours d'histoire naturelle des corps inorganiques, le lundi 1er décembre 1890, à neuf heures, dans la salle n° 4, et le continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure. — Il commentera la « British Petrography » de Harris Teall.

— M. le professeur Berthelot commencera le cours de chimie organique, le lundi 1er décembre 1890, à dix heures et demie, dans la salle n° 1, et le continuera les vendredis et lundis sui-

vants, à la même heure. — Il traitera des gaz, théorie et analyse.

— M. le professeur Mascart commencera le cours de physique générale et expérimentale le mardi 2 décembre 1890, à dix heures et demie, dans la salle n° 9, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera de l'optique.

— M. le professeur Schützenberger commencera le cours de chimie minérale, le mercredi 3 décembre 1890, à une heure et demie, dans la salle n° 1 et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure. — Il traitera de l'analyse chimique et de diverses questions de chimie générale.

— M. le professeur Ranvier commencera le cours d'anatomie générale, le mardi 2 décembre 1890, à quatre heures, dans la salle n° 2, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure. — Il traitera des membranes séreuses, du tissu conjonctif diffus et des ganglions lymphatiques.

— M. d'Arsonval, suppléant M. le professeur Brown-Séquard, commencera le cours de médecine, le mercredi 3 décembre 1890, à quatre heures et demie, dans la salle n° 6, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. — Il traitera des applications physiologiques et médicales de l'électricité.

— M. François-Franck, suppléant M. le professeur Marey, commencera le cours d'histoire naturelle des corps organisés, le mercredi 3 décembre 1890, à trois heures et demie, dans la salle n° 7, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Étude critique et expérimentale des actions d'arrêt et d'excitation dans l'appareil circulatoire, à l'état normal et à l'état pathologique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 1er décembre 1890.

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR LE PROCÉDÉ DE KOCH

Les observations se multiplient sans apporter aux débats d'éléments nouveaux. Elles paraissent copiées les unes sur les autres. Elles démontrent la réalité des phénomènes de réaction annoncés par Koch dans son premier travail. Les expériences nouvelles, faites à l'aide de son liquide par ses premiers collaborateurs, ou par d'autres médecins, à Vienne, à Paris, confirment l'exactitude de sa description.

Nous avons analysé, il y a huit jours, ces phénomènes de réaction locale et générale ; nous nous contenterons donc de rappeler sommairement en quoi ils consistent, d'autant plus qu'on en trouvera plus loin une description nouvelle, d'après les faits observés à l'hôpital Saint-Louis.

La réaction générale est caractérisée par une fièvre intense, du malaise général, de la céphalalgie, de la courbature, quelquefois des vomissements, assez souvent de l'oppression, plus rarement de l'ictère, de l'albuminurie ou des éruptions érythémato-papuleuses. La fièvre commence au bout de quelques heures pour s'atténuer, en général, dans les vingt-quatre heures.

La gravité véritable de ces manifestations de réaction générale, dans certains cas, invite à être plus prudent encore dans les doses injectées, surtout dans les doses initiales. En effet, on a vu des malades tomber dans un état de somnolence comateuse qui persistait pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. D'autre part, M. le docteur Rémond signale, chez certains inoculés de Berlin, une tendance à l'affaiblissement du cœur, au collapsus cardiaque que l'on combat par l'administration de stimulants diffusibles. Il est évident qu'il faut agir avec la plus grande prudence : *primum non nocere*.

A côté de ces réactions générales excessives, les réactions insuffisantes : certains malades, manifestement tuberculeux, n'ont pas présenté la réaction générale que l'on attendait. Y a-t-il des tempéraments rebelles à l'action de la lymphe? Cela ne serait nullement de nature à étonner les médecins. Ces malades n'auraient-ils pas réagi avec une dose plus forte ? Cela semble démontrer qu'il faut tâter chaque malade en particulier, et chercher, par des injections progressivement croissantes, la dose qui lui convient, qui est capable d'éveiller chez lui la réaction. Il serait peu scientifique de faire d'emblée de ces cas négatifs, du reste peu nombreux, une objection de principe. Avec la même dose, certains malades réagissent, d'autres pas, c'est là le seul point qu'il faille retenir. La chose a été bien démontrée à Paris même, par les premières injections faites samedi dernier par M. le professeur Cornil dans son service, à l'hôpital Laënnec.

La *réaction locale* se constate avec les caractères annoncés par Koch. Elle est surtout manifeste autour des lésions lupiques. Un des malades de Saint-Louis, inoculé par M. Péan, dans le service de M. Hallopeau, en est un bon exemple. Cette réaction était manifeste également chez un des malades de M. Cornil qui, cependant, n'avait injecté que 2 milligrammes de lymphe. Autour des foyers de lupus, nous avons pu voir, vingt-quatre heures après l'injection, une zone rouge violacé, semblable à ces zones érysipélateuses, que l'on voit assez souvent naître autour des ulcérations scrofulo-tuberculeuses de la face.

La tuméfaction se produit avec une intensité plus ou moins grande au niveau des ganglions tuberculeux, autour des jointures atteintes d'arthrite tuberculeuse; elle s'accompagne de rougeur, de douleur plus ou moins vive. En même temps, il y a des manifestations plus ou moins accentuées de réaction générale. Tout cela tombe en deux ou trois jours, pour se reproduire, avec une intensité décroissante, aux injections ultérieures. Il n'y a là rien que nous n'ayons signalé déjà ; nous ne voulons pas y insister de nouveau. Ce qu'on a vu à Berlin, on le constate successivement à Vienne, à Paris, partout où il arrive de la lymphe.

Signalons l'emploi de la lymphe dans la tuberculose du larynx. Ici, grâce au laryngoscope, on peut observer les phénomènes de réaction à ciel ouvert, comme dans le lupus de la peau. D'après Hertel et le professeur Gerhardt (1), on voit se produire de la tuméfaction et de la rougeur des tissus malades. Au bout de vingt-quatre heures, dit Hertel, il se fait une croûte d'un blanc grisâtre. Cette croûte se désagrège et, en tombant, laisse à nu une ulcé-

(1) *Deuts. Med. Wochens.*, 27 novembre 1890.

ration en forme d'entonnoir. Les bords, à leur tour, se décolorent et prennent une teinte grisâtre, l'ulcération devient plane. Il semble que les tissus malades aient disparu. On constate, en même temps, la sécrétion d'un liquide muqueux dans la bouche, le pharynx, la trachée.

En somme, on constate encore la réaction spécifique, si curieuse, annoncée par Koch.

Il paraît certain, dès maintenant, que l'on possède un merveilleux réactif des lésions tuberculeuses. Peut-être est-il difficile de mesurer à coup sûr, par la réaction générale, l'intensité des lésions internes, surtout des lésions pulmonaires. On peut, en tout cas, délimiter nettement l'étendue des lésions extérieures, susceptibles d'être directement examinées et explorées. Le chirurgien pourra savoir quelle est l'étendue exacte des lésions, et, l'opération faite, se rendre compte s'il reste ou ne reste pas de tissu malade. La réalité de la guérison pourra ainsi être contrôlée. Deux cas de M. Péan sont à ce point de vue très démonstratifs.

La lymphe de Koch pourra-t-elle, par elle seule, amener la guérison définitive de foyers tuberculeux, externes ou internes ? La chose n'est point démontrée encore. Le lupus, la tuberculose laryngée paraissent favorablement influencés. Il en est de même des arthrites tuberculeuses ; mais on signale des cas de récidive du lupus.

En somme, on ne sait pas grand'chose encore sur l'action curative du remède de Koch. Il manque pour cela un élément que rien ne peut remplacer : le temps.

Il faudra des mois, sinon des années, pour savoir ce que peut donner en thérapeutique la découverte de Koch, surtout pour la tuberculose pulmonaire.

Il est certain que l'on ne peut pas espérer guérir des lésions pulmonaires trop avancées. Il est évident que si le bacille n'est pas atteint dans sa vitalité, il restera dans les tissus une perpétuelle source de nouvelle inoculation. Est-il impossible cependant de guérir la tuberculose en l'attaquant tout à fait au début? L'expérience seule peut résoudre la question.

Le remède devra être manié avec prudence, il devra être dosé d'après des règles que l'expérience encore pourra seule apprendre. Les doses devront être fixées d'après les indications fournies par chaque cas pris en particulier on devra graduer de même le nombre des injections. La tuméfaction marquée des tissus malades peut être un danger Un enfant tuberculeux a succombé après une injection. A l'autopsie on a trouvé un degré marqué d'œdème des méninges.

Dans la tuberculose miliaire, n'y aurait-il pas à redouter une sorte d'œdème aigu du poumon et des phénomènes d'asphyxie? Le collapsus cardiaque est à craindre aussi dans certains cas.

En résumé, on n'en est qu'à la période d'expérimentation, il ne faut pas l'oublier. A l'heure actuelle, on ne *traite* pas la tuberculose par la lymphe de Koch, on *expérimente* cette lymphe sur les tuberculeux. Ce n'est pas la même chose.

Quoi qu'il arrive, jamais aucune médication n'a *secoué* de cette façon les tissus atteints par la tuberculose. Il y a là quelque chose d'inédit, de nouveau.

En trouvant ce réactif étonnant de la tuberculose, ou plus justement des lésions tuberculeuses, Koch a fait une grande découverte. Si ce réactif peut être par lui-même un remède curateur, il a fait une découverte immense.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Traitement des tuberculoses chirurgicales par la méthode de Koch.

Je désire vous entretenir aujourd'hui des tentatives que j'ai, tous ces jours derniers, faites sur des malades de mon service avec le liquide qu'a bien voulu m'envoyer M. Koch. Ces tentatives, je les ai faites sans parti pris et sans idées préconçues. Elles sont encore trop peu nombreuses, et les malades n'ont pas été assez longuement suivis pour qu'on puisse avoir une opinion sur la valeur thérapeutique définitive de la méthode. Mais déjà l'effet spécial annoncé par Koch sur le tissu tuberculeux, la réaction particulière sur l'organisme, se trouvent nettement vérifiés. Je n'ai pas besoin de vous dire que mes expériences ont particulièrement porté sur les tuberculoses chirurgicales ; ce n'est qu'incidemment, par coïncidence, chez des malades offrant, en même temps que leurs lésions locales, une tuberculose pulmonaire, que j'ai pu noter quelques phénomènes relatifs aux tuberculoses médicales.

Quelles seraient, si les résultats annoncés se confirmaient, la valeur spéciale, les indications et contre-indications particulières de la méthode dans les tuberculoses chirurgicales ? En apparence, contre celles-ci, nous sommes déjà suffisamment armés. La suppression du foyer tuberculeux par des opérations, diverses résections, grattages, cautérisations, nous donne chaque jour les meilleurs résultats. Malheureusement, il suffit de suivre longuement les malades pour voir combien ces guérisons sont souvent temporaires. La plupart d'entre eux, après avoir présenté, à une, deux, trois reprises, des manifestations accessibles que l'intervention peut guérir, finissent par être frappés d'accidents viscéraux contre lesquels elle est impuissante. Si la méthode nouvelle pouvait prévenir ou enrayer ces généralisations, elle rendrait déjà des services énormes.

Cette méthode supprimera-t-elle jamais la part qui revient actuellement à l'intervention chirurgicale dans le traitement des tuberculoses? En se fondant sur le mode d'action indiqué dans les publications, mêmes de Koch, il est facile de voir que cet espoir est fort exagéré. En effet, la lymphe d'injection, d'après les expériences faites sur les cultures, n'agit pas directement sur le bacille lui-même. Elle n'agit qu'en déterminant la mort, le sphacèle, du tissu tuberculeux. Certes cette action élective, exercée sous l'influence d'une injection faite à distance, a quelque chose de merveilleux. Mais si, pour les tuberculoses cutanées, pour les tuberculoses pulmonaires même, l'élimination peut se faire d'elle-même, remarquez que, pour les tuberculoses des os, des articulations, des ganglions, cette élimination ne pourra, le plus souvent, avoir lieu que par une intervention chirurgicale complémentaire. Celle-ci, d'ailleurs, se trouvera guidée, simplifiée par la localisation précise du tissu modifié ; les récidives deviendront probablement moins fréquentes ; le rôle de la chirurgie n'en subsiste pas moins.

Autre remarque plus importante encore. Le liquide de Koch n'agit que sur le tissu tuberculeux vivant. Il n'agit pas sur le tissu déjà mortifié, devenu un véritable corps étranger. Dans toutes les tuberculoses chirurgicales, les séquestres osseux, les masses caséeuses, si fréquentes au centre des ganglions ou des tumeurs blanches, devront donc encore être enlevés par une intervention opératoire. Toutes ces remarques sont nécessaires ; elles ne diminuent

pas la valeur d'une découverte qui semble être précieuse, soit pour assurer par elle-même dans bien des cas l'élimination, soit pour tracer à l'avance les limites des parties atteintes que doit enlever l'opérateur, soit pour s'assurer après coup que l'opération a été complète.

Voici le liquide de Koch. C'est, vous le voyez, un liquide clair, limpide, d'une couleur analogue au vin de Marsala. Sa composition nous est encore inconnue. Voici les instruments qui servent à l'injection. Ce sont des seringues graduées munies d'une aiguille tubulée. La pression dans l'un des modèles est assurée par une poire en caoutchouc, dans l'autre par un système de deux tubes emboîtés et réunis par une bague élastique, le tube intérieur formant piston. Le lieu d'élection pour l'injection est la région interscapulaire. Comme dose, je n'ai pas voulu, dès le début, dépasser jamais la dose de 2 milligrammes. C'est là une dose extrêmement faible. Dans les tuberculoses chirurgicales, les médecins allemands ont fréquemment employé 5 et 10 milligrammes. Nous serons toujours à même chez les malades tolérants d'augmenter graduellement la dose primitive.

Quant aux effets produits par ces injections, vous les connaissez sans doute déjà. Vous savez que, chez le sujet sain non tuberculeux, il faut la dose énorme de 25 centigrammes pour déterminer une réaction générale caractérisée par de l'élévation de la température, des frissons, des nausées. Chez le sujet tuberculeux, cette réaction générale se produit déjà à la dose de 2 milligrammes. De plus, l'organe affecté est le siège d'une réaction locale : d'un gonflement, d'une congestion, d'une sensibilité, parfois excessifs. La double action locale et générale se produit d'ordinaire dans les vingt-quatre heures. Mais elle peut se trouver parfois retardée, ne survenir qu'au bout de deux à trois jours. Aussi, au lieu de faire des injections quotidiennes comme dans les expériences primitives, vaut-il mieux ne faire ces injections que tous les cinq jours, pour ne point risquer d'accumuler l'action de deux doses.

Tous ces effets se sont produits hier très nettement chez deux malades du service de M. Hallopeau, atteints de lupus. Dans la journée qui a suivi l'injection de 2 milligrammes que nous leur avions faite, l'aspect des lésions s'est transformé. De sèche et rugueuse qu'elle était sur les points atteints, la peau est devenue congestionnée, suintante, couverte de croûtes. Depuis, l'écoulement séro-purulent s'est accentué, et il y aura sans doute un sphacèle local. Sur toute une série d'autres malades, vous retrouverez ces résultats à des degrés divers. Voici, par exemple, un homme de cinquante-trois ans, atteint d'une synovite ancienne du genou gauche. L'injection lui a été faite hier, à dix heures du matin. Sa température était alors de 36°8. A une heure, il avait un frisson, et sa température atteignait 38 degrés; à sept heures, elle était de 38°2. Ce matin, la température est retombée à 37, mais il y a un commencement de réaction locale; le genou est rouge, tendu. Le malade nous dit même qu'il s'appuie mieux sur sa jambe. C'est là un point assez douteux.

Voici une jeune fille de dix-huit ans atteinte, depuis deux ans, d'une adénopathie tuberculeuse du cou. Les ganglions sont en partie suppurés et nous avons pratiqué le drainage il y a quinze jours. Hier, à dix heures, au moment de l'injection, la température de la malade était de 36 degrés. (Je vous signale, en passant, cette température un peu inférieure à la normale, qui s'est retrouvée chez la plupart de nos tuberculeux.) A une heure, frisson; à deux heures, 37°2; à trois heures, gonflement très apparent des ganglions et rougeur du trajet fistuleux; à sept heures du soir, 39°2. La rougeur et le gonflement augmentent. Chose remarquable, l'écoulement du pus par les drains est extrêmement diminué. Ce matin. la température est encore de 39°2. La malade, en voulant se lever de son lit, a eu une légère syncope. Parmi les malades atteintes de tuberculoses diverses qu'il me reste encore à vous montrer, voici quelques autres résultats particulièrement intéressants à vous signaler. Dans deux coxalgies suppurées, une diminution notable du pus a été, comme chez la dernière jeune fille, observée en même temps que la réaction locale et générale. Chez une femme atteinte simultanément de tuberculose pulmonaire et d'abcès froid de la fosse iliaque, il y a eu, en même temps qu'une augmentation de la douleur iliaque, une légère poussée de congestion pulmonaire, avec toux plus fréquente et râles plus humides. Voici enfin, chez deux malades opérées récemment de tuberculoses locales, des faits particulièrement intéressants. Le premier a subi, il y a quinze jours, la résection du coude pour une tumeur blanche. Après l'injection, il a eu une certaine réaction générale, avec élévation de température de 1°6 et léger frisson, mais sans la moindre réaction locale. L'autre, une jeune fille de dix-sept ans, a subi, il y a quelques jours, le grattage d'une tuberculose tibio-tarsienne. L'injection a déterminé, en même temps que la réaction générale, une réaction locale sur un seul point très limité, un petit trajet fistuleux qui s'est rouvert.

Voici enfin un jeune garçon de quinze ans offrant, depuis trois ans et demi, une arthrite chronique du genou. On lui a fait hier l'injection. Aucune réaction locale, ni générale. L'injection d'épreuve semblait donc conclure à l'hydarthrose, contrairement à la clinique qui disait fongosités. Mais il s'agissait simplement d'une réaction tardive. Ce matin, la réaction s'est faite, le genou a notablement augmenté ; à la mensuration, on trouve, suivant les points, des différences de 1 centimètre à 1 centimètre et demi. Je vais encore vous montrer plusieurs autres malades. Vous pourrez les suivre dans le service et juger, avec moi, si à côté de la valeur diagnostique, qui paraît évidente, la méthode offre une valeur thérapeutique réelle.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX

Des variations de la personnalité dans les états hypnotiques.

Par le professeur A. Pitres, doyen de la Faculté.

Dans le langage philosophique, on appelle personnalité ce qui fait qu'un individu est lui et non pas un autre (Littré).

L'homme sain de corps et d'esprit a la notion très nette de sa propre personnalité. Il sait qui il est et qui il a été; il a des idées, des penchants, des sentiments qui lui sont propres; il se sent lui et non un autre; il ne se méprend pas sur son identité. Cette notion consciente serait, d'après M. Ribot, le résultat de deux facteurs : la constitution du corps avec les tendances et les sentiments qui la traduisent, et la mémoire (1). En fait, le premier de ces deux facteurs donne surtout la notion de l'existence et de la personnalité

(1) Th. Ribot. *Les maladies de la personnalité*, Paris 1885, p. 81.

physique, le second celle de la personnalité morale. M. Richet a très nettement établi cette distinction. D'après lui, le *moi* et la *personnalité* sont deux choses distinctes. La notion consciente du *moi* dépend des excitations extérieures actuelles, de ce qu'on voit, de ce qu'on sent, de ce qu'on entend, des ordres qu'on peut donner à ses muscles; la notion consciente de la *personnalité* dépend des souvenirs anciens. « Le *moi* est un phénomène de sensibilité et d'innervation motrice, la *personnalité* est un phénomène de mémoire (1). »

Dans le sommeil hypnotique, la notion de la personnalité est habituellement conservée. Les sujets savent en général qui ils sont; ils se sentent eux-mêmes; ils ne se méprennent pas sur leur identité physique et morale; le moi de l'état de sommeil reconnaît pour sien le moi de l'état de veille; la personnalité n'est pas changée.

Quelquefois, cependant, les choses se passent autrement. Le lien qui doit rattacher en un seul faisceau le souvenir du passé aux impressions du présent est rompu; le moi de l'état de sommeil ne reconnaît plus pour sien le moi de l'état de veille; la notion de l'identité morale est altérée; la personnalité est changée.

Les altérations de la personnalité qui se produisent dans le sommeil hypnotique, ou dans les états analogues, peuvent être rangés sous trois types spéciaux : 1° l'aliénation; 2° l'alternance; 3° la reversion.

Dans le premier (*aliénation*), une personnalité nouvelle s'installe à côté ou à la place de l'ancienne; dans le deuxième (*alternance*), deux personnalités distinctes ou deux manières d'être d'une même personnalité se succèdent à des intervalles plus ou moins éloignés et se partagent la vie du sujet; dans le troisième (*reversion*), la personnalité qui surgit durant le sommeil n'est que la reproduction de celle qu'avait le sujet à une époque antérieure de son existence.

Quelques exemples vous feront comprendre, mieux que des définitions abstraites, les caractères de chacun de ces types.

I

Variations de la personnalité par aliénation. — Il n'est pas très rare de rencontrer des sujets qui, pendant les accès de somnambulisme spontané ou provoqué, parlent d'eux à la troisième personne. Au premier abord, cela paraît être une bizarrerie sans importance; en réalité, c'est le résultat d'une perturbation profonde dans la conscience de la personnalité. Les personnes qui s'expriment ainsi ont perdu la notion exacte des rapports de leur moi du sommeil avec leur moi de la vie ordinaire. Endormies, elles se croient autres qu'éveillées.

Une jeune femme que j'ai pu étudier à loisir, Marguerite X..., présentait nettement ce phénomène. Quand elle était endormie, elle ne parlait d'elle qu'à la troisième personne : « Marguerite est souffrante aujourd'hui, disait-elle; elle n'est pas contente; elle a été contrariée; il faut la laisser tranquille. — Mais qui êtes-vous donc, lui demandai-je un jour, pour parler ainsi au nom de Marguerite? — Je suis son amie. — Et comment vous appelez-vous, s'il vous plaît? — Je ne sais pas, mais j'aime beaucoup Marguerite, et quand on lui fait de la peine, cela m'attriste. »

Dans cet état, elle reconnaissait toutes les personnes avec lesquelles elle était en relations quotidiennes; mais elle ne leur parlait pas avec la même familiarité qu'à l'état de veille. Elle ne tutoyait plus ses parents. Son mari était le mari de son amie Marguerite et non pas son mari à elle. Elle aimait beaucoup les liqueurs et s'en privait d'ordinaire pour ne pas contrarier sa mère. « Voulez-vous un verre d'anisette? lui dis-je après l'avoir hypnotisée. — Oh! oui, répondit-elle, cela me fera grand plaisir. Marguerite n'en boit pas parce qu'on le lui a défendu; mais moi je suis libre. Donnez-moi vite un verre. »

En somme, elle conservait ses idées, ses penchants, ses sentiments de l'état de veille; sa personnalité seule était aliénée. Un moi nouveau se substituait à l'ancien et présidait, pendant toute la durée du sommeil, aux opérations de l'intelligence et de la conscience.

Dans certains cas, l'aliénation de la personnalité est encore plus complète : le moi de la veille et celui du sommeil sont absolument étrangers l'un à l'autre; ils n'ont ni les mêmes idées, ni les mêmes goûts, ni les mêmes aspirations. Ils ne se connaissent pas. M. Ribot en rapporte quelques exemples : « Une jeune servante, pendant trois mois, croyait tous les soirs être un évêque, parlait et gesticulait en conséquence. — Un pauvre apprenti se croyait, aussitôt qu'il tombait en état de sommeil, père de famille, riche, sénateur, et reniait son état d'apprenti quand on l'interpellait à cet égard (1). » Dans ces cas, l'aliénation de la personnalité était totale : il n'y avait aucun rapport entre le moi du sommeil et celui de la veille.

Il est à peine besoin de vous rappeler à ce propos qu'on observe souvent chez les fous des modifications analogues de la personnalité. Les délirants chroniques qui s'imaginent être Jésus-Christ, Napoléon, Rothschild, etc., ne sont pas rares. D'autres, moins nombreux mais tout aussi intéressants, sont à peu près dans le même état d'esprit que la jeune femme, dont je vous racontais l'histoire il y a un instant : ils se figurent qu'une autre personne sent et pense à leur place. M. Azam a vu, à l'Asile des aliénées de Bordeaux, une femme de trente-quatre ans, atteinte depuis plusieurs années de manie tranquille avec tendance à la tristesse, qui offrait les symptômes de cette singulière altération de la personnalité. Elle avait une tumeur au sein droit, et prenant à part le médecin de l'asile, elle lui dit : « J'ai à vous consulter pour une tumeur qu'*elle* porte dans le sein droit; *elle* en souffre beaucoup et désirerait savoir ce qu'*elle* doit faire. » Il fut impossible de lui démontrer que c'était elle-même qui avait une tumeur. « Je n'ai rien, opposait-elle à tous les arguments, je me porte très bien; mais *elle* a une grosseur dans le sein qui la préoccupe (2). »

La même particularité s'observe quelquefois dans les délires fébriles. Un malade de M. Galicier, atteint d'accès de fièvre pendant la convalescence d'un anthrax, croyait être transformé en Chinois (3). Un officier supérieur, auquel j'ai donné des soins dans le cours d'une pleuro-pneumonie aiguë, s'imaginait qu'un dragon grossier et malpropre s'était emparé de son corps; il ne pouvait agir et parler sans le consentement de ce personnage parasite et il était exaspéré d'être obligé de se soumettre aux caprices d'un inférieur.

Les possédées d'autrefois avaient de semblables illusions

(1) Ch. Richet. *L'homme et l'intelligence*, Paris 1884, p. 250.

(1) Ribot. Op. cit., p. 81.

(2) Azam. *Hypnotisme, double conscience et altération de la personnalité*, Paris 1887, p. 245.

(3) Galicier. La conscience du moi, *Revue philosophique*, 1887, t. IV, p. 72.

de la personnalité. Elles disaient que le diable s'était installé dans leur corps, qu'il agissait par leurs membres, qu'il pensait par leur esprit, qu'il dominait leur volonté. C'est lui qui blasphémait par leur bouche, injuriait les prêtres, répondait aux exorcistes; c'est lui qui leur faisait commettre toutes sortes d'actions répréhensibles dont elles n'étaient pas responsables, puisque leur personnalité était aliénée ou tout au moins subjuguée par celle du démon.

L'aliénation de la personnalité peut être provoquée artificiellement chez les sujets hypnotisés et suggestibles. M. Ch. Richet (1) l'a démontré, le premier, par une série d'expériences qui ont été répétées avec des résultats identiques par MM. Bernheim (2), Liégeois (3), Beaunis (4), Féré et Binet (5), C. Lombroso (6), de Rochas (7), etc.

Vous dites à une personne hypnotisée : « Vous êtes une religieuse..., une petite fille..., un matelot..., un général... » Par le fait seul de votre affirmation, cette personne, si elle est suffisamment suggestible, perd la notion de sa propre personnalité, et, se créant une personnalité nouvelle, elle parle, pense, agit absolument comme elle se figure, avec les ressources de son imagination et de sa mémoire, que devrait parler, penser et agir une religieuse, une petite fille, un matelot ou un général (8). Elle ne se contente pas, ainsi que le ferait une personne à l'état normal, de concevoir idéalement le type dont on lui parle; elle le réalise avec une remarquable intensité d'expression.

Au fond, ces transformations, en apparence si étranges, s'expliquent par la provocation simultanée de deux phénomènes élémentaires, analogues à ceux que nous connaissons déjà pour les avoir étudiés séparément, à propos des suggestions : 1° un phénomène d'amnésie partielle qui fait perdre la notion de la personnalité réelle; 2° un phénomène d'hallucination psychique qui s'objective fortement, comme c'est la règle pour toutes les hallucinations hypnotiques, et substitue à la notion perdue de la personnalité ancienne celle d'une personnalité nouvelle.

Ajoutons qu'on observe quelquefois, dans ces expériences, des résistances semblables à celles que je vous ai signalées à propos des suggestions d'actes. Lombroso, par exemple, raconte qu'une de ses malades, hystérique d'une moralité douteuse, obéissait très vivement quand on lui suggérait qu'elle était un filou, un souteneur, un colonel; mais elle se révoltait quand on lui ordonnait de devenir un savant ou un moraliste. Il lui répugnait plus, dit Lombroso, de changer de caractère moral que de sexe.

Deux étudiants, à qui le même expérimentateur voulait suggérer qu'ils étaient des voleurs, plutôt que d'obéir, s'échappèrent en courant comme des fous hors de la chambre où avait lieu l'expérience. Ramenés de force et sommés impérativement de voler un objet de valeur placé à leur portée, ils se cachèrent le visage dans les mains; puis l'un d'eux se réveilla en disant : « Non, je ne veux pas être un voleur. » L'autre se saisit de l'objet, mais aussitôt après il le rejeta loin de lui. Ce dernier finit, cependant, par jouer le rôle de grand chef de brigands, ce qui flattait, sans doute, davantage ses instincts de grandeur (1).

Il y a donc une limite à la suggestibilité des variations de la personnalité; mais, ainsi que le fait remarquer Lombroso, cette limite est variable d'un sujet à l'autre, et, chez un même sujet, elle varie avec le degré de l'éducation hypnotique.

(1) Ch. Richet. *Revue philosophique*, 1883.

(2) Bernheim. *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, 2e édit., Paris 1886.

(3) Liégeois. *De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale*, Paris 1889.

(4) Beaunis. *Le somnambulisme provoqué*, Paris 1886.

(5) Féré et Binet. *Le magnétisme animal*, Paris 1887.

(6) Cesare Lombroso. *Studi sull' ipnotismo*, Torino 1886.

(7) De Rochas. *Revue philosophique*, 1887.

(8) L'écriture elle-même est modifiée dans le sens de l'objectivation suggérée. Ferrari, MM. Héricourt et Ch. Richet ont fait, à ce propos, de très curieuses expériences (*La personnalité et l'écriture; essai de graphologie expérimentale*, Société de psychologie biologique, séance du 22 février 1826). Ils ont démontré qu'un même sujet écrit d'une façon différente quand on lui suggère qu'il est jeune ou vieux, paysan ou général, professeur d'écriture ou docteur en médecine, etc. « En même temps qu'on voit les traits de la physionomie et les allures générales du sujet se modifier et se mettre en harmonie avec l'idée du personnage suggéré, on observe que son écriture subit des modifications parallèles non moins accentuées et revêt également une physionomie spéciale, particulière à chacun des nouveaux états de conscience. En un mot, le geste scripteur s'est transformé comme le geste en général. » Ces expériences prouvent bien que « l'écriture est sous la dépendance directe des états permanents ou passagers de la personnalité, au même titre que le geste en général, dont elle peut être considérée comme une variété particulière. En d'autres termes, les mouvements qui agitent la main de l'homme qui tient une plume auraient la même origine, la même nature et la même signification que ceux qui déterminent ses allures générales ou animent son visage pour lui constituer sa physionomie particulière. »

(1) Lombroso. Op. cit., p. 12.

UN CAS DE MYCOSIS FONGOIDE

OU DE SARCOMATOSE CUTANÉE TRAITÉ, AVEC SUCCÈS, PAR LE NAPHTOL CAMPHRÉ (PANSEMENTS ET INJECTIONS INTERSTITIELLES)

Par le docteur J. Reboul,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. le docteur X..., âgé de cinquante-sept ans, est adressé à M. L. Labbé, au commencement du mois d'octobre 1889, pour un mycosis fongoïde ulcéré de la région dorsale. M. Labbé hésite dans son diagnostic entre le mycosis fongoïde et la sarcomatose cutanée et veut bien me confier ce malade. Je ne saurais trop le remercier de cette marque de confiance.

M. le docteur X... a eu l'obligeance de me communiquer tous les renseignements dont j'ai eu besoin pour la rédaction de son observation.

Vers l'âge adulte, M. X... eut une séborrhée très intense de la région dorsale, « préparant le terrain à l'ensemencement des germes parasitaires venus de l'extérieur ». Une éruption acnéique s'est manifestée à l'âge de vingt et un ans, pour ne plus reparaître. Puis survint un eczéma du cuir chevelu qui fut traité par les eaux thermales de Molitz, en 1869 et 1872. De plus, M. le docteur X..., qui a beaucoup voyagé dans les pays chauds, a visité de nombreux hôpitaux, en particulier, les léproseries de Manille, en 1875.

Ce n'est cependant que depuis deux ans environ, que l'acné du dos a pris assez de développement pour attirer l'attention. Les boutons s'élargissent et affectent, dans leur ensemble, une forme circinée qui existe encore aujourd'hui; ils forment une sorte de couronne irrégulière, d'un diamètre de 22 centimètres environ, sans anesthésie cutanée.

A la fin de 1888 et au commencement de 1889, la peau de la région dorsale s'épaissit entre les boutons et forme des plaques plus ou moins saillantes et irrégulières.

En avril 1889, deux applications d'emplâtre à l'acide chrysophanique et, au mois de mai, une cure de vingt jours à Vichy, n'apportèrent que peu de changements à cet état qui a continué de s'aggraver dans l'été, pendant un séjour de trois mois à la campagne. En même temps, des douleurs lancinantes furent

éprouvées pour la première fois en juillet et août, bientôt suivies de petites ulcérations de la peau, à la surface de deux petites tumeurs qui s'étaient développées à la partie inférieure de la région dorsale. »

M. le docteur X... vint à Paris, le 20 septembre, et fut examiné par plusieurs médecins de l'hôpital Saint-Louis qui reconnurent l'existence bien caractérisée du mycosis fongoïde (lymphadénie cutanée, sarcomatose cutanée, à marche rapide et funeste). Ils conseillèrent comme traitement : à l'intérieur, l'iodure de potassium à haute dose ou l'arsenic ; les injections sous-cutanées arsenicales, de préférence ; en applications, la vaseline boriquée, la pommade à l'acide pyrogallique au cinquième ou au dixième, les eaux de la Bourboule.

Ces divers moyens furent employés pendant un mois, sans amener de modifications notables. Les ulcérations augmentaient en nombre et en étendue, les douleurs devenaient plus vives.

C'est alors que M. le docteur X... fut adressé à M. L. Labbé, qui me confia le traitement.

Persuadé que ces lésions avaient une origine parasitaire ou microbienne, je soumis le malade, à partir du 12 octobre, aux pansements antiseptiques avec le naphtol camphré, la gaze et l'ouate au salol.

A cette époque, toute la région dorsale est envahie par le néoplasme. La peau est indurée, rouge par places. De nombreuses petites tumeurs arrondies ou ovalaires font saillie ; à leur niveau, on voit de petits vaisseaux cutanés injectés. Vers la dixième vertèbre dorsale et sur la ligne médiane, existe une tumeur ovalaire, de 8 à 10 centimètres de longueur, sur 5 à 6 de largeur. Cette tumeur est adhérente profondément, son sommet présente une ulcération large, irrégulière, donnant lieu à un suintement jaunâtre trouble. Une tumeur semblable, ulcérée, mais moins étendue, occupe l'extrémité interne de l'épine de l'omoplate droite. Au niveau du tiers postérieur des huitième, neuvième et dixième espaces intercostaux, on voit une ulcération transversale de 12 à 15 centimètres de long sur 8 à 10 de large ; ses bords sont rouges, indurés ; cette ulcération repose sur une base dure ; les limites sont un peu élevées au-dessus de la peau voisine. Ce sont ces tumeurs, et surtout celles qui sont ulcérées, qui sont le siège des douleurs dont se plaint le malade. De plus, M. le docteur X... éprouve continuellement des démangeaisons très vives, qui l'obligent à se gratter ou à faire des mouvements presque continuels, qui déterminent des frottements par les vêtements. Le sommeil est souvent troublé par ces démangeaisons et ces douleurs.

Les tumeurs ulcérées sont recouvertes de gaze au salol imbibée de naphtol camphré. Pansement complémentaire avec la gaze et le coton au salol, maintenu par des bandes de tarlatane.

« Dès les premières applications de ces pansements, qui furent renouvelés tous les quatre ou six jours, dit M. le docteur X..., dans la note qu'il a eu la bonté de me remettre, le soulagement fut très sensible. L'amélioration fut telle, qu'on put croire un instant à une guérison prochaine. Mais la peau, très impressionnable à toutes les applications irritantes, sous l'influence peut-être de la transpiration cutanée augmentée par la marche, des transitions de température et de l'apparition d'un froid vif, devint le siège de démangeaisons très fortes et d'un érythème qui s'étendit progressivement à toutes les parties recouvertes par l'ouate au salol, jusqu'en avant de la poitrine et sur les épaules. »

Le 18 novembre, les pansements au naphtol camphré et au salol furent suspendus et remplacés par des onctions de vaseline boriquée recouverte de gaze trempée dans la solution de sublimé à 1 p. 2000 et d'ouate ordinaire. Malgré l'érythème qui m'oblige à modifier le pansement, les ulcérations ont diminué d'étendue et paraissent marcher vers la cicatrisation.

21 novembre. Même pansement à la vaseline boriquée, après attouchement des ulcérations avec le naphtol camphré.

28 novembre. L'érythème a complètement disparu. Pansements au naphtol camphré et à l'ouate au salol.

2 décembre. Les ulcérations continuent à diminuer d'étendue et se cicatrisent. Afin d'amener plus rapidement la guérison et me souvenant du bon résultat que j'avais observé dans le service de M. Périer, à l'hôpital Lariboisière, dans un cas de néoplasme (épithélioma ?) de la langue, au moyen des injections interstitielles de naphtol camphré, je tente ce même procédé. Trois injections interstitielles de naphtol camphré sont faites dans les tumeurs les plus volumineuses (II à III gouttes pour chaque injection). Au niveau de chaque injection, il se produit immédiatement une petite plaque blanche.

5 décembre. La grande ulcération de la région costale inférieure et postérieure est complètement cicatrisée ; la tuméfaction sur laquelle elle reposait a beaucoup diminué. Trois petites eschares se sont produites au niveau des injections interstitielles. Trois nouvelles injections, de II à III gouttes de naphtol camphré, sont faites dans les mêmes tumeurs : trois plaques blanches.

9 décembre. L'amélioration continue. La plupart des petites tumeurs ont disparu ; la tumeur ulcérée de la partie inférieure et droite et celle de la région scapulaire n'existent plus. La peau du dos est plus souple et a repris son aspect normal. Seule, la tuméfaction médiane et inférieure persiste, mais diminuée. A la place des trois premières eschares, il y a trois petites ulcérations. Les trois dernières injections ont produit le même effet. Quatre nouvelles injections interstitielles de naphtol camphré, dont trois dans la tumeur médiane et une dans une petite tumeur voisine.

12 décembre. Pansement. Pas d'injection.

16. Deux injections interstitielles. L'amélioration continue.

19. Pansement. Pas d'injection.

22. Deux injections, l'une dans la grosse tumeur, l'autre dans la petite.

26. Deux injections. Quelques démangeaisons.

29. Pas d'injections. L'amélioration s'accentue.

1er janvier 1890. Deux injections.

5. Quatre injections dans la dernière tumeur sur la ligne médiane, au niveau des neuvième et dixième vertèbres dorsales.

9. Pansement. Pas d'injection.

12. « La guérison est presque complète. »

16. La saillie de la tumeur médiane a beaucoup diminué. Deux injections.

28. Les ulcérations consécutives aux injections interstitielles sont cicatrisées.

31. La peau de la région dorsale a repris ses caractères normaux. Plus de douleurs, quelques démangeaisons, très supportables d'ailleurs, persistent seules. M. le docteur X... quitte Paris.

Le 25 août, M. le docteur X... m'écrivait : « Je ne souffre pas, je n'ai plus ou presque plus de démangeaisons, et j'éprouve, en somme, une amélioration sensible ; mais il reste toujours deux petites tumeurs ulcérées (siégeant sur la ligne médiane, au niveau de la dixième dorsale) ayant ensemble le diamètre d'une pièce de cinq francs. Le reste du dos est sain. Une grande cicatrice, très solide, se voit à droite des deux tumeurs, à la place d'une ulcération qui avait rapidement guéri à Beaujon. L'état général est toujours bon. »

Le 16 janvier, j'avais enlevé un petit fragment de la tumeur centrale, en voie de guérison, pour l'étude microscopique. Les préparations ont été faites dans le laboratoire de M. le professeur Cornil et soumises à l'examen de MM. Gombault et Malassez. Le diagnostic exact n'a pu être établi et l'on peut aussi bien penser au mycosis fongoïde qu'à la sarcomatose cutanée. L'examen bactériologique complet, que mon collègue, M. Toupet, a bien voulu faire, a été négatif en tous points.

En somme, cette affection envahissante (mycosis fongoïde ou sarcomatose cutanée), dont le pronostic était grave à brève échéance, d'après les maîtres de l'hôpital Saint-Louis, a été arrêtée dans son évolution, considérablement améliorée et à peu près complètement guérie par les injections interstitielles et les pansements à l'aide du naphtol camphré.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 28 novembre 1890, les médecins militaires, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin-major de deuxième classe Duroux, pour le 37e d'infanterie;

MM. les médecins aides-majors de première classe Renard, pour l'hôpital militaire de Nancy, et Courcenet, pour les hôpitaux de la division d'Oran.

— M. le docteur Collin est nommé médecin auxiliaire de la marine.

— L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques, tel qu'il a été proposé dans l'exposé des motifs du projet de loi présenté par M. le ministre des Finances, serait *injuste*, puisqu'il ne frapperait que les pharmaciens, à l'exclusion de tous les commerçants qui vendent journellement les spécialités les plus diverses; *vexatoire*, parce qu'il soumettrait *à l'exercice* des commerçants que leur diplôme devrait garantir contre l'inquisition des agents du fisc; enfin, et c'est à ce point de vue surtout que nous devons insister, cet impôt serait *immoral*, parce qu'il donnerait une existence légale et une sorte de consécration officielle à tous les remèdes secrets, à toutes les préparations inefficaces ou dangereuses que la loi de Germinal interdit et que, par suite de la tolérance coupable du gouvernement, un trop grand nombre de médecins et de pharmaciens prescrivent et préparent. (L. Lereboullet, in *Gazette hebdomadaire.*)

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 139. — JEUDI 4 DÉCEMBRE 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 4 DÉCEMBRE 1890. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a continué la discussion sur la dépopulation de la France. M. Léon Colin, en ne traitant qu'un point de la question, la mortalité pour l'armée par la fièvre typhoïde, a insisté sur la nécessité qu'il y aurait à rendre obligatoire, dans la population civile comme dans l'armée, la déclaration de toute maladie infectieuse susceptible d'épidémicité. Chemin faisant, il a fait connaître les nombreuses améliorations introduites dans les casernes au point de vue de l'hygiène; il a terminé en signalant les heureux résultats obtenus par les revaccinations obligatoirement appliquées dans l'armée et en émettant le vœu que cette obligation soit également imposée à la population civile. Même vœu a été exprimé officiellement par M. Hervieux, dans son rapport général sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1889. A ce point de vue, l'accord est unanime, les preuves abondent en faveur d'une loi sur la vaccine obligatoire. Quand nos législateurs se décideront-ils à la voter ?

Plusieurs communications intéressantes ont été faites à l'Académie : M. Chaput a lu une observation dans laquelle il s'agit d'un anus ombilical contre nature, survenu à la suite d'une hernie étranglée et gangrénée. L'élimination des parties sphacélées ayant entraîné l'oblitération du bout inférieur et le rétrécissement du bout supérieur, M. Chaput pratiqua une entéro-anastomose entre l'intestin grêle et l'S iliaque.

Nous signalerons trois autres communications : l'une de M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer), sur un cas de résection du rectum pour cancer annulaire ; l'autre de M. Henrot (de Reims), sur un cas curieux de toxémie cataméniale héréditaire; la troisième, enfin, de M. Hallopeau, sur une forme prolongée de cocaïnisme aigu. Cette dernière observation, rapprochée de beaucoup d'autres, doit rendre très prudents les chirurgiens et surtout les dentistes, dans l'emploi de la cocaïne comme anesthésique local.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale. La liste de présentation porte : en première ligne, M. Dieulafoy; en deuxième ligne, M. Duguet; en troisième ligne, M. Kelsch; en quatrième ligne, M. Landouzy.

On s'étonne généralement que l'Académie soit restée muette, jusqu'ici, sur la question qui passionne en ce moment tout le monde médical et extra-médical : l'application de la lymphe de Koch au diagnostic et au traitement des affections tuberculeuses. Mais on oublie que la savante Compagnie n'a pas pour habitude de s'occuper de remèdes secrets.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. Simon.

Un cas de paralysie infantile à symptômes anomaux. Traitement de la paralysie infantile.

Le petit malade que je vous présente aujourd'hui est âgé de sept ans. Il a été pris subitement, le 21 septembre, d'une céphalalgie violente; la nuit tout entière se passa dans une extrême agitation : au matin il offrait une paralysie totale de l'épaule, du bras et de l'avant-bras droit. Le membre supérieur gauche était également touché, mais la paralysie, respectant l'avant-bras, se limitait au bras et à l'épaule. C'était là, vous le voyez, un début type de paralysie infantile, début offrant cependant cette anomalie d'être survenu à un âge plus avancé que celui où l'on observe d'ordinaire cette affection. Mais, le 27 septembre, apparaissaient des symptômes nouveaux. La susceptibilité nerveuse devenait excessive, l'enfant pleurait et s'agitait continuellement; il tombait dans un état de stupeur intellectuelle très marquée, cessant de comprendre les questions qu'on lui adressait. En même temps, il offrait une légère paralysie faciale et de l'inégalité des pupilles. Au diagnostic de paralysie infantile tendait donc à se substituer le diagnostic d'affection cérébrale, de nature probablement tuberculeuse. Toutefois, afin de nous réserver la seule chance thérapeutique qui parût rester, la possibilité d'une syphilis héréditaire tardive, à accidents cérébraux, fut également discutée. Mais au moment même où l'on commençait le traitement spécifique, tous les accidents cérébraux se dissipèrent d'eux-mêmes avec une grande rapidité. Une amélioration analogue fut bien loin de se produire du côté de la paralysie du bras. L'atrophie alla sans cesse en augmentant; les membres, et en particulier l'épaule droite, offraient un refroidissement très marqué. Enfin, phénomène plus sérieux, le diaphragme finissait par être également paralysé. Regardez attentive-

ment l'enfant et vous verrez qu'à chaque inspiration, son ventre se creuse, se déprime vers la poitrine. Ce symptôme, assez rare cliniquement, peut facilement s'expliquer par l'origine du nerf phrénique. Ce nerf, naissant de la moelle par les quatrième et cinquième paires cervicales, peut facilement se trouver intéressé en même temps que les nerfs du plexus brachial. Cette paralysie contribue à assombrir singulièrement le pronostic. Par le fait de la paralysie du diaphragme, notre petit malade se trouve sans cesse sous la menace de troubles respiratoires; le moindre rhume pouvant, chez lui, amener une dyspnée grave.

L'examen électrique des muscles atrophiés vient enfin confirmer le diagnostic. Cet examen, que M. Vigouroux veut bien répéter devant vous, montre, en effet, très nettement la réaction de dégénérescence. Les nerfs ont perdu toute excitabilité. Les muscles ne réagissent pas sous l'influence de l'électricité faradique. Ils réagissent encore sous l'influence de l'électricité galvanique, mais la réaction est faible, lente, paresseuse. Remarquez de plus, qu'au contraire de ce qui a lieu normalement, l'émulation par le pôle positif donne une contraction plus forte que l'excitation par le pôle négatif. La constatation de ce signe de dégénérescence est importante. Elle nous permet de séparer l'affection des myopathies essentielles (myopathies du type Landouzy-Dejerine, forme juvénile de Erb), qui frappent assez fréquemment les muscles de l'épaule, mais où cette réaction de dégénérescence ne se produit pas. Ajoutons que, tandis que ces myopathies sont essentiellement familiales, les antécédents de notre petit malade sont entièrement négatifs.

Il s'agit donc, en résumé, chez cet enfant, d'une paralysie spinale infantile. Les troubles cérébraux passagers ont eu, probablement, une origine purement réflexe. La paralysie du diaphragme contribue à donner au pronostic une gravité réelle. L'atrophie si rapide des muscles vient confirmer cette gravité. Enfin, il faut bien l'avouer, les hésitations du diagnostic nous ont fait perdre, au début, pour le traitement, plusieurs jours que peut-être il sera difficile de regagner.

Voici le traitement que j'emploie d'ordinaire dans la paralysie infantile. Dès le début, c'est à la révulsion sur la colonne vertébrale, en un point correspondant à l'origine des racines des nerfs paralysés — la région de la nuque chez notre petit malade — que j'accorde la plus large place. Il importe d'employer pour cette révulsion des agents aussi peu douloureux que possible; l'excitabilité générale et souvent même la sensibilité locale sont, en effet, augmentées. Les ventouses sèches, l'huile de croton mitigée, et surtout les cataplasmes sinapisés, sont d'ordinaire mieux tolérés que les pointes de feu. A côté de cette action locale, il est bon de stimuler les fonctions générales de la peau par des bains d'eau chaude ou des bains de vapeur, qui seront donnés à l'enfant dans son lit même. Pour calmer l'excitation nerveuse, le chloral, l'aconit, la ciguë sont les moyens les moins infidèles.

Ce traitement du début ne dure guère qu'une huitaine de jours. Au bout de ce temps, c'est l'électrisation qui doit constituer la base de votre thérapeutique. Les courants faradiques seraient alors mal tolérés. C'est à des courants galvaniques faibles, de 2 à 4 milliampères seulement, qu'il faut avoir recours. Au bras, la plaque positive est appliquée et promenée par glissement sur l'épaule; la plaque négative est perdue dans une cuvette d'eau salée où plonge la main du petit malade. Surveillez bien l'intensité du courant et évitez de laisser trop longtemps fixée la plaque positive par crainte des eschares. La durée des séances ne doit jamais dépasser huit à dix minutes. Ce n'est qu'à une période un peu plus avancée que vous pourrez commencer l'électricité faradique. L'électricité statique elle-même aurait été parfois employée avec de bons résultats. Mais l'électrisation doit toujours être soigneusement graduée; bien souvent des excitations trop fortes, trop prolongées, faites sans ménagements suffisants, ont été plus nuisibles qu'utiles. Dans l'emploi des courants continus, le danger des eschares, qui surviennent si facilement chez l'enfant, doit être toujours présent à l'esprit. Des massages modérés, des frictions stimulantes s'associeront utilement à l'emploi de l'électricité.

Comme médicaments, l'usage alterné de la noix vomique et de l'arsenic se montre, à cette période, souvent favorable. La teinture de noix vomique est préférable à la strychnine, plus difficile à manier et à surveiller. Les doses de teinture sont d'une goutte à chacun des principaux repas. Il est bon, pour rendre la mesure des gouttes moins irrégulière, de diluer une partie de noix vomique dans neuf parties d'une teinture amère, teinture de colombo ou de cascarille, par exemple. L'enfant prend alors, à chaque repas, dix gouttes de ce mélange. Au bout de huit à dix jours et même avant, pour peu qu'apparaissent de l'insomnie, de l'agitation, des secousses musculaires, remplacer la noix vomique par l'arsenic à faible dose (1 milligramme d'arseniate de soude à chaque repas).

A une période plus éloignée du début, vous pourrez prescrire utilement les bains salés, les bains sulfureux; les eaux minérales, salines ou sulfureuses. Pendant la belle saison, les bains de mer sont utiles, mais à la condition d'être très courts, ne dépassant pas deux à trois minutes. Il importe de veiller par des appareils de soutien à conserver aux membres atrophiés une position aussi normale que possible. Avec des soins persévérants, prolongés pendant des années, il est bien rare qu'on ne finisse pas par obtenir un résultat infiniment plus favorable que celui sur lequel on croyait tout d'abord pouvoir compter. La tendance qu'ont parfois les familles à s'abandonner au désespoir et à renoncer trop vite à la lutte ne saurait donc être trop énergiquement combattue.

DE LA PRATIQUE GÉNÉRALE DE LA DÉSINFECTION

Par le docteur L.-H. Thoinot,
Auditeur au Comité consultatif d'hygiène de France.

I

Éteindre les germes infectieux sur place, les empêcher de faire foyer : tel est le but de la désinfection. Nul ne songe aujourd'hui à nier l'utilité, la nécessité de cette pratique. C'est d'un premier cas de choléra, qu'on n'a pas su éteindre, que naît souvent une épidémie qui ira ravager ensuite une large surface de territoire; c'est d'une selle de typhoïdique non désinfectée, projetée sans précaution sur le sol, dans un puisard, etc., et semant alors les germes vivaces qu'elle contient dans la nappe souterraine aquifère, dans un cours d'eau, qu'est née cent fois une épidémie typhoïde qui a décimé un village, une ville, un camp.

Multiplier les exemples pour le choléra, la fièvre typhoïde, en citer d'aussi nombreux, et dans le même esprit, pour la diphthérie, la scarlatine, la tuberculose même, ne nous serait pas difficile. La désinfection est la base de la prophylaxie des mala-

dies infectieuses, telle que nous l'entendons aujourd'hui; c'est à saisir sur place, par exemple, tout cas de choléra qui serait venu à franchir la frontière espagnole, à en conjurer les dangers par une désinfection rigoureuse qu'ont tendu toutes les mesures adoptées cette année par le Comité de direction de l'hygiène et le Comité consultatif d'hygiène de France.

Tout praticien doit aujourd'hui savoir désinfecter : son ignorance en matière de désinfection peut entraîner les plus graves dangers pour l'ensemble du territoire; son savoir pourra épargner la vie de ses clients d'abord, de beaucoup de ses concitoyens ensuite.

Il ne se passe pas de jours que tout médecin ne soit exposé à être consulté sur cette matière; il ne se passe pas de jours où il pourrait, non consulté, donner de très utiles avis. Et pourtant où trouver élémentairement, méthodiquement exposés, les principes de la désinfection?

Il existe sur ce sujet de nombreux et excellents traités, mais ils sont bien volumineux, et assez peu à la portée du praticien qui, eût-il même le temps de les lire, de les dépouiller consciencieusement, pourrait, sa lecture terminée, rester quelque peu hésitant en face de tant de substances, de tant d'agents désinfectants proposés par les auteurs.

J'ai eu, dans le courant de l'année 1889-1890, l'occasion de professer un bien modeste cours de désinfection devant quelques serviteurs des hôpitaux de Paris, destinés à former un corps de désinfecteurs.

J'ai dû, pour cet auditoire spécial, donner sur chaque point une opinion précise, élémentaire; j'ai dû restreindre mon exposé partout et toujours au strict nécessaire, et condenser, en somme, toute la question en quelques principes simples et de facile application. J'ai gardé de ce cours la conviction qu'il était bien inutile de s'embarrasser d'un arsenal complexe de désinfectants, et qu'il était bien aisé de s'arranger partout, et en tous lieux, pour faire de bonne besogne.

C'est dans le même esprit que sera conçu cet article : il s'adresse aux praticiens, et toute mon ambition est qu'il soit pour eux un *memento* qui leur permette de rendre sans hésitation les services que le public est en droit d'attendre d'eux aujourd'hui.

Voici le plan que je suivrai :

A. Choix des désinfectants;

B. Étude de chaque agent de désinfection en particulier : valeur désinfectante, valeur économique;

C. Désinfection des divers objets;

D. Désinfection des matières virulentes;

E. Désinfection dans chacune des principales maladies infectieuses;

F. Applications générales de la désinfection.

A. Choix des désinfectants. — Nous ne retiendrons parmi tous les agents de désinfection, parmi toutes les substances désinfectantes chimiques ou physiques proposées, que les suivantes :

a. L'étuve à vapeur humide sous pression, que construisent MM. Geneste et Herscher (de Paris);

b. Le bichlorure de mercure, ou sublimé corrosif;

c. Le sulfate de cuivre;

d. Le lait de chaux;

e. L'acide sulfureux, produit par la combustion de la fleur de soufre, ou du soufre en canon.

Notre arsenal de désinfection ainsi composé nous paraît largement suffisant; avec lui on pourra faire face à tous les besoins. Nous rejetons donc et le chlore, et l'acide phénique, et le sulfate de fer, et la créoline ou crésyl.

Nous ne nions pas que ces substances ne puissent rendre quelques services, mais le *chlore*, par exemple, ne vaut pas l'acide sulfureux; l'acide phénique, le sulfate de fer, la créoline ou crésyl ne valent pas le bichlorure de mercure; il est donc bien inutile de s'embarrasser de substances qui ne doivent prétendre à entrer dans le cadre des désinfectants qu'à défaut d'autres qui valent mieux.

A notre liste, il convient cependant d'ajouter :

f. L'eau bouillante;

g. Le feu.

B. Étude de chaque agent de désinfection en particulier; valeur désinfectante, valeur économique. — *a. Les étuves à vapeur humide sous pression Geneste et Herscher.* — Le principe de la désinfection par ces étuves est le principe qu'on emploie chaque jour dans les laboratoires quand on fait usage, pour stériliser les liquides destinés aux cultures, de l'autoclave Chamberland. C'est la vapeur humide sous pression portée à la température de 110 à 120 degrés, et agissant pendant quinze minutes environ — avec une détente qui ramène pour quelques instants la température à 100 degrés au milieu de l'opération — qui est l'agent de désinfection.

La valeur désinfectante de ce procédé est *absolue* : aucun microbe ne résiste à ce mode de désinfection. Des expériences très démonstratives, faites par MM. Gariel et Grancher (de Paris), M. Vinay (de Lyon), ont montré que l'étuve Geneste et Herscher nous offrait toutes les garanties désirables, que sa valeur désinfectante était absolue.

MM. Geneste et Herscher construisent deux types distincts d'étuve : l'un est le type fixe, l'autre le type mobile destiné à se transporter à distance pour opérer les désinfections.

Ce type est appelé à rendre dans les épidémies, à la campagne ou dans les petites villes, les plus grands services.

Nous devons rechercher maintenant quelle est la valeur *économique* de ces étuves.

Le prix de revient en est certainement élevé, mais l'étuve, une fois établie, est d'un entretien et d'un usage peu coûteux. C'est là, d'ailleurs, une considération sur laquelle nous n'avons pas à insister. Beaucoup plus importante est pour notre sujet la question suivante : *Quelle est l'action de l'étuve sur les objets qu'on y place pour subir la désinfection? Ces objets sont-ils détériorés, et dans quelle mesure?*

C'est là, en désinfection, un point de vue très important, et c'est ce que surtout nous envisageons quand nous parlons de la *valeur économique* d'un désinfectant. Il importe au praticien d'être exactement fixé sur la *valeur économique* du désinfectant qu'il conseille, afin de ne pas exposer ses clients à des accidents qui lui seraient très vivement reprochés, s'il n'avait pas su les prévoir.

La formule pour l'étuve est la suivante :

L'étuve ne détériore aucun des objets soumis à son action : on peut impunément désinfecter, à l'étuve Geneste et Herscher, des étoffes précieuses, des tentures, des pièces de velours et de soie de toutes couleurs. Deux réserves seulement sont à faire :

I. Les objets de provenance animale — *peaux* (*gants* et *cuirs*, par exemple), *fourrures*, etc. — sont absolument mis hors d'usage par l'action de l'étuve.

II. Le linge taché ne saurait y être introduit sans une précaution que nous allons indiquer : lorsqu'on soumet du linge taché par du pus, du sang, etc. à l'eau à 100 degrés et à plus forte raison à la vapeur marquant 110, 115 degrés et plus, comme c'est le cas ici, les taches *s'impriment*, elles deviennent indélébiles.

M. Vinay a indiqué le procédé bien simple pour éviter cette impression du linge par les taches de pus, de sang, de matières fécales : il suffit de tremper au préalable le linge dans un baquet contenant une solution de permanganate de potasse.

b. Le *bichlorure de mercure ou sublimé corrosif.* — I. *Mode d'emploi.* — On fait avec le bichlorure de mercure des solutions désinfectantes au titre de 1 p. 1000, 0,50 p. 1000 et 1,50 ou 2 p. 1000. La solution à 1 p. 1000 est la plus courante. Elle se prépare bien facilement, sans addition d'alcool, le bichlorure de mercure étant parfaitement soluble à cette dose. Il est bon d'ajouter de l'acide tartrique qui augmente l'action désinfectante

du bichlorure de mercure, et aussi — pour éviter tout accident de méprise — de colorer la solution.

La formule du paquet désinfectant au bichlorure de mercure pour 1 litre d'eau sera donc la suivante :

Bichlorure de mercure	1 gramme.
Acide tartrique	4 —
Solution alcoolique de carmin d'indigo à 5 p. 100.	1 goutte.

La solution désinfectante ainsi préparée s'emploie de deux façons : 1° en lavage; 2° en pulvérisations.

1° On pratiquera les lavages désinfectants avec une brosse, un balai, une éponge, suivant les cas, trempés dans la solution.

2° Les pulvérisations se feront soit avec un pulvérisateur à main, soit, beaucoup mieux, avec un des grands pulvérisateurs construits par la maison Geneste et Herscher, pulvérisateurs très puissants, et détergeant énergiquement les surfaces sur lesquelles ils projettent leur jet.

II. La *valeur désinfectante* de la solution de bichlorure de mercure que nous venons de formuler est très haute, et le sublimé nous apparaît comme capable de désinfecter tous les objets qu'on *peut* soumettre à son action, à une exception près. On sait que, lorsque le bichlorure de mercure se trouve au contact de substances albuminoïdes, il se décompose, forme des albuminates insolubles et perd ainsi sa valeur désinfectante. De là, les échecs que l'on éprouve lorsqu'avec une solution de sublimé, on veut désinfecter des matières contenant des substances albumineuses : tels les matières fécales, le pus, etc. Un élève de Koch, M. Laplace, a montré qu'on pouvait rendre sa valeur au sublimé par l'addition d'un acide : l'acide chlorhydrique ou l'acide tartrique ; de là, la formule que nous conseillons, formule que nous empruntons aux auteurs les plus autorisés. Il sera sage, toutefois, de rester sur la réserve, et de ne point recourir à la solution de sublimé, même avec addition d'acide tartrique, pour la désinfection des selles. Nous dirons, ci-dessous, quelle conduite on doit tenir à l'égard de ces matières.

III. La valeur *économique* de la solution de sublimé est également très grande. On sait que le bichlorure amalgame les *dorures*, mais les dorures à bon marché, à bas prix, celles qu'on rencontre communément dans les ménages pauvres, à la campagne, etc., n'ont rien à craindre des pulvérisations, même avec des solutions à 2 et 4 p. 1000 de bichlorure de mercure : nous nous en sommes assuré directement, dans une série d'expériences faites en commun avec MM. Herscher et Basset. Nous n'hésiterons pas non plus, en nous en tenant à nos expériences, à plonger dans la solution de sublimé ou à traiter par les pulvérisations de sublimé la plupart des draps, étoffes, tentures, etc., noirs ou de couleur. La formule, à l'égard de tous ces objets, est la suivante : *la solution de sublimé ne produit aucune autre détérioration que celle que produirait l'eau seule*. On voit, par cette formule, quelle est la conduite à tenir dans les différents cas.

Les papiers qui tapissent les murs ne souffrent pas non plus du traitement par la solution de sublimé, à l'exception de ceux qui présentent des dorures fines, lesquelles sont amalgamées. Sous cette réserve, qui va de soi, la formule ci-dessus est pleinement applicable à ces sortes d'objets.

Le linge, les effets de toile, etc. n'ont naturellement rien à craindre des applications de la solution désinfectante, non plus que les planchers, murs, plafonds, etc.

c. Sulfate de cuivre. — Nous n'employons le sulfate de cuivre qu'en solution à 5 p. 100, dite solution forte, et nous réservons cette solution exclusivement pour la désinfection des selles.

d. Lait de chaux. — Voici, d'après MM. Chantemesse et Richard, la manière de préparer ce désinfectant :

« On prend de la chaux de bonne qualité, on la fait se déliter en l'arrosant petit à petit avec la *moitié de son poids d'eau.* Quand la délitescence est effectuée, on met la poudre dans un récipient soigneusement bouché et placé en un endroit sec. Comme 1 kilogramme de chaux, qui a absorbé 500 grammes d'eau pour se déliter, a acquis un volume de 2 litres 200, il suffit de la délayer dans le *double de son volume d'eau*, soit 4 litres 400, pour avoir un lait de chaux qui soit environ à 20 p. 100. Ce lait de chaux doit, autant que possible, être fraîchement préparé; on peut le conserver plusieurs jours, à la condition de le maintenir dans un vase bien bouché. »

Le lait de chaux, ainsi préparé, sert à la *seule désinfection des selles*, et les récentes expériences d'auteurs allemands et de MM. Chantemesse et Richard nous ont appris que c'était là un excellent désinfectant.

Le lait de chaux a encore un autre usage : il servira à la campagne ou en ville, dans les maisons de peu de valeur, au *blanchiment des murs* d'une pièce désinfectée, ce qui est, nous le dirons encore ailleurs, une excellente pratique.

Le lait de chaux destiné au blanchiment des murs ne se prépare pas de la même façon que le lait de chaux ci-dessus étudié. Mais il importe peu ici, car ce ne sera pas le rôle du médecin de donner une formule que tout ouvrier ou tout paysan pourra se procurer en quelques instants. Disons, cependant, qu'avec addition d'huile de lin, on obtient un blanchiment tout à fait consistant, et qui ne s'effrite pas.

e. Acide sulfureux. — L'acide sulfureux est obtenu par la combustion du soufre en fleurs ou en canons, substances également bon marché, et toujours sous la main.

La *valeur désinfectante* de l'acide sulfureux a été l'objet des plus vives contestations.

Une longue série d'expériences m'a amené à des conclusions qui peuvent se formuler de la façon suivante :

I. Les agents pathogènes des diverses maladies microbiennes de l'homme et au moins des plus communes : fièvre typhoïde, choléra, tuberculose, diphthérie, peuvent être détruits par l'acide sulfureux; mais il est nécessaire, pour atteindre cet effet, de brûler 60 grammes de fleur de soufre par mètre cube de la pièce où s'opère la désinfection.

II. Il est nécessaire d'agir en pièce hermétiquement close.

III. La pratique, jusqu'ici admise dans les désinfections par l'acide sulfureux, pratique qui consiste à brûler, dans une chambre close d'une façon illusoire, 25 à 30 grammes de soufre par mètre cube, est certainement à rejeter.

Je dirai ci-dessous comment j'entends la désinfection au moyen de l'acide sulfureux, et à quels cas, tout spéciaux, je la limite.

La *valeur économique* de l'acide sulfureux est assez médiocre.

L'acide sulfureux attaque les dorures, les objets métalliques, les couleurs, surtout à la dose massive qui, seule, nous paraît efficace. Il est à réserver pour des emplois très restreints, mais dans lesquels il peut rendre les plus signalés services : désinfection des *pièces de literie*; matelas, oreillers, traversins, couvertures; *linges* et *effets* grossiers.

f. L'*eau bouillante*, et maintenue à l'ébullition, a une très grande valeur désinfectante, que dans la pratique des désinfections *médicales*, c'est-à-dire s'appliquant aux maladies microbiennes ordinaires, on peut considérer comme absolue, à la seule condition que l'ébullition soit maintenue un temps suffisant : vingt à trente minutes.

La *valeur économique* de la désinfection par l'eau bouillante est très restreinte : les linges seuls et les effets de toile grossière peuvent subir cet agent, et avec la restriction que les linges tachés ne doivent pas être plongés d'emblée dans l'eau à 100 degrés, mais mis d'abord à l'eau froide, qui sera portée ensuite lentement à l'ébullition.

g. Le *feu* est naturellement le meilleur des désinfectants puisqu'il détruit à tout jamais la matière dangereuse; on conçoit naturellement que son emploi doit être très restreint, et ne porter que sur des objets de valeur à peu près nulle ; mais dans ces cas il ne faut pas hésiter à y avoir recours (paillasse, etc.).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 décembre. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Auffret (de Brest) qui se porte candidat au titre de correspondant national;

2° Des notes et des plis cachetés relatifs au traitement de la tuberculose, par MM. les docteurs Gauthier (de Lyon), de Pezzer et Eugène Labbé (de Paris).

COMMUNICATIONS

Anastomose de l'intestin grêle et de l'S iliaque pour un anus contre nature. — M. CHAPUT, au nom de M. Terrillon et au sien, communique l'observation d'une femme de cinquante-huit ans, qu'il a opérée par l'anastomose de l'S iliaque à l'intestin grêle, pour un anus ombilical consécutif à une hernie étranglée et compliqué de rétrécissement des deux bouts. Le 12 juin, il fit la laparotomie médiane et fixa dans la plaie l'intestin grêle et l'S iliaque, qui furent ensuite perforés. Le 21 juin, il appliqua une pince à pression pour tâcher d'établir l'anastomose; il échoua; ainsi que les 9 et 30 juillet. Alors, le 14 août, il tenta l'oblitération de l'orifice par le procédé de l'abrasion et de la ligature en masse, il échoua encore. Le 12 septembre, il fit l'entéro-anastomose en un seul temps par le procédé de Wœlfler, avec un plan de suture muqueux et un séreux. L'opérée guérit fort bien; quelques matières sortaient par l'ombilic quand elle avait la diarrhée. Elle succomba, le 20 octobre, à une affection rénale. L'insuccès du procédé de la pince était dû à la trop grande épaisseur de l'intestin.

Toxémie cataméniale héréditaire. — M. HENROT (de Reims) communique l'observation d'un nouveau-né qui a présenté une éruption spéciale se manifestant toujours au même point et à l'époque correspondant soit aux périodes menstruelles supposées pendant l'allaitement, soit aux périodes réelles après le sevrage.

La mère de cet enfant est une femme de vingt ans, bien portante et sans antécédents héréditaires. Les suites de couches ont été normales; deux mois environ après l'accouchement, il se produisit, sur la vulve et sur la partie supéro-interne de la cuisse droite, une éruption mal déterminée, qui disparut au bout de huit jours. Un mois après environ, se développa chez l'enfant une éruption analogue, à la vulve et à la partie supéro-interne de la cuisse droite. Cette éruption disparut au bout de sept à huit jours, mais au bout d'un mois, deux boutons apparurent à la partie supérieure de la cuisse et il en fut ainsi chaque mois.

Le même phénomène se reproduisit quand l'enfant fut sevré; tous les mois, deux jours avant l'apparition des règles chez la mère, on voyait apparaître deux petites vésicules sur la cuisse de l'enfant. Cela dura ainsi pendant quinze mois.

Si ce phénomène n'avait eu lieu que pendant la période d'allaitement, il s'expliquerait facilement par une modification momentanée dans la composition du sang, mais il se produisait après la suppression directe de tout échange entre la nourrice et l'enfant. M. Henrot est donc disposé à admettre que l'éruption de la mère, qui s'est produite deux mois après l'accouchement, a modifié assez profondément le sang maternel pour que celui-ci communique au lait des propriétés spéciales qui, à leur tour, vont pour quinze ou seize mois modifier le sang, et par conséquent la constitution de l'enfant. Il propose le nom de « toxhémie cataméniale héréditaire » pour désigner la nature et la forme de ces accidents.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. LÉON COLIN rappelle que, dans la discussion, on a émis le vœu d'une réduction plus grande encore du temps de service militaire. Si l'Académie ne peut statuer à cet égard, au moins est-il de sa compétence de chercher à atténuer, par l'hygiène, les inconvénients de la vie militaire.

Le temps n'est plus où la caserne à bâtir était, pour les municipalités, un mode d'assainissement, de relèvement des quartiers déclassés; mais l'on peut démontrer facilement l'influence de l'insalubrité de la ville elle-même, sur les épidémies de fièvre typhoïde dans l'armée. Le défaut commun des casernes est de concentrer, en des villes dangereuses, des sujets y arrivant à l'âge de prédilection de la fièvre typhoïde, surtout depuis l'application de la loi de 1872. Et cependant on admet difficilement que le soldat, dont l'organisme présente, en raison de l'âge, une exquise sensibilité, puisse déceler l'existence de causes morbides nées en dehors de son habitation ; or, M. Colin rappelle avoir fait maintes fois ressortir la simultanéité d'atteinte, dans ces épidémies, des corps de troupes et des groupes comparables de la population civile. Souvent même, alors que la statistique de l'armée témoignait officiellement de l'existence, dans telle garnison, d'une maladie contagieuse, les registres des mairies affirmaient à tort l'immunité de la population civile. C'est une des raisons pour lesquelles il est indispensable de rendre obligatoire la déclaration des affections contagieuses susceptibles d'épidémicité; ainsi l'on pourra connaître l'état réel de la salubrité des villes et éviter des dangers graves au pays, à la défense nationale.

M. Colin rappelle les améliorations qu'on ne cesse de réaliser, surtout depuis plusieurs années, dans l'hygiène militaire : construction de nouvelles casernes offrant les meilleures conditions de salubrité, amenées d'eau pure et filtration des eaux d'alimentation, procédés perfectionnés d'évacuation immédiate des matières usées, vaccination et revaccination des soldats dès leur arrivée au régiment, installation d'appareils de balnéation dans les casernes, désinfection des locaux et des effets en temps d'épidémie, etc. L'armée a bénéficié de tous ces progrès et l'application de ces mesures n'a pas manqué de produire les résultats les plus heureux. Aussi l'assainissement parallèle des localités, dont s'occupe avec plus de souci que jamais l'administration civile, s'impose-t-elle de plus en plus aux pouvoirs publics.

M. LE FORT, répondant au discours de M. Hardy, dit qu'il ne croit pas que le défaut de natalité soit chez nous une question de race. Au Canada, la natalité est si grande qu'elle menace d'y devenir un péril social ; or, ce sont précisément des anciens Normands qui ont colonisé cette province de l'Amérique. Même en France, les Normands se multiplient beaucoup. Quant à la Belgique, il ne faudrait pas croire que la prolificité y soit une affaire de race. La zone belge, limitrophe de la France, est presque exclusivement habitée par des Flamands. Les Wallons, dont les Français du Nord font partie, sont assez éloignés de la terre française proprement dite. Or, dans ces deux zones, flamande et wallone, la natalité est sensiblement la même; dans la province de Liège, pays wallon, la natalité est plus forte que dans le reste de la Belgique.

La Hongrie ne saurait servir d'exemple. Si la natalité y est plus forte, la morbidité y est plus grande.

RAPPORT

Vaccine. — M. HERVIEUX achève la lecture du rapport général sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1889.

LECTURES

Sur une forme prolongée de cocaïnisme aigu. — M. HALLOPEAU se propose d'établir que les troubles caractéristiques du cocaïnisme aigu peuvent se prolonger durant un laps de temps considérable, et constituer pour le malade un état des plus pénibles.

A l'appui de cette opinion, il communique l'observation suivante. (Sera publiée.)

Résection du rectum. — M. HOUZEL (de Boulogne-sur-Mer) communique l'observation d'un homme de soixante-dix ans qui

était atteint d'un cancer annulaire du rectum, commençant à 4 centimètres de l'anus et s'étendant sur une hauteur de 7 à 8 centimètres. Le tube digestif ayant été préalablement désinfecté avec le régime lacté et le naphtol camphré, M. Houzel pratiqua l'opération suivante. L'anus fut fendu jusqu'au coccyx qui fut réséqué; la partie saine du rectum attenante au sphincter ayant été disséquée, puis séparée du néoplasme, le cancer fut séparé avec les doigts des parties voisines, le cul-de-sac recto-vésical fut ouvert, puis l'S iliaque étant suffisamment abaissé, toutes les parties malades furent réséquées avec des ciseaux. L'opérateur avait dû enlever une partie de la prostate et les vésicules séminales, les canaux déférents ayant été coupés entre deux ligatures de soie aseptique. Après avoir suturé le péritoine, l'S iliaque fut réuni à la portion restante du rectum par une suture au gros catgut à points séparés, un drain fut mis dans la plaie qui fut recouverte d'un pansement antiseptique.

Les suites furent simples. Le malade fut très bien portant pendant quelques mois. La récidive apparut sept mois après sur la marge de l'anus.

DÉCLARATION DE VACANCES

M. LE PRÉSIDENT déclare deux vacances, l'une dans la section de médecine vétérinaire en remplacement de M. Goubault, décédé, et l'autre dans la section de physique et de chimie médicales en remplacement de M. Gavarret, décédé.

COMITÉ SECRET

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er décembre 1890, ont été nommés dans le corps de santé militaire, au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang dudit jour, et par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations ci-après indiquées, les médecins stagiaires à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires dont les noms suivent :

MM. Rouget, désigné pour l'hôpital militaire du Val-de-Grâce (laboratoire de bactériologie); Moingeard, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; Patte, pour le 94e d'infanterie; Chabrut, pour l'hôpital militaire Saint-Martin; Labougle, pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris; Friant et Braün, pour l'hôpital militaire de Nancy; Courtet, pour l'hôpital militaire Saint-Martin; Zumbiehl, pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou; Patris de Broë, pour le 9e cuirassiers.

MM. Biscons, désigné pour l'hôpital militaire de Toulouse; Blum, pour l'hôpital militaire de Marseille; Sibut, pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou; Bonnet, pour l'hôpital militaire de Versailles; Decaux, pour le 5e d'infanterie; Chambaud, pour l'hôpital militaire de Versailles; Spillmann, pour le 7e cuirassiers; Maré, pour l'hôpital militaire de Versailles; Fromont, pour le 16e bataillon de chasseurs à pied; Iversenc, pour le 7e d'artillerie.

MM. Vialaneix, désigné pour l'hôpital militaire de Toulouse; Lespinasse, pour l'hôpital militaire de Bordeaux; Georges, pour l'hôpital militaire de Nancy; Pichon, pour le 156e d'infanterie; Ausset, pour le 107e d'infanterie; Baïssas, pour le groupe des batteries alpines des 2e et 19e régiments d'artillerie; Barré, pour le 24e d'infanterie; Darricarrère, pour le 87e d'infanterie; Albert, pour l'hôpital militaire de Vincennes; Malafosse, pour le groupe des batteries alpines du 19e d'artillerie.

MM. Poureur, désigné pour le 5e chasseurs; Deumier et Lovy, pour l'hôpital militaire de Vincennes; Merlat, pour le 38e d'infanterie; Busquet, pour l'hôpital militaire de Toulouse; Roy, pour l'hôpital militaire de Marseille; Lucy, pour le 16e chasseurs; Teissier, pour le 3e bataillon de chasseurs à pied; Cuvillier, pour le 160e d'infanterie; Thomas, pour le 4e bataillon de chasseurs à pied.

MM. Vuillaume, désigné pour le 33e d'infanterie; Bricot, pour l'hôpital militaire de Lille; Vielle, pour l'hôpital militaire de Bayonne; Alix, pour le 4e d'artillerie; Duron, pour l'hôpital militaire de Villemanzy, à Lyon; Vigneron, pour l'hospice mixte de Verdun; Martin, pour le 152e d'infanterie; Franquet, pour le 25e bataillon de chasseurs à pied; Mauroux, pour l'hôpital militaire de Marseille; Manceau, pour l'hôpital militaire de Lille.

MM. Fagot, désigné pour l'hospice mixte de Toul; Cousin, pour l'hôpital militaire de Villemanzy; Dodiau, pour l'hôpital militaire de Bourges; Giraud, pour le 2e dragons; Ferrant, pour l'hôpital militaire de Bourges; Pouy, pour le 18e dragons; Glorget, pour le 42e d'infanterie; Sendral, pour le 26e bataillon de chasseurs à pied; Althoffer, pour l'hôpital militaire de Villemanzy; Bourguedieu, pour l'hôpital militaire de Marseille.

MM. Moutet, désigné pour l'hôpital militaire de Rennes; Mathurié, pour l'hôpital militaire de Nice; Cadet, pour l'hôpital militaire de Rennes; Cauvet, pour le 133e d'infanterie; Faivre, pour le 35e d'infanterie; Beaujean, pour le 64e d'infanterie; Vèzes, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons; Demery, pour l'hôpital militaire de Perpignan.

MM. Rougier, désigné pour le 116e d'infanterie; Austric, pour le 156e d'infanterie; Leclerq, pour le 5e hussards; Cultin, pour le 147e d'infanterie; Lafaye, pour l'hôpital militaire de Briançon; Boursiac, pour l'hospice mixte d'Épinal; Amat, pour l'hospice mixte de Lunéville; Grémillon, pour l'hôpital militaire de Belfort; Larrieu et Louët, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons; Thooris, pour l'hôpital militaire de Belfort.

— Par décret, en date du 1er décembre 1890, M. Wertheimer, agrégé, est nommé professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lille.

M. Lemoine, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale, à ladite Faculté.

M. Jolyet, professeur de médecine expérimentale à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé, sur sa demande, professeur de physiologie à ladite Faculté.

— Le Comité consultatif d'hygiène publique de France a, sur le rapport de M. le professeur Grancher, adopté les conclusions suivantes :

« Il n'y a pas lieu de créer, hors de Paris, un hôpital de diphthériques; il y a des réformes importantes à apporter dans les services hospitaliers où sont recueillis les diphthériques; des mesures doivent être prises pour empêcher le transport des diptheriques dans les voitures publiques ou, au cas où ce transport n'aurait pu être empêché, pour rendre ces voitures inoffensives; il y a lieu de recommander la création, en dehors de Paris, d'un service d'enfants diphthériques convalescents. »

— M. Alpy, conseiller municipal du quartier de l'Odéon, vient de déposer sur le bureau du Conseil général une proposition ayant pour objet la création, à Paris, d'un Institut de médecine légale. On ne saurait trop désirer le succès de cette initiative. Les études médico-légales pourraient enfin être dignement poursuivies.

— M. le docteur A. Guébhard, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du comité d'inspection et d'achat de livres près la bibliothèque de Saint-Vallier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Coppinger (de Bordeaux).

— Une association amicale entre les médecins de réserve des armées de terre et de mer et de l'armée territoriale vient de se constituer à Paris. Elle a pour but principal de créer des relations entre les membres du corps de santé et de tenir ses membres au courant des modifications de service. Des conférences doivent être organisées dans ce but au Cercle militaire.

L'association comprend comme membres titulaires les médecins de réserve et territoriaux domiciliés dans le gouvernement militaire de Paris, et comme membres correspondants ceux qui habitent en dehors de cette zone.

La cotisation annuelle est de 5 francs; les séances ont lieu six fois par an au Cercle militaire; il y aura un bulletin périodique.

Le bureau nommé dans la première séance, qui a eu lieu le 17 novembre dernier, est ainsi constitué :

Président, M. le docteur Kuhff; vice-président, M. le docteur Picqué;

Secrétaire général, M. le docteur Gorecki; secrétaire des séances, M. le docteur Ledé; trésorier, M. le docteur Lelongt.

Ceux des médecins de réserve ou de l'armée territoriale qui désireraient faire partie de cette association amicale sont priés de s'adresser, pour obtenir communication des statuts et règlement, soit au président, M. Kuhff, rue de Rivoli, 69; soit au secrétaire général, M. Gorecki, boulevard Haussmann, 86.

— MM. Joffroy et Jules Voisin, médecins de la Salpêtrière, commenceront des conférences sur les maladies nerveuses et mentales, le jeudi 4 décembre 1890, à neuf heures trois quarts, au petit amphithéâtre de l'Infirmerie, et les continueront les jeudis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 140. — SAMEDI 6 DÉCEMBRE 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 6 DÉCEMBRE 1890. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'ophthalmoplégie nucléaire extérieure.

Par M. le docteur Paul RAYMOND,
Ancien interne des hôpitaux.

I

L'ophthalmoplégie nucléaire extérieure est constituée par la paralysie des muscles moteurs du globe oculaire, les mouvements de la musculature intérieure, pupille et accommodation, étant conservés. Cette ophthalmoplégie n'intéresse donc que les muscles extrinsèques de l'œil par opposition à l'ophthalmoplégie intrinsèque ou interne qui frappe le sphincter de l'iris et le muscle ciliaire, et à l'ophthalmoplégie mixte qui porte à la fois sur les muscles extrinsèques et sur les muscles intrinsèques. On trouve l'ophthalmoplégie que nous allons étudier désignée, le plus souvent, sous le nom d'ophthalmoplégie externe, mais, ainsi que le fait remarquer M. Panas (1), ces mots « externe, interne » peuvent prêter à la confusion, et il est préférable de les remplacer par les termes « extrinsèque ou intrinsèque », ou encore, comme le propose Mauthner, par les dénominations d'extérieure et d'intérieure. Comme le fait encore remarquer M. Panas, il est un certain nombre de lésions qui peuvent déterminer une ophthalmoplégie : c'est ainsi qu'une altération limitée du sinus caverneux, de la fente sphénoïdale, peut intéresser quelques filets nerveux séparément, et donner lieu à une ophthalmoplégie. De même, l'inflammation primitive des muscles de l'œil dans l'orbite, de quelque nature qu'elle soit, pourra aussi, dans certaines circonstances, donner le change. Il n'est pas jusqu'aux névrites périphériques qui ne puissent simuler l'ophthalmoplégie et récemment, le professeur Meyer (de Strasbourg) a publié un cas de ce genre (2) ; de même Mœbius, au dire de Kojewnikoff (3).

(1) PANAS. Leçons sur les paralysies oculaires, *Union médicale*, 1885, t. II, p. 637.

(2) MEYER. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1888.

(3) KOJEWNIKOFF. Ophthalmoplégie nucléaire, *Progrès médical*, 1887, p. 179.

Certes, dans ces différents cas, il est un ensemble de signes qui permettent de localiser la cause de l'ophthalmoplégie, mais ils montrent bien qu'il est inexact de considérer l'expression d'ophthalmoplégie extérieure comme synonyme d'ophthalmoplégie nucléaire, comme on le voit dans certains travaux publiés sur cette question. Que l'ophthalmoplégie nucléaire soit la plus fréquente, la règle, si l'on veut; que les autres causes soient exceptionnelles, d'accord, mais il ne résulte pas moins, de leur existence même, que la précision est nécessaire et que la différenciation entre les variétés d'ophthalmoplégie, aujourd'hui connues, s'impose. J'ai donc pour but de me limiter, dans cette Revue, à cette affection du système nerveux central, déterminée par une altération des noyaux moteurs qui président à l'innervation des muscles oculaires, en un mot, à l'ophthalmoplégie nucléaire. De plus, je n'étudierai qu'une variété de cette ophthalmoplégie, celle qui frappe la musculature extérieure de l'œil, respectant, comme je l'ai dit, le centre photo-moteur et le centre de l'accommodation ; je me bornerai, en d'autres termes, à esquisser l'histoire de l'ophthalmoplégie nucléaire extérieure. Il était donc nécessaire de s'entendre sur la valeur des termes.

Cette question de l'ophthalmoplégie nucléaire extérieure est, à vrai dire, toute récente. Elle ne date guère que de 1878, car si l'on peut trouver des observations anciennes de paralysie de la troisième paire, dans lesquelles il est indiqué que la musculature extérieure de l'œil était paralysée, la musculature intérieure restant indemne, on interprétait ces observations d'une façon erronée en se basant sur l'expérience de Pourfour et Petit. On pensait que, dans ces cas, la sixième paire fournissait la racine motrice du ganglion ophthalmique, d'où la conservation des mouvements de la pupille et de l'accommodation. Des notions plus complètes sur cette question sont dues à de Græfe, en 1868. De Græfe étudie ces troubles oculaires et il les compare à la paralysie glosso-labio-laryngée ; il montre que deux signes principaux caractérisent cette ophthalmoplégie : la persistance de l'accommodation et des mouvements pupillaires ; l'intégrité relative du releveur de la paupière. De Græfe, cependant, ne soupçonnait pas l'origine nucléaire de ces paralysies. En 1875, M. Gayet constate à l'autopsie d'un malade, atteint de cette ophthalmoplégie, une inflammation aiguë des noyaux moteurs de l'œil. En 1876, à propos d'une deuxième observation, il admet bien une altération de l'origine des nerfs moteurs, mais par suite de l'ignorance où l'on était alors de l'anatomie de ces

noyaux, il ne peut donner aucune explication de l'intégrité de la musculature intérieure.

A cette époque, en effet, tous les filets de l'oculo-moteur commun étaient censés venir d'un seul et même groupe cellulaire.

En 1878, Hensen et Vœlkers font connaître le résultat de leurs recherches expérimentales sur les origines nucléaires multiples du nerf de la troisième paire et quelques mois après, Fœrster explique l'intégrité des mouvements pupillaires et de l'accommodation par la limitation de l'altération nucléaire. C'est parce que les noyaux qui président à ces fonctions sont distincts et restent indemnes, qu'il n'y a aucun trouble dans la musculature intérieure de l'œil.

En 1879, Hutchinson explique de même l'ophthalmoplégie extérieure par une lésion nucléaire, mais il attribue l'ophthalmoplégie intérieure à une lésion orbitaire, tandis que M. Parinaud, en 1880, montre que toutes deux peuvent être nucléaires et isolées, suivant que la lésion siège en des points différents.

A partir de 1882, les travaux se multiplient. Lichtein étudie à nouveau les ophthalmoplégies nucléaires, puis Wernicke fait paraître ses recherches sur la polio-encéphalite supérieure aiguë et chronique. En 1885, Mauthner, dans ses cahiers d'études ophthalmologiques, consacre à cette question des travaux qu'il continue en 1886 et en 1889. En France, l'ophthalmoplégie nucléaire est moins étudiée qu'à l'étranger, mais des observations sont néanmoins publiées, surtout dans ces dernières années. M. A. Robin, en 1880, dans sa thèse d'agrégation, mentionne cette ophthalmoplégie et il fait remarquer que M. le professeur Fournier avait, l'un des premiers, pressenti l'essence de ces paralysies dissociées des muscles de l'œil. En 1885, paraissent les importantes leçons de M. le professeur Panas (1) où l'ophthalmoplégie nucléaire est traitée avec quelques développements. La même année son élève, M. Blanc, consacre sa thèse aux paralysies du moteur oculaire commun, et il y étudie fort bien l'ophthalmoplégie externe (2). Il revient deux ans après sur cette question, dans un travail auquel nous avons fait de nombreux emprunts (3). Citons enfin, sans parler des observations, une leçon de M. Valude (4), un travail de Kojewnikoff (5) et, tout récemment, une Revue générale de M. le docteur Dufour (6), dans laquelle on trouvera, ainsi d'ailleurs que dans la thèse de M. Blanc, une bibliographie fort complète, que nous nous dispenserons de reproduire ici.

II

Aperçu anatomique de la région oculo-motrice. — Tandis que le pathétique et le moteur oculaire externe tirent chacun leur origine d'un noyau unique et compacte, le nerf de la troisième paire naît, au contraire, de noyaux distincts et séparés, chacun d'eux présidant à l'innervation d'une seule branche du tronc nerveux. Hensen et Vœlkers ont en effet montré en 1878, que l'origine du moteur commun est multiple et qu'elle est représentée par une colonne de cellules nerveuses allongée sous le plancher de l'aqueduc de Sylvius, dont elle est séparée par une légère couche de substance grise. Cette colonne comprend un nombre de petits centres égal à celui des branches du nerf moteur commun, qui se rendent à la musculature extérieure de l'œil. Cette colonne constitue le noyau principal de la troisième paire. En avant d'elle, se trouve, au-dessous du plancher du troisième ventricule, un second groupe cellulaire, qui préside à l'innervation des filets de la musculature intérieure de l'œil.

Des recherches de Kahler et Pick en 1881, de Darkschewitsch, en 1889, il résulte que l'existence de ces deux noyaux principaux est parfaitement réelle et qu'il y a bien, comme l'avaient montré Hensen et Vœlkers, un groupe cellulaire inférieur pour les muscles extrinsèques du globe oculaire et un groupe cellulaire supérieur pour les muscles intrinsèques. Ce dernier est un peu plus éloigné de la ligne médiane que le précédent. Les cellules nerveuses qui le constituent sont aussi plus petites.

Suivant donc que l'un ou l'autre de ces deux noyaux et, dans l'inférieur, tel ou tel groupe cellulaire sera intéressé, il en résultera une paralysie parfaitement limitée ou plus ou moins généralisée.

L'ordre dans lequel s'échelonnent ces différents centres est encore discuté. Dans le groupe cellulaire antérieur ou supérieur, se trouvent les centres de l'accommodation (muscle ciliaire) et le centre photo-moteur (sphincter de l'iris). Dans le groupe inférieur du postérieur, les centres moteurs s'étagent de la façon suivante, d'après Pick et Kahler :

Groupe supérieur.

Muscle ciliaire. — Sphincter irien.

Groupe inférieur.

Côté médian		Côté latéral
	Droit interne.	Releveur de la paupière.
		Droit supérieur.
	Droit inférieur.	Oblique inférieur.
		Pathétique.

Nous empruntons ce schéma de Pick et Kahler à M. Dufour, qui donne aussi le schéma de Hensen et Vœlkers, un peu différent, en ce sens surtout que, d'après ces auteurs, les centres se succèdent sur une même colonne, tandis que, dans le schéma précédent, on en voit qui sont situés latéralement, les uns par rapport aux autres. Il est possible, d'ailleurs, que la disposition indiquée par Hensen et Vœlkers soit celle que l'on rencontre seulement chez le chien, car c'est sur cet animal qu'ils ont fait porter leurs recherches. Quant au noyau du pathétique, il est situé sur les parties antéro-latérales de l'aqueduc de Sylvius, près de son entrée. Il est en arrière et dans la même colonne grise que le noyau du moteur commun, auquel il est immédiatement contigu.

Le schéma précédent montre que le noyau du releveur de la paupière est situé au voisinage du groupe supérieur, c'est-à-dire du muscle ciliaire et du sphincter irien. « Ce fait conduit à l'hypothèse suivante, dit M. Dufour : on pourrait peut-être expliquer, par cette position, l'intégrité relative du releveur de la paupière qui est un des signes caractéristiques de l'ophthalmoplégie extérieure. On pourrait, dans ce cas, penser à un processus morbide qui attaquerait tous les noyaux inférieurs, mais ne s'étendrait que peu ou pas au noyau le plus supérieur du groupe et n'atteindrait

(1) Panas. Paralysies des muscles de l'œil, *Union médicale*, 1885, t. II, p. 637.
(2) Blanc. Thèse de Paris, 1885, p. 88.
(3) Blanc. *Archives générales de médecine*, 1887, p. 57.
(4) Valude. *Union médicale*, 1889, t. I, p. 751.
(5) Kojewnikoff. Loc. cit.
(6) Dufour. *Archives d'oculistique*, mars 1890.

pas du tout les deux noyaux du groupe supérieur. L'objection principale, c'est qu'il y a un intervalle bien constaté entre les deux groupes de cellules supérieur et inférieur et que chacun d'eux est irrigué par une artère spéciale. » Le territoire nucléaire antérieur (celui des muscles intrinsèques) est, en effet, irrigué par l'artère communicante antérieure, tandis que la colonne des noyaux postérieurs (ceux des muscles extrinsèques) est vascularisée par la communicante postérieure.

Ainsi donc, en résumé, à la notion ancienne d'un noyau unique pour l'origine du moteur oculaire commun, s'est substituée celle de deux noyaux principaux bien distincts, comprenant chacun un certain nombre de petits territoires cellulaires qui président isolément à l'innervation de chacun des muscles de l'œil.

Que si, maintenant, on envisage ces centres moteurs, non plus isolément, mais dans leurs rapports avec la substance nerveuse qui les environne, on se rend parfaitement compte de certaines particularités cliniques intéressantes.

Les centres moteurs de la troisième paire, étagés entre le troisième et le quatrième ventricule et se continuant avec les centres moteurs des quatrième et sixième paires, ne sont, en effet, que le prolongement de la colonne motrice bulbaire, qui, elle-même, continue la corne antérieure de la moelle. Or, la pathologie de cette substance grise est, ainsi que nous le verrons, sensiblement la même, suivant qu'on l'envisage dans la moelle, au niveau du bulbe, ou dans la protubérance, et ces relations anatomiques donnent la raison de ces similitudes morbides en même temps qu'elles expliquent bien comment une ophthalmoplégie extérieure peut être consécutive à une paralysie bulbaire, à une atrophie musculaire progressive, et comment inversement ces deux dernières affections peuvent succéder à une ophthalmoplégie nucléaire. On sait, par exemple, que Henri Heine fut atteint d'ophthalmoplégie intérieure, qui devint mixte, puis fut suivie de paralysie bulbaire et, enfin, d'atrophie musculaire progressive qui amena la mort.

Mauthner a signalé un autre cas semblable. De même, le processus destructif parti de la moelle peut dépasser le noyau inférieur de la troisième paire, et après avoir envahi peu à peu chaque nerf séparément, atteindre le noyau supérieur au niveau du troisième ventricule.

En résumé, la pathologie de chacun des segments de cette colonne grise cérébro-spinale peut être isolée ou bien liée à celle des segments voisins. Il en résulte des modalités cliniques nombreuses, au milieu desquelles il est facile de reconnaître les relations, car il s'agit, somme toute, des mêmes altérations primitives des cellules.

Parfois, la maladie en progressant atteint des territoires nerveux, dont les fonctions sont alors compromises. Dans une quantité d'observations d'ophthalmoplégie nucléaire, on trouve notées la polyurie, l'albuminurie, la glycosurie; toutes complications qui se rencontrent principalement, nous le verrons, dans la forme progressive de l'ophthalmoplégie extérieure. Ces symptômes surajoutés s'expliquent facilement avec la connaissance que nous avons des centres du plancher du quatrième ventricule. Nous ferons remarquer, après MM. Panas et Blanc, que, dans certains cas, dits de diabète, dans lesquels il existait de l'ophthalmoplégie, il est vraisemblable qu'il s'agissait de la même cause portant sur les zones centrales que nous avons mentionnées et déterminant à la fois de la glycosurie et de l'ophthalmoplégie; qu'il s'agissait, en d'autres termes, de cette forme de diabète nerveux bien différente du diabète gras ordinaire des arthritiques et qui est due à une lésion du plancher ventriculaire.

Que l'on suppose encore la lésion cellulaire portant sur les noyaux oculo-moteurs et sur la colonne grise antérieure de la moelle, et l'on aura le complexus symptomatique que présentaient les deux malades sur lesquels M. le professeur Charcot a insisté dans sa leçon. Il y a, dans ces cas, amyotrophie concomitante, plus ou moins généralisée, à marche tantôt suraiguë, tantôt lente et progressive. M. Charcot relevait huit observations de ce genre. Encore une fois, toutes les combinaisons cliniques sont possibles, selon que tel ou tel centre se trouvera intéressé, selon que l'axe gris, myélo, bulbo, protubérantiel sera lésé dans une étendue plus ou moins considérable et suivant aussi que ces lésions offriront une marche aiguë, chronique, progressive, etc.

III

Un malade atteint d'ophthalmoplégie extérieure se présente en clinique avec l'aspect suivant :

Au début, et celui-ci a été le plus souvent lent et insidieux, il y a eu une paralysie de l'un des muscles d'un œil. Cette paralysie a été d'emblée complète ou bien elle s'est progressivement complétée, car ce tableau clinique peut se présenter avec des modalités diverses; aussi notre description est-elle forcément un peu schématique. En quelques semaines ou en quelques mois, la paralysie s'étend à tous les muscles extrinsèques de la troisième paire, puis le côté opposé se prend à son tour, s'il n'a été affecté en même temps que le premier : l'ophthalmoplégie est, en effet, le plus souvent double et symétrique. La paralysie se montre, en général, du côté opposé, avant d'avoir anéanti le fonctionnement de toutes les branches extérieures du nerf primitivement affecté. La maladie continuant, la quatrième paire, puis la sixième sont atteintes à leur tour et ainsi se suppriment les mouvements des muscles qu'elles innervent. Il est exceptionnel que la maladie se limite à la troisième paire : les autres paires nerveuses peuvent être envahies avant le moteur commun; le fait est assez rare, cependant : ce qu'on voit plus souvent, c'est leur participation à la paralysie avant que celle de la troisième paire se soit étendue à toutes les branches de ce nerf. « Un symptôme important de l'affection, dit M. Blanc, consiste dans le mode de propagation de la paralysie qui s'effectue d'une façon tout à fait indépendante de la distribution anatomique du nerf. Ainsi le droit supérieur et le droit inférieur pourront être les seuls muscles compris d'abord dans la paralysie, alors que les autres conservent leur fonctionnement.

Les paupières sont tombantes et cachent, plus ou moins, les globes oculaires, ce qui donne au malade un air endormi (1). Les yeux ne pouvant se mouvoir dans aucun sens, le regard est fixe et le malade est obligé de recourir aux muscles du cou et de tourner la tête pour fixer un objet. Les yeux semblent figés dans de la cire (Benedik). Le regard est vague parce que les axes optiques ne sont plus parallèles (Charcot). Il est rare que la chute de la paupière supérieure soit complète et cela, alors même que toutes les autres branches extérieures du nerf sont totalement anéanties. Souvent, il suffit d'un effort de la volonté pour

(1) Charcot. Leçon professée le 20 juin 1890 et publiée dans la *Gazette hebdomadaire*, juillet 1890.

que le malade puisse relever la paupière, ou bien encore le malade cherche à suppléer à l'action du releveur de la paupière, en faisant entrer en jeu son muscle frontal : il plisse le front pour tenir les yeux ouverts. L'immobilité des globes oculaires est alors complète, mais, là encore, on trouve tous les degrés, suivant que la paralysie prédomine sur tel ou tel muscle.

Voici, par exemple, un malade cité par M. Valude et chez lequel tous les muscles extérieurs de l'œil innervés par le moteur commun sont paralysés, mais l'œil droit est en strabisme divergent et un peu inférieur à cause de l'action du grand oblique : la diplopie est croisée. « Je vous ai fait remarquer, dit M. Valude, que le droit interne était paralysé dans les mouvements de convergence qui sont produits par l'intermédiaire du nerf de la troisième paire, mais que ce même muscle avait conservé le pouvoir de se mobiliser en dedans dans ses mouvements d'association avec le droit externe de l'œil opposé. Cette dissociation dans les mouvements tient, vous le savez, à ce que le muscle droit interne reçoit ses innervations de deux sources, du nerf de la troisième paire pour ce qui regarde les mouvements de convergence et cette action est ici paralysée ; du nerf moteur oculaire externe *de l'autre œil*, par l'anastomose découverte par Duval pour les mouvements conjugués de latéralité. Cette action est conservée chez notre malade dans son intégrité. » Encore une fois, tous les types cliniques sont possibles et l'on ne peut avoir la prétention de donner une descripton qui convienne à tous les cas. En général, cependant, l'immobilité est complète et l'axe des yeux n'est pas dévié.

Le caractère capital de l'ophthalmoplégie extérieure est l'intégrité du sphincter irien et du muscle ciliaire. La paralysie n'atteint pas les muscles intrinsèques de l'œil. Nous verrons, cependant, qu'il y a là une distinction importante à établir. Dans une forme d'ophthalmoplégie extérieure, la lésion est progressive et finit par atteindre le muscle ciliaire et le centre photo-moteur ; l'ophthalmoplégie, d'abord extérieure, est, dans la suite, devenue mixte. Ce serait une erreur d'éliminer, dans ces cas, le diagnostic d'ophthalmoplégie nucléaire. La paralysie intérieure de l'œil présente alors, dit M. Blanc, des dissociations bizarres, telles que l'immobilité pupillaire avec persistance de l'accommodation, la paralysie ciliaire avec myosis ou encore une dilatation anomale de la pupille, qui permettent de remonter à l'origine centrale des lésions.

Ajoutons qu'on ne trouve, dans l'ophthalmoplégie nucléaire, aucun retentissement sur les parties voisines, qu'il n'y a pas réaction sur les centres nerveux, que la céphalalgie, les vomissements, les troubles intellectuels font défaut et que toute la symptomatologie se borne à la suppression lente et graduelle des nerfs qui président à la fonction oculo-motrice.

Lorsque l'ophthalmoplégie nucléaire résulte d'une inflammation atrophique des noyaux moteurs, elle est généralement facile à reconnaître, dit Blanc. Il y a, dans la marche de l'affection, dans ses progrès insidieux, dans la bilatéralité des symptômes, dans le peu de réaction cérébrale, dans les anomalies enfin, qui accompagnent la paralysie intérieure de l'œil, des éléments suffisants pour le diagnostic différentiel. Néanmoins, l'ophthalmoplégie nucléaire demande à être cherchée : la lenteur avec laquelle progressent les phénomènes paralytiques, permet à l'organe de la vision de s'accoutumer presque inconsciemment aux doubles images. Il est rare qu'un ophthalmoplégique se plaigne spontanément de vertige oculaire ou de diplopie. D'autre part, tous les muscles de l'œil étant paralysés, cet organe peut être fixé au milieu de l'orbite sans déviation appréciable et alors on méconnaît l'ophthalmoplégie si on ne la cherche pas. Au point de vue du diagnostic, il y a donc indication absolue d'analyser les mouvements des yeux et de rechercher la force ainsi que l'amplitude d'action de chaque moteur oculaire chez tous les cérébraux.

Je n'insiste pas sur les signes qui peuvent permettre de conclure à l'origine nucléaire de l'ophthalmoplégie, sur les signes qui accompagnent une lésion du sinus caverneux ou de la fente sphénoïdale, les opposant au peu de réaction des lésions nucléaires, sur la douleur que l'on détermine par la pression au niveau du globe oculaire, lorsque la paralysie résulte d'une altération primitive des muscles de l'œil, etc. Quant à l'ophthalmoplégie que l'observation de Meyer montre pouvoir résulter de névrites périphériques oculaires, il faut convenir que rien, dans le cas de Meyer, ne pouvait y faire penser, mais la rareté des faits semblables suffira de reste à prévenir une erreur de diagnostic.

IV

L'ophthalmoplégie extérieure est un syndrome et tous les efforts du clinicien doivent tendre à rechercher dans quelles circonstances il peut se présenter.

Dans un premier groupe de faits, l'ophthalmoplégie est le résultat de lésions d'essence diverse, qui n'ont entre elles de commun que leur siège. Ces lésions intéressent le même territoire nerveux, d'où l'abolition des mêmes fonctions et, par suite, la production du même tableau clinique. Les hémorrhagies spontanées ou traumatiques, les foyers de ramollissement, les tumeurs, les produits inflammatoires, syphilitiques ou tuberculeux, les plaques de sclérose sont autant de conditions qui peuvent donner lieu à une ophthalmoplégie extérieure, lorsque l'une quelconque de ces lésions intéresse la région des noyaux oculaires. Mais, comme le fait remarquer M. Blanc, ce sont là des causes rares, fortuites ou accidentelles, qui ne viennent qu'en seconde ligne dans l'étiologie. « Dans la règle, dit-il, la véritable origine de l'ophthalmoplégie nucléaire réside dans l'inflammation atrophique des cellules motrices qui composent les noyaux moteurs protubérantiels. »

C'est là un deuxième groupe de faits que caractérise une inflammation systématique des noyaux, et c'est, sans conteste, le groupe le plus important. Il comprend deux ordres de faits : tantôt l'altération nucléaire présente une évolution aiguë, une marche plus ou moins rapide ; tantôt, au contraire, le processus est chronique. Dans le premier cas, il s'agit de déterminations inflammatoires consécutives à une maladie infectieuse, à une intoxication, par exemple ; ou bien encore d'une inflammation en quelque sorte primitive de ces noyaux gris. Il s'agit, dans ces cas, de ces inflammations que Wernicke a décrites, en 1883, sous le nom de polio-encéphalite supérieure, par opposition à la paralysie bulbaire proprement dite, qui constitue la polio-encéphalite inférieure. Cette polio-encéphalite supérieure, à marche aiguë, est à la protubérance ce que la myélite infantile, la paralysie spinale aiguë de l'adulte sont aux cornes antérieures de la moelle. Nous avons insisté sur ce fait que le prolongement des cornes antérieures de la moelle était précisément représenté au niveau de la protubérance par les noyaux de l'oculo-moteur commun. Les

mêmes processus morbides atteignent les mêmes éléments anatomiques et évoluent de la même façon, quelque différents que soient les territoires envahis.

Dans un autre ordre de faits de ce second groupe, l'évolution de la maladie est chronique. Tantôt la maladie évolue primitivement et, en général, d'une façon progressive; c'est la polio-encéphalite supérieure chronique qui est à la protubérance ce que la paralysie glosso-labio-laryngée est au bulbe, ce que l'atrophie musculaire progressive est à la moelle; c'est la même dégénérescence des cellules nerveuses. Tantôt cette désintégration cellulaire est le fait d'une maladie antérieure du système nerveux, la localisation protubérantielle d'une atrophie musculaire progressive, d'une ataxie locomotrice, d'une paralysie générale.

Dans tous ces cas, en somme, il s'agit de la même affection, qui est constituée, comme nous aurons à y revenir, par la dégénérescence des cellules de ces noyaux moteurs, dégénérescence qui se fait soit d'une façon aiguë, soit d'une façon chronique, et qui rappelle ce que l'on voit dans la moelle, inflammation aiguë, inflammation chronique, celle-ci demeurant à l'état stationnaire, ou progressant, au contraire, jusqu'à la mort. Ce sont des lésions systématiques qui représentent les polio-myélites aiguë ou chronique.

Les cas de cette seconde catégorie de faits sont certainement ceux que l'on rencontre le plus fréquemment, mais ils ne représentent pas toute la pathogénie de l'ophthalmoplégie extérieure.

Dans un troisième groupe de faits, il semble que le processus pathologique n'aille pas jusqu'à l'inflammation : il semble qu'il ne se soit agi que de troubles circulatoires. Après l'impression d'un froid intense, après des troubles de la menstruation, on a vu parfois survenir l'ophthalmoplégie extérieure et ordinairement celle-ci a guéri en quelques jours. Les autopsies sont restées négatives quant à une lésion appréciable des cellules motrices. Ces faits paraissent marquer la transition avec ceux qui constituent le groupe suivant.

Dans le quatrième groupe, il n'y a aucune lésion du territoire nucléaire, mais l'ophthalmoplégie, qui existe dans ces cas, accompagne une autre affection nerveuse purement dynamique, l'hystérie, par exemple, le goitre exophthalmique, et il semble bien alors que tous ces phénomènes soient de même ordre.

Voilà donc quatre groupes qui nous paraissent contenir tous les faits publiés jusqu'à présent. Avant d'en reprendre l'étude, en insistant sur les plus intéressants, il peut être utile de donner un aperçu des données anatomo-pathologiques que nous possédons.

D'après M. Dufour, les recherches nécroscopiques, qui ont été faites dans 37 cas d'ophthalmoplégie nucléaire extérieure, ont amené les résultats suivants :

Destruction ou compression des cellules des noyaux moteurs des yeux par :

a. Tumeur, 9 cas;

b. Hémorrhagie, 8 cas;

c. Ramollissement, 1 cas.

Affection des cellules nucléaires motrices se décomposant ainsi :

a. Inflammation hémorrhagique aiguë : 7 cas (dilatation vasculaire; fin pointillé hémorrhagique de la région nucléaire);

b. Dégénérescence inflammatoire aiguë ou chronique : 3 cas (les lésions étaient celles de la paralysie bulbaire progressive);

c. Dégénérescence atrophique des cellules nucléaires : 6 cas (les cellules étaient moins nombreuses, rapetissées et souvent privées de leurs prolongements).

Dans d'autres autopsies, les résultats ont été négatifs. Les lésions étaient-elles trop peu accusées ou ont-elles passé inaperçues? Ne peut-il s'agir simplement de troubles circulatoires et certaines de ces ophthalmoplégies ne reconnaissent-elles pas une origine vasculaire? Ce sont là autant de questions qu'il est permis de se poser. Nous savons, d'ailleurs, qu'il est une variété d'ophthalmoplégie liée à certaines névroses et qui paraît bien être purement dynamique et sans lésion appréciable. Ce qui domine néanmoins ce sont des lésions graves des noyaux moteurs des yeux.

Quant aux conditions étiologiques, il résulte des 220 observations rassemblées par M. Dufour que l'ophthalmoplégie nucléaire se rencontre bien plus souvent chez l'homme que chez la femme, dans la proportion de 122 à 41. Elle se présente surtout dans l'âge adulte et de préférence chez les sujets qui sont atteints soit d'une affection cérébro-spinale, soit d'une toxémie. Dans 78 cas, néanmoins, l'affection nucléaire est survenue chez des sujets en parfaite santé et il est donc difficile de prévoir son apparition.

V

ÉTUDE DES DIFFÉRENTS GROUPES CLINIQUES DE L'OPHTHALMOPLÉGIE EXTÉRIEURE. — A. *Ophthalmoplégie consécutive à des lésions qui n'intéressent que secondairement les cellules des noyaux oculaires.* — Ce sont les ophthalmoplégies nucléaires extérieures consécutives aux tumeurs, aux hémorrhagies, aux foyers de ramollissement, aux tubercules, etc. Elles s'accompagnent, en général, de symptômes réactionnels propres à chacune de ces causes. Elles sont d'ordinaire stationnaires et ne tendent pas à progresser. Un ou plusieurs nerfs sont atteints brusquement ou successivement, d'une façon partielle ou totale, d'un seul côté ou le plus souvent des deux. Le malade demeure infirme. Quelquefois, cependant, mais rarement, il se fait, même après plusieurs années, une légère amélioration.

B. *Ophthalmoplégie consécutive à une altération primitive des cellules nucléaires.* — Deux ordres de cas, nous l'avons vu : ceux dans lesquels la maladie évolue rapidement, s'accompagnant d'accidents cérébraux graves et pouvant déterminer la mort en quelques jours (polio-encéphalite supérieure aiguë de Wernicke d'origine infectieuse ou toxique); ceux dans lesquels la maladie présente une évolution chronique avec ou sans association d'autres affections du système nerveux (polioencéphalite supérieure progressive correspondant à la paralysie bulbaire de même ordre).

Il s'agit ici de lésions systématiques situées dans les noyaux des nerfs moteurs de l'œil et dans les territoires avoisinants de substance grise qui sont situés au-dessous de l'aqueduc de Sylvius, au sommet et sur les parois du troisième ventricule : encéphalite rouge, hémorrhagie dans les cas aigus, lésions d'hyperhémie, d'hémorrhagies capillaires (Wernicke, Etter, Strümpell), et dans les cas chroniques dégénérescence pigmentaire avec atrophie et possibilité de sclérose (Benedikt, Gowers). Ce dernier a trouvé, dans les noyaux moteurs des yeux, une dégénérescence des cellules nerveuses en tout semblable à celle que l'on trouve dans l'atrophie musculaire progressive et dans la paralysie

bulbaire. Ce sont là les cas que l'on rencontre le plus habituellement. Leur histoire est celle de la myélite aiguë des cornes antérieures ou bien celle de la paralysie glosso-labio-laryngée. Dans ce dernier cas, le processus morbide évolue lentement mais progressivement : il s'étend constamment soit en avant vers le troisième ventricule, soit en arrière vers les noyaux des dernières paires craniennes, ou bien encore il passe d'un côté à l'autre et détruit peu à peu la plupart des noyaux bulbaires. A cette forme, appartiennent différents types cliniques : début par le noyau inférieur de la troisième paire et envahissement du noyau supérieur et réciproquement; début par les noyaux oculo-moteurs, etc., envahissement des dernières paires craniennes et inversement; complication d'atrophie musculaire et de paralysie bulbaire ou de l'une de ces affections à l'exclusion de l'autre, la paralysie oculaire précédant ou, au contraire, survenant en dernier lieu, etc.

C'est sur ces différents faits qu'il est intéressant de s'arrêter un instant.

1. *Ophthalmoplégie nucléaire aiguë.* — Cette forme qui correspond ordinairement, dit Blanc, aux atrophies aiguës et subaiguës des cornes antérieures de la moelle, ne diffère pas sensiblement, à part la rapidité dans la marche, de l'ophthalmoplégie nucléaire chronique. L'invasion est rapide et les paralysies se généralisent promptement; mais ici, contrairement à ce qui s'observe dans l'ophthalmoplégie progressive, on peut voir les phénomènes paralytiques rétrocéder jusqu'à restitution *ad integrum*, c'est cette forme aiguë que l'on observe parfois à la suite de maladies infectieuses ou dans le cours de certaines intoxications. Elle évolue généralement en un mois ou six semaines. Mais il est des cas à évolution, en quelque sorte, suraiguë et dans lesquels la mort est survenue en quinze jours (Wernicke), dix jours (Etter) et même moins.

C'est aussi dans cette forme que se présentent quelques variations dans les symptômes. Le troisième ventricule serait assez souvent envahi et il en résulte des phénomènes pupillaires. Gayet, Wernicke ont aussi signalé dans cette forme un symptôme particulier : c'est une apathie profonde, une torpeur étrange, une somnolence invincible qui s'emparent des malades dont l'intelligence n'est, d'ailleurs, pas troublée. Cet état, qui n'a rien de commun avec les phénomènes comateux, rappelle la maladie décrite sous le nom de maladie du sommeil.

L'ophthalmoplégie aiguë peut se terminer soit par la guérison complète, soit par la mort (dans près de la moitié des cas), d'où la division en forme grave et en forme bénigne; mais elle peut aussi demeurer stationnaire après une période d'invasion aiguë; ou encore, phénomène intéressant, se retirer progressivement, comme la paralysie infantile, ne laissant alors, comme reliquat, qu'une paralysie qui se fixe sur un seul muscle, lequel s'atrophie, tandis que les autres symptômes paralytiques de la première heure disparaissent. Il semble même que ces faits s'observent de préférence dans la paralysie infantile qui aurait ainsi, dans ces cas, une localisation médullaire et une localisation protubérantielle — cette dernière pouvant prédominer et se traduisant alors par une ophthalmoplégie aiguë qui déroute le clinicien et ne lui rappelle pas le processus habituel de la myélite infantile.

Cette ophthalmoplégie symptomatique d'une polio-encéphalite aiguë s'est rencontrée dans diverses intoxications : alcool, 13 fois d'après la statistique de M. Dufour; tabac, 3 fois; plomb, 5 fois; acide sulfurique, 1 fois; viandes corrompues, 3 fois; oxyde de carbone, etc. D'autres fois, c'est à la suite de maladies infectieuses qu'elle est survenue; après la diphthérie, 4 fois; la rougeole ou la scarlatine, 3 fois; la grippe, etc. A propos de cette dernière, différentes observations ont été rapportées à la suite de l'épidémie que nous avons traversée, en 1889-1890. Récemment encore, M. le docteur Gillet de Grandmont en rapportait une (1). Attirant l'attention sur ces phénomènes de torpeur, de somnolence que présentait sa malade et que nous avons dit se rencontrer souvent dans la polio-encéphalite supérieure aiguë, M. Gillet de Grandmont se demandait si la plupart des cas d'une maladie qui aurait suivi l'épidémie de grippe et autour de laquelle on a mené grand bruit, la nona, n'étaient pas des cas méconnus d'ophthalmoplégie nucléaire par polio-encéphalite. Cette remarque est, du moins, intéressante à signaler.

Ainsi donc, dans cette forme, dégénérescence cellulaire sous une influence toxique ou infectieuse, ou encore sous une influence que nous ne connaissons pas, mais qui est du même ordre que les altérations similaires de la colonne grise motrice de la moelle et du bulbe (myélite infantile; paralysie spinale aiguë de l'adulte, etc.).

2. *Ophthalmoplégie nucléaire chronique progressive.* — Le plus ordinairement, le début de l'affection est lent, insidieux. D'après M. Blanc, à qui nous empruntons la description de cette forme, on a noté parfois des maux de tête, de la névralgie faciale, à titre de prodromes, puis survient, comme premier symptôme appréciable, la parésie d'un muscle de l'orbite. Tantôt la paralysie commence par le moteur oculaire externe, tantôt par l'une quelconque des branches de la troisième paire. Chez les ataxiques, le début par le moteur oculaire commun serait la règle. Dès le début de l'affection, certains signes permettent d'affirmer l'origine nucléaire de la paralysie. Le fonctionnement des cellules motrices dans les noyaux intéressés n'étant pas brusquement aboli, il y a des variations d'intensité dans la paralysie. C'est ainsi que les cellules réagissent contre le processus destructif et cela, pendant des semaines et même des mois; l'amoindrissement de leur vitalité ne devient appréciable qu'à la fin de la journée, au début de la maladie du moins. Les cellules sont plus vite épuisées qu'à l'état normal, par l'influx nerveux qu'elles ont fourni aux muscles oculaires depuis le réveil (Blanc). La parésie oculaire est donc, par suite, plus prononcée à la fin de la journée, tandis que dans les paralysies par altérations tronculaires, par exemple, la paralysie ne varie pas d'intensité : elle n'est pas plus prononcée le soir que le matin, pour peu que le symptôme soit parvenu à la période d'état. Les ophthalmoplégies nucléaires, au début, sont donc variables, suivant l'état des forces et la fatigue du sujet.

Contrairement à Wernicke, à Lichteim, qui pensaient que la paralysie atteignait d'abord les muscles des mouvements associés, M. Blanc prétend que la paralysie envahit plutôt simultanément les muscles antagonistes, et c'est même, d'après lui, cette paralysie concomitante ordinaire des antagonistes qui fait que les yeux sont rarement déviés d'une manière notable. Bientôt la paralysie devient bilatérale, si elle ne l'était d'emblée. C'est là un des caractères principaux de l'affection nécessité, d'ailleurs, par la proximité des noyaux protubérantiels. La motilité oculaire

(1) Gillet de Grandmont. Société d'ophthalmologie, 2 juillet 1890.

s'amoindrit peu à peu des deux côtés, puis elle disparaît complètement. A ce moment encore, l'accommodation demeure intacte et les réflexes pupillaires sont normaux. Outre cette persistance des réflexes pupillaires tenant, comme nous l'avons vu, à ce que les centres accommodateur et photo-moteur sont séparés de ceux qui président à la motilité extrinsèque, on note, le plus souvent, une intégrité relative du releveur de la paupière. Il y a bien un léger degré de ptosis qui rétrécit la fente palpébrale, mais le malade peut, en général, relever la paupière et cela, sans qu'intervienne le muscle frontal. Comment donc interpréter ce ptosis modéré disparaissant dès que la volonté intervient ? Comment expliquer cette intégrité relative du releveur, alors que les autres muscles, animés par le même nerf, sont complètement paralysés ? M. Blanc admet que les mouvements des yeux sont des mouvements réflexes, sur lesquels la volonté n'a pas plus d'influence que sur la respiration ou la déglutition. Les lésions corticales ou hémisphériques n'abolissent que la motilité volontaire et laissent persister les mouvements réflexes. D'autre part, le releveur de la paupière est le seul muscle oculaire dont les relations avec l'écorce soient bien établies. M. Blanc pense donc que, dans l'ophthalmoplégie, le centre réflexe seul du releveur est atteint et qu'ainsi ce muscle perd sa tonicité réflexe, tandis que ses relations avec l'écorce demeurent plus longtemps ininterrompues, parce que, dit-il, les fibres qui lui communiquent les ordres de la volonté ne passent peut-être pas toutes par le noyau oculo-moteur que nous connaissons. Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, l'intégrité relative du releveur de la paupière dans l'ophthalmoplégie est un fait important à noter. Il est encore un symptôme négatif de grande valeur pour le diagnostic. En général, l'affection évolue silencieusement, sans s'accompagner de vertiges, de perte de connaissance, de convulsions, de maux de tête. On n'observe aucun accident symptomatique de troubles circulatoires encéphaliques ou d'une pression exagérée, et tout se borne, comme dans l'atrophie des noyaux bulbaires, à la suppression lente et progressive des nerfs.

En résumé : suppression lente, graduelle, progressive de la motilité oculaire, avec ptosis modéré qui peut être vaincu par un effort de la volonté, avec intégrité des réflexes pupillaires et de l'accommodation ; tels sont, si l'on y ajoute l'absence de réaction cérébrale, les symptômes essentiels de cette forme d'ophthalmoplégie nucléaire.

Sa marche est insidieuse, progressive, dépourvue d'incident aigu et ne rétrogradant jamais, rappelant les allures de la paralysie labio-glosso-laryngée. Souvent les phénomènes paralytiques passent d'une paire cranienne à l'autre, avant d'avoir totalement anéanti le fonctionnement de la première. Cette marche spéciale, dédaigneuse, dit M. Blanc, de la situation des nerfs à la base et de leur distribution anatomique dans l'orbite, est caractéristique de la paralysie nucléaire et permet de la différencier des ophthalmoplégies d'autre origine.

Sa durée est très variable : on peut dire, toutefois, que les cas qui se sont terminés par la mort ont évolué dans l'espace moyen de trois à quatre ans. L'affection ne rétrograde pas ; il y a quelquefois des rémissions, mais pas de guérison définitive. La terminaison ordinaire est la perte totale et définitive des mouvements des yeux. Ceux-ci demeurent, le plus souvent, fixés au milieu de la fente palpébrale et le malade supplée, par la contraction de ses muscles du cou, à la motilité oculaire absente. Les sujets demeurent infirmes, mais ils vivent en conservant leur accommodation et leurs mouvements pupillaires. Souvent l'ophthalmoplégie cesse de progresser avant d'avoir acquis son entier développement et les sujets conservent quelques mouvements oculaires.

La lésion peut s'étendre au delà de la région des noyaux moteurs oculaires et cela, soit en arrière, soit en avant. L'ophthalmoplégie externe se complique alors de paralysie bulbaire progressive, de polyurie, de glycosurie, d'albuminurie, si l'extension de la lésion se fait vers le bulbe, ou, au contraire, d'ophthalmoplégie interne, si la lésion s'étend en avant. Il n'est pas nécessaire d'insister sur tous ces phénomènes, dont nos connaissances sur la physiologie des centres donnent une complète explication. Si donc, comme le fait remarquer M. Blanc, la persistance des réflexes pupillaires peut être considérée, à juste titre, comme un signe à peu près pathognomonique d'une altération nucléaire, la réciproque n'est pas vraie et l'on n'est pas en droit d'écarter le diagnostic d'ophthalmoplégie nucléaire, parce que la musculature intérieure de l'œil est intéressée.

Cette forme chronique progressive est liée, comme la paralysie bulbaire, à une altération dégénérative des cellules, dont nous ne connaissons pas encore la raison. Mettons, pour le moment, dégénérescence primitive.

A côté d'elle, nous pouvons ranger cette dégénérescence cellulaire qui accompagne certaines affections du système nerveux, l'ataxie locomotrice, la paralysie générale, etc. En réalité, il s'agit toujours du même processus, et quel qu'en soit le mécanisme, il y a dans ces affections une altération consécutive de la colonne motrice protubérantielle, qui est identique à celle qui accompagne, nous l'avons vu, l'atrophie musculaire progressive, la sclérose latérale amyotrophique, etc.

Chez les ataxiques, il peut survenir de l'ophthalmoplégie extérieure, de même qu'on voit parfois des amyotrophies plus ou moins généralisées, comme l'indique très bien M. Charcot. Ce sont là des lésions du même ordre. M. Dufour en relève vingt et une observations. Dans certains cas, l'ophthalmoplégie est passagère et tiendrait peut-être, comme le pense M. Dufour, à des troubles circulatoires, avec épendymite légère ; d'autres fois, elle est permanente et ressortirait alors à une atrophie nucléaire avec ou sans sclérose de l'épendyme (Kahler). M. Charcot fait remarquer que, dans ces cas, les tabétiques présentent presque toujours des crises gastriques ou laryngées qui sont aussi d'ordre bulbaire et qu'enfin, ils finissent souvent par succomber à une paralysie bulbaire.

De même, dans la paralysie générale, on peut rencontrer une ophthalmoplégie nucléaire vraisemblablement consécutive à un processus scléreux développé autour des centres oculo-moteurs et au niveau de l'épendyme ventriculaire (Kahler, Blanc).

Il semble que, dans ces diverses affections, l'ophthalmoplégie ait été parfois l'un des premiers signes du processus morbide.

C. *Ophthalmoplégie consécutive à un trouble circulatoire des noyaux d'origine.* — De Græfe, Landsberg, Schœler, etc., ont observé une ophthalmoplégie nucléaire extérieure après des troubles de la circulation cérébrale, consécutifs soit à l'impression d'un froid intense, soit à des troubles de la menstruation. M. Dufour en a relevé huit observations. Nous-même avons publié, dans ce journal, un fait dans

lequel la paralysie nucléaire des nerfs moteurs de l'œil coïncidait avec une paralysie des noyaux bulbaires et semblait bien devoir être rapportée à un trouble de la circulation (1). Les autopsies manquent, en effet, en raison du peu de gravité que présente habituellement cette variété clinique, et il est difficile de dire exactement à quelle lésion on a affaire. L'évolution de la maladie est, en général, aiguë et la terminaison habituelle est la guérison complète; l'altération matérielle, si tant est qu'elle existe, doit être bien légère.

Le type clinique peut se résumer de la façon suivante (observation due à de Græfe et citée par M. Dufour) : Une jeune fille de treize ans est exposée à un violent coup de froid ; le lendemain elle avait une ophthalmoplégie bilatérale incomplète avec céphalalgie et somnolence. Une application de sangsues derrière les oreilles procura un mieux sensible, et six semaines après le début, la paralysie était guérie, sauf une légère parésie du droit supérieur.

Existe-t-il, dans ces cas, une lésion des cellules nerveuses comme dans la polio-encéphalite, c'est ce qu'il est impossible de dire.

D. *Ophthalmoplégie liée à une névrose, sans altération appréciable des noyaux d'origine.* — M. Ballet, dans un travail très intéressant (2), a montré que l'ophthalmoplégie extérieure pouvait être associée, soit à l'hystérie, soit au goître exophthalmique, soit encore à ces deux affections, réunies chez le même sujet, ce qui est loin d'être rare, étant donné, comme l'a montré M. Ballet, la parenté de toutes ces névroses. Il donne donc, dans son travail, des exemples de chacune de ces coïncidences et il montre que l'ophthalmoplégie extérieure, combinée ou non à d'autres paralysies bulbaires, peut s'observer dans trois situations différentes : 1° chez des malades (hommes ou femmes) atteints à la fois d'hystérie et de maladie de Basedow; 2° chez des hystériques purs; 3° chez des individus atteints seulement de goître exophthalmique. Il résulte de cette notion, dit-il, qu'il n'est pas permis dans certains cas de rattacher l'ophthalmoplégie observée plutôt à la maladie de Basedow qu'à l'hystérie. Susceptible d'accompagner l'une ou l'autre de ces affections, le syndrome ne paraît pas se relier à elles comme l'effet se relie à la cause. Il nous semble qu'il s'agit plutôt dans l'espèce de manifestations reconnaissant une origine commune et que leur physiologie pathologique rapproche les unes des autres. C'est dans un trouble bulbaire qu'est le lien commun de tous ces phénomènes morbides; c'est l'étude de cette physiologie pathologique qui conduit M. Ballet à considérer le goître exophthalmique comme une névrose bulbaire. Examinant ensuite les caractères cliniques de l'ophthalmoplégie extérieure associée au goître exophthalmique ou à l'hystérie, M. Ballet relève les principaux traits suivants : l'ophthalmoplégie, dans plusieurs cas, semble ne pas s'être établie dès le début des affections qu'elle est venue compliquer. Dans certains cas, les symptômes de la maladie de Basedow et de l'hystérie existaient depuis quelque temps déjà lorsque les paralysies oculaires se sont montrées; dans d'autres, les paralysies ont débuté en même temps que les manifestations de l'hystérie ou du goître, peut-être même ont-elles précédé ces dernières. Dans ces différents cas, l'ophthalmoplégie peut être d'emblée totale ou bien se localiser d'abord à certains muscles. Complète des deux côtés, dans trois cas relevés par M. Ballet, l'ophthalmoplégie était, dans un autre cas, plus accusée d'un côté que de l'autre.

M. Ballet signale ce fait que, dans deux observations, tandis que les mouvements volontaires des yeux étaient abolis, les mouvements automatiques et réflexes étaient au moins partiellement conservés. Dans plusieurs de ces cas, l'ophthalmoplégie était associée à des parésies des autres nerfs bulbaires, facial, hypoglosse, branche motrice du trijumeau, et tandis que l'ophthalmoplégie, une fois constituée, a présenté dans tous les cas une certaine fixité, restant toujours identique à elle-même d'un jour à l'autre, c'est-à-dire toujours complète, les troubles moteurs de la sphère des autres nerfs bulbaires ont consisté plutôt en parésies qu'en paralysies vraies, et ces parésies ont montré une certaine variabilité dans leur intensité et leur degré, s'accentuant un jour, s'atténuant le lendemain.

Telle est, en résumé, l'ophthalmoplégie extérieure envisagée en clinique suivant ses symptômes et suivant ses conditions pathogéniques. Complète, elle suppose que les nerfs de la troisième paire, de la quatrième et de la sixième sont intéressés et l'on conçoit ainsi comment l'association de l'ophthalmoplégie avec d'autres paralysies de nerfs bulbaires voisins n'est pas rare (facial, hypoglosse, branche motrice du trijumeau, etc.). Elle est la conséquence d'une lésion des noyaux de ces nerfs oculo-moteurs qui évolue, tantôt isolément, tantôt d'une façon concomitante, avec d'autres affections du système nerveux, dont la raison est précisément une altération des différents étages de la substance grise motrice myélo, bulbo, protubérantielle. Il peut en résulter alors des variétés cliniques, des types morbides divers, mais il s'agit toujours de la même maladie : un trouble de fonctionnement dans les cellules nucléaires des nerfs oculo-moteurs.

(1) P. Raymond. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1167.
(2) Ballet. *Revue de médecine*, 1888, p. 337.

THÉRAPEUTIQUE

Explosion de pastilles composées de chlorate de potasse et de chlorhydrate d'ammoniaque. — Le *Répertoire de pharmacie* emprunte à un journal américain le récit d'un accident survenu chez un pharmacien, par suite d'altération de pastilles de chlorate de potasse et de chlorhydrate d'ammoniaque.

Après quelques semaines de préparation, il se forme des produits chlorés reconnaissables à leur odeur, provenant du contact des composants avec la matière organique. Si ces pastilles sont groupées en masses, il peut y avoir développement de chaleur et combustion spontanée. Une certaine quantité fut déplacée des bocaux où elles séjournent habituellement, et un flacon en renfermant quatre onces, était prêt à être délivré lorsqu'il fit soudainement explosion, étant pulvérisé, pour ainsi dire, et brisant tout autour de lui.

L'auteur croit devoir attribuer ce phénomène à la formation de chlorure d'azote, résultant de la décomposition des sels. Cette *expérience* l'a déterminé à déposer prudemment son stock de pastilles dans le lit de la rivière Delaware « *for safe keeping* » !

Formule pour l'emploi du phosphore dans le rachitisme.

Phosphore	6 centigrammes.
Alcool absolu.	20 grammes.
Teinture de menthe. . . .	50 centigrammes.
Glycérine.	60 grammes.

Six gouttes trois fois par jour : arriver graduellement à dix gouttes. (H. Berg, in *Deuts. med. Zeit.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 décembre 1890. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATIONS

Résection et arthrectomie dans les arthrites tuberculeuses. — M. KIRMISSON, à propos de la discussion soulevée par la communication de M. Richelot, fait connaître l'observation d'un enfant qui avait été atteint de mal de Pott lombaire, actuellement guéri, et qui avait une arthrite suppurée du genou pour laquelle il a dû faire la résection, évacuer les foyers tuberculeux et faire un drainage. A propos de cette observation, M. Kirmisson discute la question de savoir si, chez l'enfant, il suffit de faire une arthrectomie ou une résection incomplète, ou bien s'il est préférable de faire la résection. Autant que cela est possible, il est préférable de recourir à une résection incomplète; mais il est des cas, comme celui dont il s'agit, où il est plus sûr de faire la résection.

M. MARCHAND a récemment opéré trois malades. Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'une arthrite fongueuse, pour laquelle il se proposait de faire la résection. Chemin faisant, il trouva un vaste abcès de la jambe qui l'obligea à faire l'amputation. Il examina le squelette du membre amputé et on ne put trouver, dans les os, aucun foyer tuberculeux.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de cinquante-deux ans, dont le genou était rempli de pus et qui était arrivée au dernier degré de l'émaciation. M. Marchand fit également l'amputation de la cuisse, et cette fois encore on ne trouva absolument aucune lésion tuberculeuse dans les os.

La troisième malade est une fillette de quatorze ans et demi, qui était guérie d'une arthrite fongueuse depuis trois ans, avec ankylose angulaire. Elle avait été malade pendant huit ans et était complètement guérie. M. Marchand lui pratiqua une ostéotomie pour corriger l'ankylose angulaire. Il se trouva en présence d'un gros tubercule osseux siégeant dans l'épaisseur même du fémur. Il a laissé ce tubercule enkysté dans l'épiphyse du fémur, puisque la persistance de cette lésion n'a pas empêché la guérison chez cette jeune fille.

Ces faits prouvent que, s'il y a des cas d'arthrites fongueuses très graves sans lésions osseuses, il y en a d'autres dans lesquels ces lésions osseuses n'empêchent pas la guérison.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, répondant aux objections qui lui ont été faites dans la dernière séance, se défend d'avoir dit qu'il n'y avait pas de salut hors de l'ablation totale des lésions tuberculeuses. Il admet qu'il y a des cas de tuberculose qu'on guérit par le traitement médical. Mais, du moment qu'on ouvre une articulation, est-il bon de faire des opérations économiques? Il ne le pense pas et n'admet ces opérations économiques que lorsqu'on ne peut pas faire autrement. Toutes les fois qu'on pourra tout enlever, cela vaudra mieux et sera plus sûr. C'est pourquoi M. Lucas-Championnière ne pratique pas l'arthrectomie et préfère toujours la résection et la résection aussi large que possible. Il insiste de nouveau sur les bons résultats définitifs de ces résections. Il ne faut pas s'arrêter à l'étendue du raccourcissement; celui-ci s'allonge par suite de l'hypertrophie du cal, et des réséqués, qui avaient 9 et 10 centimètres de raccourcissement, au bout de peu de temps n'en ont plus que 6 ou 8. Il rappelle enfin que Volkmann lui-même a complètement abandonné l'arthrectomie pour la résection, et il ne doute pas que M. Richelot ne fasse bientôt comme Volkmann.

M. RICHELOT est d'accord avec M. Lucas-Championnière sur la nécessité d'enlever toutes les parties malades autant que possible. Pour ce qui est des résultats définitifs et de la marche, il soutient que sa malade, avec un très léger degré de flexion, marche mieux que des malades qui ont 7 à 8 centimètres de raccourcissement. M. Richelot présente son opérée, qui est guérie depuis deux ans et demi, et il montre qu'elle ne boite ni ne fauche, qu'elle marche très bien et que son membre est très bon.

M. ROUTIER a pratiqué dix-huit résections et il a toujours trouvé des lésions tuberculeuses dans les épiphyses. Il est des cas où il a dû réséquer 13 à 14 centimètres d'os. Il a toujours dû tailler dans les os et n'a jamais trouvé les indications de s'en tenir à l'arthrectomie. Aussi partage-t-il entièrement les opinions de son maître, M. Lucas-Championnière. Toutefois, il met des drains. La plupart de ses opérés marchent très bien.

M. QUÉNU dit que les synovites tuberculeuses primitives sont rares. Les faits signalés par M. Marchand sont exceptionnels. En général, ces synovites primitives sont des formes graves de tuberculose. Chez les enfants, M. Quénu remplace la scie par la curette et il laisse le plus d'os possible, sans tenir compte des irrégularités de résections osseuses. Une fois le genou ouvert, il s'applique à faire l'évidement et l'ablation de toutes les parties malades. Moins on laisse de lésions osseuses, mieux cela vaut.

Relativement au dernier fait signalé par M. Marchand, la guérison de cette enfant est-elle bien certaine. Il n'existe pas de preuves expérimentales de cette guérison; aussi est-il permis d'en douter.

Statistique d'opérations. — M. POZZI fait connaître la statistique des opérations qu'il a pratiquées depuis cinq mois dans son service, à l'hôpital Lourcine. Il a fait 38 laparotomies, sur lesquelles il a eu 36 guérisons et 2 morts. Dans l'un de ces cas de mort, il s'agissait d'une hystérectomie abdominale pour un énorme fibrome. La malade est morte deux mois après l'opération, avec des accidents cérébraux et de l'hémiplégie.

Pour l'autre cas, la mort est survenue à la suite d'une splénectomie pour une hypertrophie considérable de la rate, d'origine paludéenne. La malade est morte quarante-huit heures après l'opération. Elle avait le foie très malade.

Parmi les autres opérations, il y a eu 6 hystérectomies vaginales et 5 guérisons. La malade qui a succombé était atteinte d'un épithélioma.

Il y a 47 autres opérations diverses, avec 46 guérisons. La malade, qui a succombé après l'hystérectomie vaginale, est morte le dixième jour, par suite d'un morceau d'ouate qui s'était détaché d'une pince et qui avait séjourné dans le cul-de-sac de Douglas, où il est devenu le point de départ d'une inflammation septique.

M. Picqué, pendant qu'il a remplacé M. Pozzi dans son service, a pratiqué 12 graves opérations et a eu 12 guérisons.

En dix-huit mois, soit en ville, soit à l'hôpital, M. Pozzi a pratiqué 76 laparotomies et a eu 5 décès. Il a traité chirurgicalement 26 suppurations pelviennes et n'a eu qu'un seul décès. Dans ce cas, il s'agissait d'un pyo-salpinx rompu dans l'abdomen et M. Pozzi n'avait pratiqué ni lavage, ni drainage. Depuis, il n'a jamais manqué de recourir à ces moyens chaque fois qu'il y a eu le moindre épanchement de sang ou de liquide septique dans la cavité péritonéale.

Au point de vue du manuel opératoire, M. Pozzi s'applique à faire de petites incisions; pourvu qu'il puisse passer la main, le toucher lui sert beaucoup plus que la vue. Tant que la lésion tubo-ovarienne ne dépasse pas le volume de deux poings, il s'applique à l'extraire, sans la ponctionner, et il ne la vide que quand elle est trop volumineuse. Il appelle l'attention sur l'importance des adhérences avec l'appendice cæcal. Il se demande même si, dans bien des cas, la trompe droite n'est pas infectée par ces adhérences cæcales. Toutes les fois qu'il y a le moindre épanchement de sang ou de liquide septique dans la cavité péritonéale, M. Pozzi fait le lavage et le drainage avec des tampons de gaze iodoformée. Il n'emploie plus de tubes de caoutchouc, ni de tubes de verre. Dans les cas de décortication considérable, il emploie le tamponnement de Mickulicz. Pour éviter l'intoxication par l'iodoforme, il a recours à de la gaze très peu iodoformée. Il soigne tout particulièrement la restauration de la paroi abdominale; il fait toujours deux plans de suture au catgut et un plan de suture mixte. Jamais, dans ces cas, il n'a vu se produire ultérieurement d'éventration.

Kyste dermoïde sublingual. — M. SCHMITT lit une observation de kyste dermoïde sublingual pris pour une grenouillette.

L'ablation de ce kyste a été suivie de guérison. (Comm. MM. Reclus, Routier et Delens.)

PRÉSENTATION DE MALADES

Lupus du front. — M. SCHWARTZ présente un enfant de quatorze ans et demi, qu'il a opéré d'un lupus du front, qui avait résisté à tous les traitements. Il a refait la peau du front avec un lambeau emprunté au bras, selon la méthode italienne. Il a pu sectionner le pédicule au dixième jour.

Péritonite tuberculeuse. — M. ROUTIER présente une jeune fille de vingt ans, qui était atteinte d'une péritonite tuberculeuse, et à laquelle il a pratiqué une simple laparotomie. Cette malade, qui était dans un état très grave, jouit aujourd'hui d'une parfaite santé.

M. TERRILLON rappelle avoir opéré une malade dans les mêmes conditions, et la guérison de cette malade date maintenant de plus de deux ans.

MM. KIRMISSON et TERRIER voudraient que le diagnostic de péritonite tuberculeuse, chez la malade de M. Routier, eût été vérifié par des inoculations et des examens bactériologiques.

M. SCHWARTZ a également pratiqué la laparotomie dans un cas de péritonite tuberculeuse; mais la guérison n'a été que momentanée. Le liquide s'est déjà reproduit.

Résection des deux hanches. — M. ROUTIER présente un malade chez lequel il a pratiqué la résection des deux hanches pour remédier à une double ankylose à angle droit. Ce malade peut aujourd'hui marcher et s'asseoir.

M. QUÉNU, dans ce cas, aurait préféré recourir à une double ostéotomie sous-trochantérienne plutôt qu'à une double résection.

M. KIRMISSON aurait pratiqué l'ostéotomie d'un côté et la résection de l'autre. Il est convaincu que le résultat eût été meilleur.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Par M. le docteur PASSANT.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1890.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	16	20	6	42
2e	15	21	5	41
3e	27	35	4	66
4e	33	43	23	99
5e	22	41	9	72
6e	21	25	3	49
7e	15	28	6	49
8e	6	12	4	22
9e	16	19	4	39
10e	42	41	13	96
11e	76	117	38	231
12e	34	45	17	96
13e	43	85	29	157
14e	42	62	20	124
15e	43	77	17	137
16e	15	13	4	32
17e	37	76	22	135
18e	52	113	35	200
19e	46	84	37	167
20e	69	116	61	246
	670	1073	357	2100

La moyenne des visites par nuit est de 23,20. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 20,91.

Les hommes entrent dans la proportion de 32 p. 100.
Les femmes — — 51 —
Les enfants au-dessous de trois ans 17 —

MALADIES OBSERVÉES.

A. Angines et laryngites	121	**E.** Affections cérébrales	86
Croup	29	Convulsions, éclampsies	62
Coqueluche	6	Névralgie	27
Ophthalmie	2	Névroses	98
B. Asthme	46	Epilepsie	18
Affections du cœur	75	Aliénation mentale	8
Bronchites aiguës et chroniques	106	Alcoolisme, delirium tremens	17
Pleuro-pneumonie	68	Tétanos	1
Congestion pulmonaire	23	**F.** Rhumatisme	26
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	163	Affections éruptives	91
Cholérine	92	Fièvre intermittente	1
Dysenterie	12	Fièvre typhoïde	37
Athrepsie	135	Hémorrhagies de causes internes et externes	72
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	78	**G.** Plaies, contusions	89
Hernie étranglée	22	Fractures, luxations, entorses	18
Rétention d'urine	29	Brûlures	3
Orchite	2	Empoisonnements	8
D. Métrite, métro-péritonite	66	Asphyxie par le charbon	5
Métrorrhagie	51	— submersion	1
Fausse couche	76	Suicide	8
Accouchement, délivrance	148	**H.** Mort à l'arrivée du médecin	45
Accouchements non terminés	29	Total	2100

Visites du troisième trimestre de 1889 . . . . 1 924
Visites du troisième trimestre de 1890 . . . . 2 100
Différence en plus 176

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Conil est maintenu dans les fonctions de préparateur du laboratoire d'histologie.

M. Ducung est délégué dans les fonctions de préparateur du cours de chimie, en remplacement de M. Manseau, démissionnaire.

M. Barret de Nazaris est délégué dans les fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Curtillet est nommé prosecteur (emploi nouveau).

— *École de médecine de Nantes.* — M. Bouthelier est nommé préparateur du cours de physique, d'histoire naturelle et de matière médicale, en remplacement de M. Lahay, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Picot est nommé prosecteur, en remplacement de M. Brianceau, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Labbé est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Voyer, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. le docteur Lausiès, médecin adjoint au lycée du Havre, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. Lecadre, décédé.

M. le docteur Caron est nommé médecin adjoint au lycée du Havre, en remplacement de M. Lausiès, nommé titulaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Du Moulin, professeur à l'Université de Gand.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires, par M. le docteur LAVAUX, ancien interne des hôpitaux. 3 vol. in-8°. — Prix : 26 francs. — Paris, O. Steinheil.

De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique, par le docteur AUVARD, accoucheur des hôpitaux. 1 vol. in-18 avec 89 figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

La cure radicale des hernies, particulièrement chez les enfants, par le docteur G. FÉLIZET, chirurgien des enfants de l'hôpital Tenon. 1 vol. in-8° de 104 pages avec 4 planches. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Les courants continus en gynécologie, outillage, technique, effets physiologiques, par les docteurs G. APOSTOLI et G. GAUTIER. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 8 décembre 1890.

Dans l'un de nos articles (1), consacré à la réforme de l'enseignement médical, nous montrions les grosses lacunes de l'organisation actuelle et nous disions :

« Chez nous, tout est gratuit, les hôpitaux, les cliniques, les cours, sont largement et libéralement ouverts. Mais le véritable enseignement n'y est pas fait ; l'étudiant étranger n'est pas longtemps à juger des lacunes de notre organisation, et son départ suit de quelques jours son arrivée à Paris. Il dédaigne la gratuité qu'on lui offre et va trouver à l'étranger un enseignement qu'on lui fait payer, mais qui lui est profitable. Il y a à Vienne, par exemple, la moitié des professeurs qui ne vivent que des honoraires de ces auditeurs étrangers. En France, même en payant, l'étudiant ne peut trouver ce qu'il désire. »

Nous avions conscience, en soutenant cette thèse, de plaider ce qui est juste et bon ; mais nous n'espérions pas trouver un appui aussi autorisé que celui que vient de nous donner M. le professeur Cornil.

Ce professeur éminent, qui a créé chez nous le véritable enseignement de l'Anatomie pathologique, vient d'étudier, dans le journal qu'il dirige, le nouveau projet de loi relatif à la constitution des Universités et, après avoir approuvé, dans ses grandes lignes, le projet ministériel, voici ce qu'il ajoute :

« Cependant nous demanderions qu'on ajoutât à ce projet, comme constituant une réforme attendue, pratique et nécessaire, l'article suivant :

« Des cours particuliers, payés directement par les élèves aux professeurs et aux auxiliaires de l'enseignement, pourront être établis dans les locaux, laboratoires et cliniques des facultés, après avis des conseils des facultés et du conseil universitaire. »

Le projet du gouvernement s'est largement inspiré de la constitution des universités étrangères et cependant il a laissé de côté l'usage qui assure à ces universités leur force et leur vie, c'est-à-dire la rétribution directe des professeurs par les élèves. »

Nous ne voulons rien ajouter à [illegible] essentiellement vraies. Tous ceux qui ont vu [illegible] les universités étrangères, et qui peuvent apprécier en connaissance de cause et par comparaison avec ce qui se passe chez nous, tous demeurent de cet avis.

Mais laissons encore la parole à M. Cornil ; car le fait suivant qu'il livre à notre connaissance montre combien il est difficile d'introduire chez nous les réformes les plus désirables, et comme on se heurte partout à l'implacable routine :

« Il y a quatre ans, j'avais entretenu M. Béclard, doyen de la Faculté, de l'utilité qu'il y aurait à organiser un cours démonstratif de bactériologie à la nouvelle École pratique, afin d'initier un certain nombre de jeunes docteurs français ou étrangers et d'internes des hôpitaux aux méthodes de cette science nouvelle, et de la confier à mon préparateur M. le docteur Chantemesse. Une salle spacieuse, pouvant contenir une quinzaine d'élèves, était disposée à cet effet. Comme il n'existait pas de budget ni pour l'installation, ni pour l'entretien de ce laboratoire, je proposai au doyen, à titre d'essai, de faire payer aux élèves une rétribution pour chaque cours démonstratif, chacun de ces cours devant durer six semaines. Béclard approuva fort mon idée qui devait aboutir à doter notre école d'un enseignement nouveau aussi utile qu'élevé, et il m'engagea à porter la question devant l'assemblée des professeurs en lui demandant son approbation.

Là, après avoir exposé l'objet de ma demande, au lieu des félicitations que j'attendais en toute naïveté, je me suis trouvé en butte aux oppositions les moins fondées.

Devant des arguments, approuvés d'ailleurs par la quasi-totalité du petit nombre des professeurs présents, je n'avais qu'à m'incliner, et je retirai ma proposition. »

Le conseil des professeurs était réfractaire, on le voit, à cette réforme, comme on le dit réfractaire à bien d'autres. Attendons la fin de l'anecdote ; elle est piquante et instructive :

« Mais, après la séance du conseil, *Béclard me conseilla de ne pas tenir compte de ce qui venait d'être dit* et d'organiser à mon gré l'enseignement pratique de la bactériologie. Fort de son appui moral et de celui de M. Liard, dont l'esprit est si largement ouvert à tous les progrès, j'allai de l'avant et nous ouvrîmes non seulement des cours privés de bactériologie pratique, confiés à MM. Chantemesse et Widal, mais aussi un cours démonstratif d'histologie pathologique,

---

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 765.

confié à un savant d'une rare compétence, M. Gombault, conservateur du musée Dupuytren. Ce dernier garde pendant trois mois ses élèves et leur apprend toutes les méthodes de l'histologie pathologique.

Béclard avait mis une seule condition à l'établissement de ces deux séries de cours marchant parallèlement et recommençant successivement à des époques réglées; c'est que les recettes et dépenses lui seraient communiquées, ce qui a été fait. M. Brouardel, qui a hérité de son prédécesseur au décanat du même bon vouloir en faveur de toute amélioration des études, est également au courant de nos recettes et dépenses. Ainsi, dans le laboratoire de bactériologie, la moyenne des recettes annuelles des quatre dernières années fournies par les élèves, est de 3,000 francs par an, dont la moitié passe en frais d'*entretien du laboratoire qui a été outillé et entretenu depuis, sans qu'on ait rien demandé au budget de l'Etat*. Pour ce qui est de la qualité et du zèle des élèves qui suivent ces leçons pratiques de MM. Gombault, Chantemesse et Widal, on peut dire qu'ils ne laissent rien à désirer. Parmi eux se trouvent surtout des internes, des docteurs étrangers se destinant au professorat, des médecins de l'armée et de la marine, souvent même des médecins des hôpitaux de Paris ou des professeurs étrangers.

Si l'on pouvait aujourd'hui mettre en doute l'utilité de pareils cours particuliers, il suffirait de montrer la liste des hommes qui les ont suivis pour faire voir qu'ils sont la pépinière des jeunes savants qui se préparent, par un labeur pratique, aux concours des hôpitaux et à l'enseignement des facultés de médecine.

Des cours pratiques et payants analogues ont été établis depuis à l'institut Pasteur et professés par MM. Roux, Yersin, etc.

Ce qui précède me paraît démontrer qu'il est de toute nécessité de constituer partout, dans les laboratoires, dans les cliniques générales et spéciales, des enseignements privés pratiques, rapides, intensifs, confiés le plus souvent à des jeunes gens, à des auxiliaires de l'enseignement, s'adressant à des élèves spéciaux, surtout aux docteurs français et étrangers; il importe de laisser à cet égard toute liberté aux initiatives sous l'approbation du Conseil de l'université. Il serait illogique de fermer aux professeurs agrégés et titulaires l'accès de cet enseignement qu'ils donneraient parallèlement à leurs cours publics, s'ils le jugeaient opportun.

Nous croyons, dit M. Cornil en terminant, avoir justifié pleinement la nécessité de l'article additionnel que nous présentons. »

Certes voici une réforme bien simple, non coûteuse. Il suffit de laisser à ceux que les concours ont reconnus dignes, la liberté d'enseigner, il suffit de leur favoriser cette tâche en ouvrant aux uns les laboratoires, aux autres les cliniques. La science en profiterait certainement, élèves et professeurs y gagneraient; mais ce n'est pas dans les habitudes universitaires. Aussi, malgré l'autorité dont M. Cornil jouit à juste titre près de ses collègues de la Faculté, de la Chambre et du Sénat, cette petite réforme, si simple, si pratique, si ardemment souhaitée par ceux qui ont souci de notre enseignement, risque bien de rester à jamais à l'état de projet, et il faudra qu'un enseignement rival vienne, par sa prospérité, ouvrir brutalement les yeux à ceux qui persistent à ne pas voir et pour qui tout est toujours pour le mieux dans le meilleur des mondes universitaires.

LA MÉTHODE DE KOCH A BERLIN

M. le docteur Triaire, de retour de Berlin, où il représentait la *Gazette des hôpitaux*, nous adresse la lettre suivante.

Nos lecteurs apprécieront la sagesse des réserves que notre correspondant croit devoir apporter à l'enthousiasme extra-scientifique des premiers jours.

A Monsieur le docteur Le Sourd, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Mon cher Directeur,

Vous savez que les expérimentations cliniques se font dans un certain nombre de services hospitaliers et de policliniques privées; les plus connus de ces services et les plus fréquentés par les médecins étrangers sont ceux du docteur de Bergmann, du docteur Kohler et Fræntzel à la Charité, d'Edwald à Augusta-Hospital et les policliniques de Cornet et de Lévy. Les médecins français ont été admis dans toutes ces salles, ils ont vu et interrogé les malades, suivi les inoculations qui leur étaient faites, constaté les réactions, interrogé les chefs de service et leurs assistants, et de cette enquête voici ce qui paraît bien résulter à un esprit impartial et non prévenu.

Le procédé découvert par Koch doit être considéré à deux points de vue : au point de vue thérapeutique et au point de vue séméiotique.

Au point de vue thérapeutique, il faut distinguer le lupus et les affections externes des affections tuberculeuses internes, telles que laryngites tuberculeuses, tuberculoses pulmonaires, tuberculoses rénales, etc.

En ce qui concerne le lupus, qui est l'affection qu'à Berlin on vous montre avec le plus de complaisance et dont on a réuni, je pense, tous les spécimens qu'en offre l'Allemagne, il est manifeste que les modifications produites par l'injection de lymphe sont remarquables. Dans un temps relativement très court, l'amélioration est telle que, dans beaucoup de cas, la guérison ou un état très voisin de la guérison paraît acquis. J'exprime que la cure semble n'être qu'apparente parce qu'on a signalé des cas de récidive chez des malades qui passaient pour guéris, et ne se seraient-ils pas produits qu'il faudrait encore, avant de se prononcer sur la cure définitive, attendre la consécration du temps. Or, tout cela est très récent et il faut se rappeler que la première inoculée de Koch est Anna Teed, qui fut soumise au médicament le 5 octobre dernier seulement. Depuis, des centaines de cas ont été observés. On voit combien les événements ont marché rapidement et combien il serait prématuré de vouloir porter un jugement définitif. Il n'en reste pas moins acquis, alors même que la loi de guérison du lupus ne serait pas absolue, alors même qu'il se produirait des mécomptes d'insuccès ou de récidive, qu'une des affections les plus hideuses et les plus rebelles du cadre nosologique peut être très favorablement et très rapidement modifiée par la méthode de Koch.

Les affections tuberculeuses des os et des articulations n'offrent pas de résultats aussi décisifs. L'effet favorable ne peut cependant être contesté. J'ai vu dans les salles de Bergmann une vingtaine d'enfants affectés de tuberculose ostéo-articulaire soumis au traitement de Koch.

Au bout de quatre à cinq injections, la réaction disparaissait, et on notait chez quelques-uns des phénomènes d'amélioration, le retour ou la tendance à la mobilité, la diminution de la douleur, de la sensibilité à la pression, la diminution des abcès. Tout cela ne constitue évidemment pas des guérisons.

J'arrive maintenant, mon cher confrère, à la question délicate de la méthode, la tuberculose interne. Vous savez déjà que la laryngite tuberculeuse est favorablement influencée par l'injection de lymphe. Ici le laryngoscope permet de suivre les effets réactifs locaux et vous avez cité dans la *Gazette* les observations de Gerhardt, qui a constaté au miroir laryngien la réaction spécifique annoncée par Koch. Nous avons vu des malades en trai-

tement affectés d'ulcération profonde ou même de destruction des cordes vocales, liées, du reste, à la tuberculose pulmonaire, et en voie d'amélioration. Un d'entre eux était porteur d'une tumeur siégeant à l'angle antérieur de la glotte. Sous l'influence de l'injection médicamenteuse, la tumeur augmenta de volume, se nécrosa et fut évacuée dans un accès de toux. Ce malade est de ceux qui ont été présentés par Bergmann à la réunion des chirurgiens de Berlin. Dans diverses policliniques, nous en avons vu d'autres qui suivaient le traitement depuis quelque temps et qui déclaraient qu'ils étaient soulagés. Je sais bien qu'il faut pour ceux-ci tenir compte de la suggestion du milieu ambiant, mais il est certain, tout en défalquant les crédules et les enthousiastes, que, d'une façon générale, la médication produit dans ces cas une amélioration réelle. On avait redouté l'œdème de la glotte qui aurait pu se produire pendant la réaction locale, il paraît que ces craintes étaient exagérées ; les malades interrogés nous déclarent n'avoir ressenti qu'un léger spasme de la gorge.

On cite peu de cas de tuberculose rénale et nous avons dû en rechercher dans les policliniques privées, n'en trouvant pas — peut-être faute de renseignements suffisants — dans les salles des hôpitaux. On pouvait se demander aussi si l'injection de lymphe serait inoffensive dans cette affection et si des accidents de congestion rénale, peut-être d'urémie, n'étaient pas à redouter. Les patients que nous avons vus étaient soumis à l'injection d'un centimètre cube de la liqueur titrée de Koch et nous ont déclaré n'avoir eu, à la suite de la réaction, aucun accident alarmant. Ils se trouvaient mieux au point de vue général et local, disaient que leurs forces revenaient. Je sais bien qu'on ne peut tirer aucune conclusion d'une visite ainsi accordée à des visiteurs par condescendance et qui ne devait pas se renouveler, mais je tenais, à défaut d'informations plus complètes, à voir du moins les patients et à les entendre dire ce qu'ils pensaient du traitement auxquels ils étaient soumis.

Mais j'ai hâte d'en venir à la tuberculose pulmonaire qui a suscité tant d'espérances et qui fait encore tant d'anxieux.

A première vue, on est forcé d'avouer que les résultats ne sont plus ici aussi bien démontrés et on est porté à se demander d'abord si Koch a pu conclure logiquement du tubercule du lupus au tubercule du poumon. Les effets obtenus sont en effet très lents, quelquefois insignifiants, et il est manifeste en tout cas que, pour la tuberculose pulmonaire, ce sera une méthode de traitement à longue échéance. C'est à la clinique de Fræntzel, à la Charité, et à celle d'Edwald, à Augusta-Hospital, qu'il faut aller étudier les tuberculeux soumis à la lymphe.

L'expérimentation clinique est très bien faite dans ces salles. L'exploration sthétoscopique soigneusement pratiquée, l'analyse bactériologique, la balance, sont les moyens de contrôle quotidien dont se servent les chefs de service, et ceux-ci annoncent et font constater à leur auditoire les modifications favorables survenues. Mais il faut dire qu'ils ne présentent que les meilleurs cas, ceux qui ont le mieux réagi à la médication, et que nous ne pouvons nous-mêmes, en quelques jours, du reste, apprécier ces modifications. Nous n'avons devant nous comme faits matériels que les tableaux de température et l'analyse bactériologique qui fait constater plus d'une fois la disparition des bacilles. Mais ces bacilles se reproduiront, du moins dans les cas un peu sérieux. Ne savons-nous pas, en effet, que les tissus tuberculeux, mortifiés sous l'influence de l'agent médicamenteux, restent dans la plupart des cas englobés sur place, en attendant d'être rejetés par l'expectoration, et que si cette expulsion se fait attendre, ou n'a pas lieu, les bacilles, bien qu'atteints dans leur vitalité, se ranimeront et infecteront de nouveau le malade. Il faudra donc un nouveau traitement et c'est là ce qui fait que la méthode de Koch ne peut, dans la tuberculose pulmonaire, donner les brillants résultats qu'elle offrirait dans les autres tuberculoses. Il est manifeste que l'application du principe est vraie et qu'il est difficile de prétendre, en face des constats déjà obtenus, qu'un agent qui révolutionne partout le terrain tuberculeux resterait neutre en face du tissu pulmonaire. Il est certain aujourd'hui que cette neutralité n'existe pas et si la détermination locale n'a pas donné jusqu'à présent des résultats plus positifs et plus généraux, il ne faut pas perdre de vue que l'expérimentation n'est qu'à ses débuts, que les indications et contre-indications ne sont pas posées, que l'action du médicament dans les états aigus n'a pu être étudiée, qu'il s'agit enfin d'un traitement à long terme, et qu'il serait souverainement injuste de se prononcer trop tôt dans une question aussi complexe que celle de la tuberculose pulmonaire. Et je crois être dans le vrai en concluant sur cette question sous cette forme concrète : « Il faut expérimenter, espérer et attendre. »

En résumé, s'il n'est pas possible d'établir maintenant la valeur définitive de la méthode du professeur de Berlin, on ne peut nier qu'elle contient, à défaut de certitude, les plus brillantes espérances. L'avenir, un avenir très prochain, décidera si ces espérances deviendront de palpables réalités ; mais, quoi qu'il en soit, le devoir de ceux qui sont allés contrôler de leurs propres yeux des faits proclamés avec un retentissement peut-être exagéré, est de mettre en garde le public contre les désillusions possibles et de les prémunir en même temps contre un injuste scepticisme. La méthode, il faut le répéter, n'est pas sortie de l'expérimentation clinique, et le mieux est, tout en rendant justice aux faits acquis, de suspendre son jugement sur ceux qui ne le sont pas encore.

Mais, en ce qui concerne la séméiotique, les conditions ne sont plus les mêmes et la critique doit reconnaître que Koch a peut-être doté la science d'un nouvel instrument de diagnostic.

La loi posée, par le professeur de Berlin, que partout où il y a de la tuberculose il se produit, sous l'influence de l'injection de lymphe, une réaction à la fois locale et générale, paraît incontestable et démontrée. Il y a eu cependant quelques exceptions à cette loi qui paraissait absolue et j'en ai constaté une de mes propres yeux. Mais elles sont trop exceptionnelles pour pouvoir infirmer la règle et il est certain que l'agent inconnu, créé ou découvert par Koch, restera une pierre de touche de la tuberculose.

Dr Paul Triaire.

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR LE PROCÉDÉ DE KOCH

La vérité commence à se dégager relativement aux résultats fournis par l'emploi du procédé de Koch dans le traitement de la tuberculose. Si l'on sait mal encore quel bénéfice on en peut tirer, et même si, en dernier terme, on peut en tirer un bénéfice durable, on connaît beaucoup mieux les dangers multiples de la méthode et certaines des contre-indications formelles à son emploi.

Les expériences faites à Berlin l'ont été sans beaucoup de méthode, avec confusion. Les premiers résultats ont été accueillis avec un enthousiasme extrême par les expérimentateurs de la première heure, et par un public médical qui a vu, dans le procédé de Koch, l'apothéose de la science allemande.

Dès maintenant, certains médecins de Berlin, et des plus considérables, ne cachent guère dans leurs conversations leur scepticisme sur la valeur curative absolue du traitement. Quant aux médecins étrangers non entraînés par le tourbillon berlinois, n'ayant rien à voir là que de purement scientifique, en dehors de toute considération nationale, ils n'ont pas de raison pour déguiser leur impression, ils ont, au contraire, le devoir de la faire connaître.

MM. Ferrand, Cuffer et Thibierge, médecins des hôpitaux, sont allés à Berlin pour étudier les choses directement. Ils ont pris la parole vendredi dernier à la séance de

la Société médicale des hôpitaux, pour dire ce qu'ils avaient vu et ce qu'ils pensaient de la méthode de Koch.

Voyons ce qui se dégage de ces diverses déclarations et des renseignements publiés ailleurs, et, en particulier, de ceux qu'a pu fournir M. Rémond (de Metz), qui a séjourné trois semaines à Berlin et qui a pu suivre à loisir le résultat des inoculations faites dans les divers services.

On peut considérer successivement l'effet toxique de la lymphe de Koch, la réaction générale et locale produite sur les tuberculoses interne et externe et, en dernier lieu, l'effet utile, curateur des injections.

La puissance toxique du remède de Koch est extrêmement marquée. Chez les individus sains, elle provoque une fièvre vive, des nausées, des vomissements, une courbature très marquée. Tous ces phénomènes disparaissent en deux ou trois jours. La fièvre vive ne dure guère plus de vingt-quatre heures. C'est donc un agent pyrétogène puissant, que l'on a rapproché avec raison de celui que M. Roussy a présenté à l'Académie de médecine.

Il produit sur le cœur une action dépressive qui peut être redoutable. On sait que les phénomènes de collapsus cardiaque ont été parfois assez marqués pour donner de vives craintes ; la mort serait même survenue par ce mécanisme chez un certain nombre de malades. Cette action est d'autant plus dangereuse que, sous l'influence de la lymphe, il se produit dans les poumons, chez les tuberculeux, une congestion pulmonaire qui doit apporter un notable obstacle à la circulation.

La faiblesse des malades, la présence d'une maladie du cœur seront donc des contre-indications à l'emploi du remède ; de même la tendance aux hémoptysies (Ferrand).

Certaines manifestations indiquent aussi une action toxique curieuse à étudier. Il y a des éruptions érythémato-papuleuses, de l'ictère, et, chose plus grave, de l'albuminurie et même de l'hématurie. L'hématurie et l'albuminurie se sont montrées chez un malade de M. le professeur Cornil qui n'avait reçu que 5 milligrammes de lymphe. Enfin, il présente parfois, après les inoculations, un degré marqué d'anémie et d'asthénie générale (Thibierge).

Nous ne reviendrons sur la réaction générale et la réaction locale, qu'on a tant de fois décrites, que pour en signaler les anomalies et les dangers.

M. Rémond a vu la réaction générale faire défaut chez des malades manifestement tuberculeux dans une *quinzaine de cas*. A cela, il ne faut pas attribuer une importance excessive. Peut-être la réaction aurait-elle eu lieu, nous l'avons dit déjà, si l'on avait employé des doses plus élevées. Il est vrai que rien alors ne distinguerait plus le tuberculeux du non tuberculeux, puisque ces derniers ont besoin, en général, d'une dose de lymphe beaucoup plus considérable.

La réaction locale est plus fidèle. Cependant, M. Rémond a vu la congestion érysipéloïde se produire avec une grande intensité au niveau du nez chez un lépreux. Par beaucoup de ses caractères, par l'aspect et les propriétés calorimétriques de son bacille, la lèpre se rapproche beaucoup de la tuberculose. Nous ne voulons pas insister, du reste, sur ce point. Des expériences ont été faites sur des lépreux, et on saura prochainement à quoi s'en tenir à ce propos.

Cette observation et d'autres encore sont de nature à faire penser que la réaction locale n'a pas non plus une valeur diagnostique absolue. Il n'est pas prouvé qu'elle ait manqué autour des lésions non tuberculeuses, la lèpre, la syphilis (Rémond).

La réaction locale, facilement appréciable pour les lésions tuberculeuses cutanées ou sous-cutanées, se traduit aussi vers les autres organes par des manifestations qui peuvent être dangereuses par leur étendue et leur localisation.

M. Cuffer a déclaré qu'il avait vu, dans le service du professeur Senator, la tuberculose pulmonaire suivre une marche aiguë à la suite d'injections, faites cependant avec la plus grande prudence, et cela chez plusieurs malades. Il ne s'agirait donc pas toujours d'une simple congestion mobile, fugace, laissant derrière elle des lésions, sinon améliorées, au moins non étendues ; il semble que, dans certains cas tout au moins, il se fasse un travail pathologique de mauvaise nature, dans les tissus où s'est produite la réaction péri-tuberculeuse. De même, il a vu des pleurésies tuberculeuses aggravées par les injections. Parfois, c'est un point de côté d'une extrême intensité, d'une intensité si grande que Senator, dans un cas, aurait pensé à la possibilité d'une gangrène pleuro-pulmonaire ; parfois les bacilles apparaissent en quantité considérable dans l'expectoration de malades qui n'en présentaient pas jusque-là. On peut dire, il est vrai, qu'ils sont, de cette façon, éliminés.

Il y a donc à craindre que les bacilles ne pullulent dans les tissus congestionnés par l'effet de la lymphe, et qu'il n'en résulte une extension aiguë des lésions tuberculeuses, soit par une sorte de processus broncho-pneumonique, soit par poussée de tuberculose miliaire.

On pourrait, en tout cas, lorsque ces lésions sont très étendues, redouter l'effet d'une congestion de tout le parenchyme pulmonaire encore perméable à l'air.

Par sa localisation même, la réaction peut être dangereuse dans un certain nombre de conditions ; en cas de tuberculose des reins, on peut craindre que la congestion n'amène ds l'albuminurie, de l'hématurie, de l'anurie. En cas de tuberculose du larynx, on a vu survenir l'œdème de la glotte et on a dû veiller les malades, le bistouri à la main, prêt à faire la trachéotomie. Cependant, on a pu lire, dans notre précédent article sur ce sujet, que Hertel a vu les lésions laryngées s'améliorer chez les malades soumis à l'injection. Dans un cas de méningite tuberculeuse, la mort est survenue par le fait de l'œdème méningé.

Arrivons aux tuberculoses cutanées et surtout au lupus, qui a tant fait pour le retentissement de la méthode. L'amélioration produite sur le lupus est comparable à celle que l'on observe quelquefois à la suite d'une poussée d'érysipèle. Toutefois, M. Thibierge n'a pas observé un seul cas de lupus définitivement guéri. Il a pu retrouver, au voisinage de certains lupus considérés comme guéris, des tubercules, des nodules lupiques, en voie d'activité. Haslund (de Copenhague), très compétent également en dermatologie, a fait une déclaration analogue. M. Thibierge reconnaît qu'aucune médication n'influence le lupus d'une façon si rapide et, en apparence, si favorable. Il a été très frappé par l'accoutumance qui ne tarde pas à s'établir, de telle sorte que des malades qui ont présenté une réaction générale et locale intense, avec des doses beaucoup plus faibles, supportent, sans réagir, 1, 2, 3 et même 4 centigrammes, ce qui constitue des doses énormes, qui, au début, les eussent tués net.

Cependant, la présence de nodules caractéristiques au voisinage de la cicatrice empêche d'admettre, dès maintenant, une guérison définitive. Il importerait de faire l'examen

histologique de semblables nodules et de s'en servir pour inoculer des cobayes, de chercher, en un mot, si, après un traitement poussé jusqu'à la disparition de toute réaction, ils ont conservé des propriétés virulentes.

C'est donc encore pour le lupus que l'action curative de la lymphe paraît le plus indiscutable. Toutefois, jusqu'à présent, il ne s'agit que d'amélioration et non de guérison. Cette amélioration sera-t-elle progressive, aboutira-t-elle à la guérison, y aura-t-il fréquemment des récidives semblables à celles que l'on a signalées déjà ? On n'en sait rien encore. Il faut attendre que la question ait été étudiée par des dermatologistes et des histologistes compétents et qu'un temps suffisant se soit écoulé.

L'action bienfaisante du remède dans la tuberculose pulmonaire repose surtout sur l'augmentation de poids présentée par les malades et sur la disparition de la réaction générale, après un certain nombre d'injections.

L'augmentation de poids, la disparition des sueurs, la diminution de l'expectoration et de la toux, la diminution même des phénomènes d'auscultation, ce sont là les résultats encourageants que l'on a obtenus successivement avec un grand nombre de médications, ainsi que le faisait justement remarquer M. Talamon. La disparition de la réaction fébrile sous l'influence des injections hypodermiques de lymphe peut tout aussi bien s'expliquer par l'accoutumance que par la guérison des lésions tuberculeuses (A. Rémond).

Que conclure de tout cela? Que la méthode de Koch n'a que des dangers sans compensation? Ce serait aller trop loin et nous départir de la réserve scientifique avec laquelle on doit juger ces faits nouveaux.

La réaction locale périlupique suffirait à donner à la découverte de Koch la valeur d'un fait biologique des plus importants.

En tout cas, nous pouvons terminer cette revue en reprenant la formule avec laquelle nous terminions, il y a huit jours, une revue semblable : on ne fait actuellement qu'expérimenter sur l'homme le produit toxique fabriqué par Koch; on ne traite pas encore méthodiquement par lui la tuberculose. Il n'est pas certain même qu'il sortira des recherches entreprises une médication utile de la tuberculose, dans ses divers modes et ses diverses localisations. Il faut savoir dès maintenant que la substance en question est d'un maniement fort délicat, qu'elle doit être employée avec une extrême prudence, et que les tuberculeux atteints de lésions pulmonaires un peu étendues n'ont aucun bénéfice à en tirer. Ce sont là précisément, dans leur esprit général, les conclusions formulées par M. le professeur Debove à la Société médicale des hôpitaux.

Il eût beaucoup mieux valu certainement que les recherches cliniques fussent faites avec plus de méthode et de calme. La publication des premiers résultats obtenus a été évidemment faite hâtivement par des médecins que l'enthousiasme du premier moment a poussés à un véritable *emballement*. Koch est, paraît-il, désolé de n'avoir pas pu rester maître de la situation. Gardez-moi de mes amis... L'impatience des malades et de leurs parents, la joie patriotique des médecins allemands, les tendances à la fois humanitaires et autoritaires d'une personnalité toute-puissante : ce sont là, semble-t-il, les motifs, très excusables, en somme, qui ont fait que cette étude première n'a pas été menée avec la froide sérénité qui doit présider aux recherches d'ordre scientifique. Il est certain que ce n'est que maintenant que l'on commence à étudier, comme il convient, la substance fabriquée par Koch. Quelle que soit la place qu'elle doive prendre en thérapeutique, quelle que soit la hauteur de la chute pour certaines espérances, nous ne renonçons pas au ferme espoir qu'il sorte de tout cela quelque chose d'utile à l'humanité. Comment se comporteront vis-à-vis de la lymphe les tuberculoses tout à fait au début, les seules dont ait parlé Koch, comment se comporteront en dernier terme le lupus et les tuberculoses extérieures? La question reste entière. Si leur guérison ne se fait pas comme par enchantement, n'est-elle pas, cependant, possible?

On annonce déjà que d'autres chercheurs, en particulier, le professeur Lahli (de Berne), ont fait des découvertes analogues à celle de Koch. Rendu peut-être plus prudent par ce qui s'est passé à Berlin, il ne veut rien publier encore.

A l'Institut Pasteur, on cherche, depuis plusieurs années, à réaliser l'immunité par vaccination.

La connaissance du mode de fabrication employé par Koch pour sa lymphe pourrait diriger, dans une voie meilleure, des efforts isolés et permettre peut-être de réaliser l'idéal rêvé. Mais c'est maintenant un secret d'État!

M. le professeur Cornil a fait, hier dimanche, une seconde conférence à l'hôpital Laënnec sur les effets produits par l'inoculation de la lymphe de Koch aux tuberculeux. Bien avant le début de cette leçon, l'amphithéâtre était rempli d'auditeurs ; beaucoup de médecins et même de médecins des hôpitaux n'ont pu trouver accès dans le local, du reste trop restreint, de l'hôpital Laënnec. Si M. Cornil a l'intention de faire sur ce sujet de nouvelles conférences, il répondra aux vœux de beaucoup de personnes, en les faisant dans un plus vaste amphithéâtre, à l'École de Médecine, par exemple. Il paraît — car nous n'avons pas pu entrer nous-même — que M. Cornil a abordé au début la question légale. Régulièrement, on n'a pas le droit d'employer, en France, la lymphe de Koch qui est un remède secret. En cas d'issue fatale, les familles pourraient poursuivre les médecins. Aussi M. Cornil ne fait-il d'injections qu'aux malades qui le lui demandent formellement. Il y a, dans le cas particulier, un point de droit qui mérite d'être soumis aux jurisconsultes et définitivement tranché.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Résultats actuels des inoculations de lymphe de Koch pratiquées sur les malades du service (salle Nélaton).

Par MM. AUDAIN et SAUVINEAU, internes du service.

Le nombre des malades, inoculés dans la salle Nélaton (hommes), est, jusqu'à ce jour (6 décembre), de 12.

Ces 12 malades ont tous reçu une injection initiale de 2 milligrammes de lymphe de Koch, 7 d'entre eux ont reçu, cinq jours après, une deuxième inoculation de 3 milligrammes de lymphe.

Ces malades peuvent être classés en trois catégories. La plus nombreuse est celle des malades chez lesquels il s'est produit une réaction à la fois générale et locale.

1° CAS POSITIFS. — 6 malades forment cette catégorie. Tous ont eu une réaction, mais nous les subdiviserons en deux séries, suivant que cette réaction a été, ou non, suivie d'amélioration. Il est évident que cette classification n'est

pas définitive, étant donné le peu de temps qui s'est écoulé depuis l'époque de ces inoculations.

A. *Malades ayant eu une réaction suivie d'amélioration.* — Ces malades sont au nombre de 4. Chez tous, il s'est produit une réaction à la fois générale et locale.

N° 50 (Nélaton). Tumeur blanche du tarse. — Première injection, le 29 novembre. Température initiale 37°2; le soir, elle s'élève à 39°4, descend en trois jours par lysis. Très vive réaction locale.

Deuxième injection, le 3 décembre. Température atteint 38 degrés seulement. Réaction locale moins vive.

N° 26 (Nélaton). Coxalgie suppurée. — Première injection le 28 novembre. Température initiale 37°6, s'élève d'un degré, atteint le troisième jour 38°6. Amélioration locale.

Deuxième injection le 3 décembre. La température de 36°4 monte à 38 degrés. L'amélioration locale continue. Meilleur état général.

N° 4 (Nélaton). Synovite fongueuse du genou. — Première injection le 28 novembre. Température initiale 36°4, atteint le soir 38°4. Phénomènes congestifs intenses du côte du genou.

Deuxième injection le 2 décembre. La température s'élève de 36°8 à 39°6. Nouvelle poussée du côté du genou.

N° 15 (Nélaton). Coxalgie suppurée. — Première injection le 27 novembre. Température initiale 36°8, atteint le deuxième jour 38°6. Amélioration locale, diminution de la suppuration, tendance à la cicatrisation de l'eschare. Meilleur état général.

Deuxième injection le 2 décembre. Mêmes phénomènes.

Remarquons que ces 4 malades, dont l'amélioration est incontestable, et s'est produite rapidement, sont tous atteints de tuberculoses osseuses et articulaires, suppurées, et, sauf pour l'un d'eux, ouvertes au dehors.

B. *Malades ayant eu une réaction, mais non améliorés.* — Ces malades sont au nombre de 2. Ils ont eu à la fois une *réaction générale et locale* (non suivie d'amélioration jusqu'ici).

N° 2 (Nélaton). Ostéite du grand trochanter, avec plaie. — Première injection le 2 décembre. Température initiale 36°4, atteint le soir 39°6. Localement, coloration violacée de la région. La réaction se continue à l'heure actuelle.

N° 36 (Nélaton). Tumeur blanche du genou. — Première injection le 28 novembre. Température initiale 36°8, atteint le deuxième jour 38°8. Vive réaction locale.

Deuxième injection le 3 décembre. Température 38°8, le soir descend rapidement. Réaction locale minima.

2° Cas négatifs. — Cette catégorie ne comprend que 1 seul cas. Elle est très importante, néanmoins, car ce malade est atteint de lésions tuberculeuses manifestes du larynx et du poumon; *des bacilles* existent dans ses crachats.

N° 25 (Nélaton). Tuberculose laryngée et pulmonaire. — Première injection, le 28 novembre. Pas de réaction générale ni locale.

Deuxième injection, le 1er décembre. Pas de réaction.

3° Cas dans lesquels la lymphe de Koch a été injectée pour servir au diagnostic ou a titre d'essai. — Cette série comprend 5 cas.

Deux malades sont des sujets atteints de tuberculoses locales, opérées. L'injection, faite après l'opération, n'a amené aucune réaction dans un cas :

N° 29 (Nélaton). Tumeur blanche du coude. Résection. — Première injection, le 27 novembre.

Deuxième injection, le 3 décembre, aucune réaction.

N° 5 (Nélaton). Ostéite tuberculeuse suppurée du trochanter. — Dans ce cas, élévation thermique de 3 degrés, et douleurs au niveau de l'articulation malade. Deux autres malades, soupçonnés de tuberculose, ont été injectés sans résultat :

N° 6 (Nélaton). Cystite purulente. — Injection, le 4 décembre. Pas de réaction locale ni générale.

N° 44. (Nélaton). Ganglion inguinal. — Injection, le 4 décembre. Pas de réaction.

Enfin, à titre d'essai, un malade atteint d'un vaste *épithélioma cutané de la cuisse*, constaté au microscope, a été inoculé, le 4 décembre, sans résultat jusqu'à présent.

Aujourd'hui, 6 décembre, un treizième malade a été inoculé. Il est atteint de tuberculose épididymaire.

Résultat des inoculations pratiquées sur les malades de la salle Denonvilliers

Par M. Répin, interne du service.

13 malades ont été inoculées. Une doit être mise à part. C'est un épithélioma du nez qui a été inoculé au point de vue du diagnostic. Les 12 autres ont été inoculées dans un but curatif. Toutes ont présenté une réaction générale et locale, sauf 2 (abcès lombaire, et tumeur blanche du genou) qui n'ont présenté qu'une réaction générale.

Sur ces 12 malades, une seule a présenté une amélioration évidente. C'est la jeune fille couchée au n° 2 : sa plaie s'est nettoyée et la cicatrisation marche rapidement. Il est à remarquer que cette plaie, bien que consécutive à une opération pratiquée pour une lésion tuberculeuse, n'avait aucun caractère tuberculeux, sauf une petite fistule que l'injection a révélée dans l'angle supérieur.

Sur les 11 autres, l'effet produit a été, après chaque injection, celui d'un coup de fouet sur l'affection.

2 jeunes filles présentent des adénites strumeuses; il y a eu un gonflement très marqué pour l'une (n° 19), très léger pour l'autre (n° 12).

4 femmes ont des lésions osseuses (une ostéite du grand trochanter, une carie de l'os iliaque, une carie costale, une carie vertébrale). L'une (carie vertébrale) n'a éprouvé aucune modification dans son foyer.

2 autres (carie costale, carie de l'os iliaque) ont éprouvé des douleurs, et peut-être une augmentation de volume de l'abcès; 1 dernière (carie du trochanter) n'a rien ressenti, mais une rougeur s'est montrée pendant vingt-quatre heures autour de la fistule, et la suppuration, qui était d'ailleurs insignifiante, est suspendue pendant ce temps.

3 femmes ont des lésions articulaires.

Une tumeur blanche du coude, qui était déjà le siège d'une poussée aiguë avant l'injection, a pris un aspect phlegmoneux à la suite.

Une autre tumeur blanche du coude, réséquée il y a trois ans, ankylosée et presque éteinte, a donné des signes de réveil pendant vingt-quatre heures (douleur et rougeur).

Une tumeur blanche du genou, à marche traînante, sans suppuration, n'a nullement réagi.

3 malades présentent des lésions cutanées (outre la jeune fille que nous avons citée en commençant).

Une tuberculose cutanée du bras, après s'être congestionnée à la suite de la première injection, est aujourd'hui ridée et rétractée, mais la modification est, en somme, toute superficielle et peut à peine passer pour une amélioration.

Une gomme tuberculeuse de l'avant-bras chez une petite fille, opérée il y a trois semaines, mais non complètement

cicatrisée, a paru s'enflammer, a éliminé du pus et un liquide séro-sanguinolent. La cicatrisation a marché vite depuis l'injection.

Une gomme tuberculeuse du cou, abcédée avant l'injection, s'est un peu gonflée à la suite. Une cicatrice tuberculeuse, sur la même malade, n'a pas été influencée.

Enfin, un enfant de cinq ans, présentant des tuberculoses locales multiples, a reçu un demi-milligramme. A la suite, tous les foyers de tuberculose ont manifesté, pendant quarante-huit heures, un redoublement d'activité. Des fistules ostéopathiques se sont élargies et ont suppuré plus abondamment. Des gommes cutanées se sont abcédées; une épididymite tuberculeuse s'est tuméfiée notablement. Au bout de deux jours, tout est rentré dans l'ordre, et les lésions ont repris à peu près l'aspect qu'elles avaient avant l'injection.

HOPITAL COCHIN. — M. Dujardin-Beaumetz.

La méthode de Koch.

M. le docteur Ley qui revient de Berlin, où il a vu le docteur Koch, en a rapporté un flacon de lymphe et la seringue dont Koch se sert pour faire ses injections. Avant de lui laisser la parole pour nous donner quelques explications sur le manuel opératoire, permettez-moi de vous dire quelques mots sur la méthode et de vous parler des trois malades de mon service sur lesquels nous allons pratiquer nos premières injections.

Je n'insisterai pas sur l'historique de la question que vous connaissez tous aujourd'hui. Malheureusement, nous ne savons pas encore la composition de la lymphe de Koch. Des considérations extra-scientifiques l'ont mis dans l'impossibilité de faire connaître publiquement la préparation de cette lymphe. Tout ce que nous pouvons soupçonner c'est qu'elle contient une substance alcaloïdique, probablement d'origine animale, ou une diastase.

Il est bon de rappeler qu'il y a deux ans déjà, M. le docteur Roussy, alors chef de laboratoire de M. Hayem, a fait connaître à l'Académie la découverte qu'il avait faite, que la diastase qui intervertit le sucre a la propriété de produire un violent accès de fièvre lorsqu'on l'injecte dans les veines d'un animal.

L'effet produit, chez les animaux, par cette substance pyrétogène présente une certaine analogie avec celui que détermine chez les malades l'injection sous-cutanée de la lymphe de Koch. Il est juste de rapprocher ces faits les uns des autres. Peut-être s'agit-il aussi, dans ce liquide mystérieux, d'une toxine particulière sécrétée par le bacille. Vous vous rappelez que M. Bouchard, au Congrès de Berlin, a fait connaître la propriété que présentaient les microbes de porter en eux, pour ainsi dire, tout à la fois un agent de toxicité et un agent d'immunité, d'où l'explication de maladies infectieuses, incapables de récidiver parce qu'elles constituent elles-mêmes leur propre vaccin. Il est donc permis de supposer que l'agent principal de la lymphe de Koch est le produit d'une culture spéciale du bacille de la tuberculose. Quoi qu'il en soit, il faut bien reconnaître que ce liquide jouit de la propriété étrange, inconnue jusqu'ici, de déterminer une réaction intense et tout à fait localisée aux lésions tuberculeuses seules, quel qu'en soit le siège.

Ce fait n'est pas unique en thérapeutique : l'action si particulière de l'iodure de potassium sur les gommes et les exostoses est aussi le résultat d'une élection toute spéciale de ce médicament pour les lésions syphilitiques, au point qu'elle assure le diagnostic de ces lésions, comme la lymphe de Koch assure le diagnostic des affections tuberculeuses. Ce qu'il y a de nouveau ici, c'est qu'il s'agit d'une substance animale.

Quel avenir est réservé à la découverte du savant allemand? Il est impossible de se prononcer à cet égard, le temps seul devant permettre de juger la question, mais on doit reconnaître, dès à présent, toute l'importance scientifique de cette découverte. On doit reconnaître aussi que c'est une des plus belles confirmations des travaux de Pasteur.

Même honneur doit lui être rendu, qu'il rendait naguère à Jenner lorsqu'il fit connaître, en Angleterre, les résultats de sa découverte de la vaccination du charbon et qu'il faisait entrevoir la possibilité de généraliser à bien des maladies l'idée première de vaccination émise par Jenner.

Si l'on ne peut encore se prononcer sur la valeur thérapeutique du remède de Koch, on est fixé sur sa valeur au point de vue du diagnostic des affections tuberculeuses.

Voici ce qui s'est passé ces jours derniers dans le service de M. Lannelongue : un enfant atteint de lupus de la face reçoit une injection d'un demi-milligramme de la lymphe de Koch; cet enfant, en même temps qu'il présente à la face la réaction prévue, se plaint de souffrir de la hanche; on l'examine et on reconnaît l'existence d'une coxalgie endormie qui avait passé inaperçue à l'interne chargé d'examiner l'enfant avant l'injection. Ce fait, joint à plusieurs autres analogues qui ont été observés, tant en France qu'en Allemagne, prouve l'exquise activité réactionnelle de cette lymphe sur les moindres foyers tuberculeux. Cette activité est telle qu'elle oblige à la plus grande prudence dans l'emploi thérapeutique de cette substance.

Au point de vue thérapeutique, il faut attendre. Quand il s'agit d'une affection telle que la tuberculose, on ne saurait se montrer trop réservé, et le temps seul permettra de reconnaître si les grandes espérances fondées sur cette découverte se réaliseront.

Nous allons pratiquer des injections sur trois malades :

Un jeune homme atteint de tuberculose pulmonaire au début, un homme et une femme atteints tous deux de lupus de la face. Je vous montrerai un quatrième malade intéressant, c'est un homme atteint de la maladie d'Addison. Vous savez que cette maladie est considérée comme étant due à une lésion tuberculeuse des capsules surrénales. J'avoue que j'hésite à l'inoculer avec la lymphe de Koch, craignant que la réaction n'entraîne la péritonite.

— M. Ley prend ensuite la parole, donne sur le manuel opératoire les détails que nos lecteurs connaissent déjà, compare la seringue de Koch et celle de Roux; il fait connaître les raisons pour lesquelles cette dernière doit être préférée. Il prépare ensuite une solution telle que 1 centimètre cube de cette solution contienne 1 milligramme de lymphe et, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques voulues, il pratique les injections.

Le premier malade est un jeune homme de dix-neuf ans, atteint de tuberculose pulmonaire au début. On a trouvé des bacilles dans ses crachats. On lui injecte 2 milligrammes de lymphe de Koch.

La seconde malade est une femme de vingt-neuf ans, atteinte de lupus de la face depuis quatre ans. Elle est veuve

d'un mari mort tuberculeux, et c'est depuis cette mort, qu'elle a été atteinte de lupus. Auparavant, elle n'avait jamais présenté aucun signe de tuberculose. On lui injecte 2 milligrammes de lymphe.

Le troisième malade est un homme atteint de lupus de la face. Il a eu la première atteinte de cette affection à l'âge de dix ans. C'est actuellement une troisième récidive. On lui injecte 2 milligrammes de la lymphe.

Voici ce qui s'est passé depuis chez ces trois malades :

La malade atteinte de lupus a eu, dans la journée, une réaction très intense qui a commencé à trois heures et demie de l'après-midi par de la céphalée, un léger frisson, et des élancements dans la région lupique. Vers cinq heures et demie, les signes locaux ont été plus marqués, il s'est fait un écoulement abondant, épais, qui se desséchait assez rapidement. Le lendemain à la visite (5 décembre), elle avait une abondante production de croûtes et tous les téguments environnant le lupus, jusqu'à la racine du nez et au bord de la paupière inférieure, présentaient une inflammation érysipélateuse. Toute trace de réaction a disparu ce matin, il ne reste plus que des croûtes épaisses et jaunâtres. On injecte à la malade de nouveau 2 milligrammes du liquide de Koch.

Le lupique n'a eu de réaction qu'après vingt heures, le 5 décembre à six heures du matin, il a eu 38°4 et a présenté des phénomènes de réaction moins intenses que ceux de la femme. Il a présenté ce fait intéressant, c'est qu'il a eu une expectoration très abondante avec de petits points muco-purulents. Il a été de nouveau inoculé avec 2 milligrammes de la solution.

Le tuberculeux au début, inoculé avec 2 milligrammes du liquide, n'a présenté aucune réaction. Il a subi une nouvelle inoculation de 2 milligrammes ce matin (6 décembre).

HOPITAL ANDRAL. — M. Debove.

Tuberculose cutanée.

Un malade, qui se trouve actuellement dans le service, offre un bel exemple de lésions tuberculeuses de la peau. Sans être rares, ces manifestations cutanées de l'infection tuberculeuse présentent toujours un certain intérêt. C'est là, en effet, un sujet fort complexe; son étude soulève bien des questions intéressantes, qui concernent autant la théorie que la pratique, et dont quelques-unes se posent précisément à propos du malade que nous avons en vue.

Pendant longtemps, le chapitre de la tuberculose de la peau n'occupait dans la pathologie qu'une place fort restreinte et mal définie. C'est, qu'en effet, l'observation clinique, à elle seule, était impuissante à prouver avec évidence la nature tuberculeuse d'un grand nombre de lésions cutanées. Sans doute, les relations de ces affections avec la phthisie pulmonaire avaient été notées dans certains cas; mais c'était tout le problème des rapports de la scrofule avec la tuberculose qu'il s'agissait de résoudre. D'ailleurs, la diversité morphologique des lésions tuberculeuses du tégument externe était bien faite pour dérouter l'observation clinique la plus attentive.

Grâce aux recherches histologiques, la question avança d'un grand pas. On crut avoir trouvé, dans la cellule géante et le follicule tuberculeux, l'élément spécifique de la tuberculose, et divers auteurs, à la suite d'un important travail de Friedlænder, n'hésitèrent pas à faire rentrer dans le cadre de cette maladie une grande partie des lupus. On dut, cependant, en rabattre : s'il est vrai que les particularités de structure considérées comme spécifiques appartiennent le plus souvent à la tuberculose, il n'est pas moins certain que cette infection est capable de donner lieu à des lésions parfois un peu différentes et que, d'autre part, des lésions fort semblables peuvent être produites par d'autres causes.

Quelques expériences d'inoculation apportèrent aussi un précieux contingent de preuves à l'appui de l'origine tuberculeuse de certains lupus. Mais il fallut la découverte, faite par Koch, du bacille spécifique, pour démontrer d'une façon définitive leur véritable nature. Encore cette démonstration comporte-t-elle certaines difficultés. Dans nombre de cas, en effet, la recherche du bacille caractéristique est malaisée : ordinairement, et Koch a lui-même insisté sur ce point, il ne se trouve qu'un très petit nombre de microbes dans ces lésions du tégument externe. On sait, d'autre part, qu'il existe des pseudo-tuberculoses et l'on est en droit de se demander, alors que de nombreux examens n'ont pu déceler le bacille tuberculeux, s'il s'agit bien d'une tuberculose légitime. Il est permis d'espérer que la nouvelle découverte de Koch, qui s'annonce si féconde en résultats importants, en dehors même du côté thérapeutique, dissipera certains doutes qui obscurcissent encore l'histoire du lupus et de quelques autres manifestations rapportées naguère à la scrofule. En fournissant un nouveau procédé de diagnostic, analogue à l'épreuve du traitement pour la syphilis, en mettant aux mains des médecins une sorte de pierre de touche des lésions tuberculeuses, elle permettra sans doute de trancher définitivement, entre autres questions, celle de savoir si le lupus érythémateux relève ou non de la tuberculose.

Un fait domine, en quelque sorte, l'histoire clinique de la tuberculose cutanée : c'est le polymorphisme de ses manifestations. Il y a tout d'abord des ulcérations dont la nature tuberculeuse n'a jamais été contestée en clinique : dans ces lésions cutanées, tout à fait comparables aux ulcérations tuberculeuses des muqueuses, l'élément ulcéreux est le caractère prépondérant. Elles se développent d'habitude au voisinage des orifices naturels et chez des sujets atteints d'une phthisie plus ou moins avancée; quelquefois pourtant, comme le montre une observation de M. Hanot (1), les lésions de la peau précèdent celles des poumons et il n'est pas impossible qu'elles servent alors de porte d'entrée à l'infection. Outre ces ulcérations tuberculeuses proprement dites, dont l'étude clinique a été faite dans la thèse d'agrégation de Spillmann (2), on s'accorde aujourd'hui, comme nous l'avons dit tout à l'heure, à ranger, dans la tuberculose de la peau, les différentes formes de lupus, en faisant seulement une réserve pour le lupus érythémateux, dont la nature demeure incertaine. Dans ces dernières années, divers travaux ont montré qu'il faut aussi compter, parmi les altérations tuberculeuses du tégument externe, le tubercule anatomique qui représente en quelque sorte le type du tubercule d'inoculation. On a décrit encore des formes spéciales de tuberculose cutanée : Riehl et Paltauf (3) ont fait connaître la tuberculose verruqueuse qui présente des

(1) Hanot. *Archives de physiologie*, 1886, vol. II, p. 24.

(2) Spillmann. *De la tuberculisation du tube digestif*, Thèse d'agrégation, 1878.

(3) Riehl et Paltauf. *Vierteljahr. f. Dermatol. und Syphil.*, 1886.

analogies avec le tubercule anatomique et qui correspond au lupus scléreux de M. Vidal; récemment MM. Brissaud et Gilbert (1) ont signalé la variété papillomato-crustacée.

Enfin, c'est encore à la tuberculose de la peau que l'on rattache des lésions siégeant dans l'hypoderme : les gommes scrofuleuses de M. Vidal, véritables tubercules sous-cutanés, qui sont parfois l'origine d'abcès froids et qui affectent avec les altérations de la peau proprement dite des rapports que nous aurons bientôt l'occasion de préciser.

Dans toutes ces lésions, on trouve la structure histologique du tubercule et même les cellules géantes y sont d'ordinaire en abondance; dans toutes ces lésions on constate aussi la présence des bacilles de Koch, presque toujours en petit nombre. Il s'agit donc bien, dans ces cas si différents au point de vue de la forme, d'altérations de même nature, et ce qui fait la diversité de ces aspects, c'est le siège plus ou moins profond des altérations, qui peuvent les accompagner, leur évolution plus ou moins lente et qui tend à la caséification plus ou moins rapide, à l'ulcération plus ou moins destructive; ce sont encore, sans doute, les infections secondaires qui viennent s'y greffer.

Le lien qui unit entre elles ces diverses modalités de la peau est, d'ailleurs, révélé par certains faits cliniques. On peut, en effet, rencontrer chez le même individu la combinaison de quelques-unes de ces formes, et c'est un des points que nous aurons à mettre en relief chez le malade dont nous allons rapporter l'histoire.

Ce malade est un homme adulte, de trente-quatre ans, chez qui les lésions existent depuis quatre années. La première en date fut un petit abcès, situé en dehors de la commissure labiale droite et dont il ne reste plus aucune trace. Il se forma ensuite, dans la région thyroïdienne, une collection fluctuante qui acquit le volume d'une mandarine et qui disparut également d'une façon complète. Puis de nombreux abcès se développèrent successivement dans le tissu cellulaire sous-cutané, ainsi que des tuméfactions péri-articulaires, occupant sans doute les gaines tendineuses, au cou-de-pied et au poignet du côté droit.

C'est dans cet état que le malade fut présenté à la Société médicale des hôpitaux, par M. Barié, en juin 1887 (2), six mois environ après le début des accidents. A cette époque déjà la nature tuberculeuse des lésions fut admise, d'autant plus que l'état général était médiocre, qu'il y avait eu précédemment des bronchites répétées et même des hémoptysies quelques mois avant le début des manifestations cutanées; enfin, parce qu'on trouvait au sommet gauche de la submatité, de l'obscurité du murmure vésiculaire et quelques craquements humides dans les grandes inspirations.

En somme, chez ce malade, les déterminations de la tuberculose externe n'étaient pas alors à proprement parler cutanées; elles se bornaient à des lésions de l'hypoderme. L'observation de M. Barié signale d'une façon très précise ces petites tumeurs, du volume d'un pois, d'une noisette, d'une mandarine, qui, d'abord dures, se ramollissent, puis deviennent des abcès dont l'ouverture tend à rester fistuleuse. Nous avons observé maintes fois, dans le service de M. le professeur Lannelongue, qui a particulièrement étudié leur évolution en abcès froids, ces petites tumeurs, dont certains enfants sont pour ainsi dire couverts, et qui ne se révèlent qu'au toucher, sous forme de petites nodosités indolentes, de consistance très dure, roulant sous le doigt, comme des pois ou des grains de blé. Tantôt on assiste à leur complète résolution, tantôt on les voit grossir, se ramollir, devenir fluctuantes, envahir la peau et s'ouvrir au dehors. Ce sont les gommes scrofuleuses, dont Bazin avait admis déjà la nature tuberculeuse, sans pouvoir le démontrer, et dans lesquelles MM. Brissaud et Josias (1) ont les premiers reconnu la structure typique du tubercule. Fréquentes dans le jeune âge, ces gommes sous-cutanées se rencontrent aussi chez l'adulte; mais il est rare qu'elles se montrent alors en grand nombre, comme c'était le cas chez notre malade.

Depuis l'époque où cet homme a été observé par M. Barié, son état s'est beaucoup modifié. On trouve encore quelques-unes de ces petites tumeurs à différents stades de développement, dures ou fluctuantes, profondes et roulant sous le doigt ou superficielles et prêtes à s'ouvrir. Mais il faut les chercher; elles sont en petit nombre et ne représentent plus qu'un vestige de la lésion initiale. Il n'y a plus guère que deux petites gommes fluctuantes au niveau de l'épitrochlée et sur la face dorsale d'un des poignets, et un nodule pisiforme, dur comme un grain de plomb, dans la paume d'une des mains.

Ce sont, au contraire, les lésions de la peau proprement dite qui sont de beaucoup prédominantes. On voit sur différents points des membres des plaques légèrement saillantes, dont la surface est mamelonnée, bourgeonnante, ou croûteuse et crevassée. Ces plaques présentent l'aspect de la tuberculose verruqueuse. Abandonnées à elles-mêmes, elles se recouvrent d'écailles jaunâtres, épaisses, formées de pus concrété. Lorsque ces croûtes se sont détachées, après l'application d'un pansement humide, elles découvrent des bourgeons fongueux, tantôt pâles, blafards, tantôt rosés ou même livides, parfois saignants, et à la surface desquels on distingue souvent la saillie de fines papilles. Dans l'intervalle de ces fongosités se trouvent de petites excavations et de véritables pertuis à bords taillés à pic, d'où la pression fait sourdre un pus sanieux ou une sérosité sanguinolente. Sur ces placards, le tégument est infiltré et épaissi, mais il n'est que superficiellement ulcéré. A leur pourtour la peau est amincie, violacée, couverte de squames peu épaisses. Ces lésions se voient sur plusieurs points des deux membres supérieurs, notamment à la partie inférieure et externe du bras gauche, sur la face postérieure des deux avant-bras, sur le dos du métacarpe du côté droit, sur la face dorsale du premier espace interosseux à gauche. Cette dernière plaque est la plus étendue : ses dimensions atteignent celles d'une pièce de 5 francs. Sur les membres inférieurs on ne trouve plus actuellement que deux petites surfaces croûteuses : à la malléole interne et sur la face externe du mollet du côté gauche.

Ces lésions cutanées, de même que les gommes du tissu cellulaire, sont bien, d'ailleurs, de nature tuberculeuse. A l'époque où M. Barié publia l'observation du malade, ce diagnostic s'imposait déjà d'après l'ensemble du tableau clinique. L'examen du pus n'avait point, il est vrai, laissé

(1) Brissaud et Gilbert. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 24 juin 1887, p. 311, et 25 janvier 1889, p. 47.

(2) Barié. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 10 juin 1887, p, 293.

(1) Brissaud et Josias. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879.

reconnaître la présence de bacilles tuberculeux ; mais l'inoculation de ce pus fut faite par M. Gaucher, à un cobaye qui succomba quatre mois plus tard, avec des lésions tuberculeuses (1). Récemment nous avons pu compléter cette démonstration. Une goutte de pus, retirée par ponction d'une petite gomme, nous a permis de faire des préparations dans lesquelles nous avons trouvé des bacilles de Koch. En outre, nous avons recueilli du pus et de la sérosité dans la profondeur d'un pertuis fistuleux, au milieu des fongosités d'une plaque cutanée ; ce pus, ensemencé sur les milieux ordinaires (gélose, gélatine, bouillon, pomme de terre), a donné des colonies du *staphylococcus aureus*, d'un streptocoque fort peu virulent et d'un bacille qui est sans doute un saprophyte de la suppuration. Par l'examen microscopique de trois préparations faites avec ce pus, nous avons trouvé un seul bacille tuberculeux. Mais l'inoculation de ce liquide sous la peau d'un cobaye a produit un abcès avec engorgement ganglionnaire, et les tissus malades de cet animal, inoculés à un second cobaye, ont donné lieu au développement de lésions tuberculeuses renfermant en abondance le bacille de Koch. Il est donc hors de doute qu'il s'agit bien d'une tuberculose légitime.

Comment les lésions initiales, les gommes sous-cutanées ont-elles fait place aux altérations de la peau proprement dites ? C'est ce que le malade explique d'une façon très précise. Toujours, dit-il, les plaques cutanées se sont développées consécutivement à l'ouverture d'un petit abcès. Il y a deux ans, pendant son séjour dans un hôpital, on traita ces petits abcès par les injections d'éther iodoformé, qui ont été beaucoup vantées dans les cas de ce genre. Mais à la suite de ces injections survenait, au dire du malade, une vive réaction : la peau rougissait, puis l'abcès s'ouvrait, restait fistuleux, et les lésions s'étendaient sur la peau, en faisant tache d'huile, à partir de la fistule. Il convient d'ajouter que les mêmes désordres suivaient parfois l'ouverture spontanée des petites gommes. Nous avons pu contrôler par nous-même l'exactitude du récit fait par le malade : une de ces petites collections fluctuantes ayant été incisée, il s'est formé sous nos yeux, autour de l'incision, une plaque verruqueuse, tout à fait semblable aux précédentes.

Ce malade nous offre donc un exemple de ces manifestations cutanées qui se développent secondairement, par l'inoculation à la peau de produits tuberculeux ayant une origine profonde. Les cas de cet ordre ont été l'objet d'un travail de M. Jeanselme (2), qui a rassemblé un certain nombre d'observations de lupus produits par ce mécanisme d'inoculation secondaire et développés au pourtour de fistules d'abcès tuberculeux sous-cutanés, ganglionnaires ou ostéo-articulaires. M. Prioleau a traité de nouveau ce sujet au récent Congrès de Limoges (3). C'est enfin dans un cas de ce genre, chez une jeune femme atteinte d'un lupus développé autour d'une fistule de tuberculose osseuse, que Koch a, pour la première fois, expérimenté la valeur thérapeutique de sa nouvelle méthode.

Mais l'origine profonde de ces lésions superficielles, si bien établie qu'elle soit dans certains cas, ne peut évidemment suffire à rendre compte de toute leur pathogénie. En effet, les fistules tuberculeuses sont d'une extrême fréquence, tandis que les lésions un peu étendues du tégument, consécutives à de telles fistules, sont bien loin d'être aussi communes. Il est donc nécessaire, pour expliquer la multiplicité de ces lésions cutanées et leur étendue, d'admettre une vulnérabilité particulière de la peau à l'égard du bacille tuberculeux. Or, nous ignorons actuellement en quoi consiste cette réceptivité spéciale de la peau pour le germe tuberculeux. Nous connaissons bien la provenance de la graine, mais nous ne connaissons pas toutes les conditions qui rendent un terrain favorable à son développement.

Il faut remarquer, en outre, que l'infection tuberculeuse, dans la plupart des cas de manifestations cutanées, ne présente pas les caractères d'une grande virulence. Les bacilles sont peu nombreux dans les tissus malades ; la marche des lésions est ordinairement lente et les lésions expérimentales, provoquées avec les produits qui en émanent, se font aussi remarquer par la même lenteur de leur évolution. Toutes ces conditions sont réunies dans notre cas. La plupart des plaques cutanées, chez ce malade, restent depuis longtemps stationnaires ; plusieurs même ont une tendance manifeste à guérir spontanément ou sous l'influence de simples pansements propres. Les lésions pulmonaires, depuis quatre ans, ont fait des progrès relativement peu considérables : le sommet gauche est le siège de nombreux craquements humides, en avant et en arrière, mais le sommet droit ne présente de craquements qu'en arrière et l'on n'y trouve en avant qu'une rudesse de la respiration. L'état général se maintient assez bon ; il n'y a point de fièvre ; le malade ne maigrit pas et son poids n'a pas diminué depuis trois mois. On peut donc affirmer que la tuberculose dont il est atteint n'est pas d'une grande virulence, et pourtant, chez lui, la moindre ouverture d'abcès est aussitôt suivie d'un envahissement de la peau dans une assez grande étendue. C'est une raison de plus pour faire intervenir cet autre élément pathogénique, qui n'apporte pas sans doute une explication, mais qui contient plutôt l'énoncé d'un problème à résoudre : le défaut de résistance de la peau envers le bacille tuberculeux.

D'autres questions encore seraient intéressantes à éclaircir chez ce malade. Par quelle voie le germe tuberculeux a-t-il pénétré dans son organisme ? Venait-il du sang ou de l'extérieur, lorsqu'il s'est fixé dans le tissu cellulaire sous-cutané pour y produire la lésion initiale, la gomme tuberculeuse ? Dans certains cas, on a pu établir, avec beaucoup de vraisemblance, que la peau a été inoculée par des produits virulents déposés à sa surface et provenant, soit d'une origine étrangère, soit des crachats du malade lui-même. Puis, de ce tubercule cutané d'inoculation, les bacilles se sont propagés aux tissus sous-jacents, infectant l'appareil lymphatique, produisant des abcès lymphangitiques et ganglionnaires, dont l'ouverture peut déterminer de nouvelles altérations cutanées. C'est ce que montre, entre autres, une observation de MM. Fournier et Morel-Lavallée (1). Mais chez notre malade, nous manquons des éléments nécessaires pour établir cette succession des accidents. Il ne présente pas de traces de lymphangites ; il n'a même pas la tuméfaction des ganglions que suffirait à expliquer la présence de nombreuses surfaces

(1) Gaucher *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 14 octobre 1887, p. 378.

(2) Jeanselme. *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, Paris 1888, p. 338.

(3) Prioleau. Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, tenu à Limoges, août 1890.

(1) Fournier et Morel-Lavallée. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1888, p. 21.

suppurantes. Nous sommes donc réduit à des conjectures à cet égard; mais il n'est jamais inutile d'agiter ces questions, en attendant qu'une observation clinique, faite dans des conditions plus heureuses, parvienne à les résoudre.

Enfin, au point de vue thérapeutique, la tuberculose cutanée peut être souvent considérée comme une tuberculose locale. Ici, bien qu'il existe des lésions pulmonaires, elles ne sont pas tellement avancées que le malade n'ait pas un grand intérêt à guérir de ses manifestations cutanées. Les tentatives faites jusqu'ici dans la voie du traitement local n'ont pas été couronnées de succès. Mais il est permis d'espérer qu'il pourra bénéficier de la nouvelle méthode thérapeutique qui paraît donner précisément, dans ces cas de tuberculose de la peau, ses plus brillants résultats.

Ch. Achard.

— La séance publique annuelle de l'Académie de médecine aura lieu le mercredi 16 décembre 1890.

Ordre des lectures : 1° Rapport général sur les prix décernés en 1890, par M. Féréol, secrétaire annuel;

2° Prix proposés pour 1891, 1892 et 1893;

3° Éloge de Chauffard, par M. Bergeron, secrétaire perpétuel.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

53

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

92

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boites de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boites de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

42

LE VÉRITABLE THAPSIA

doit porter les Signatures

Ch. Le Perdriel Reboulleau

Veuillez les exiger pour éviter les accidents.

LE PERDRIEL ET Cie, PARIS.

25

PEPTONATE DE FER ROBIN

OU

FER ROBIN ASSIMILABLE

Admis dans les hôpitaux de Paris
Présenté à l'Académie, en 1885, par Berthelot.

Le seul obtenu à l'état de véritable sel ferrugineux, en gouttes concentrées.

DOSE : 10 à 20 gouttes par repas.
DÉTAIL : Dans toutes les Pharmacies.

23

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté*. Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

65

IODOL

Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drogtes.

33

VARICES, HÉMORRHOÏDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

Elle a pour *adjuvant indispensable* ds le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais** à **l'Hamamelis** et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis**.

DÉPÔT : Phie LOGEAIS, av. Marceau, et ttes phies.

23

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

Exiger la source du **Pavillon.**

16

PURGATIF GÉRAUDEL

AU CONVOLVULUS OFFICINALIS

LAXATIF — RAFRAICHISSANT
TONIQUE — DIGESTIF

Le problème à résoudre était de trouver un produit commode, agréable, bien dosé, efficace, et en même temps non susceptible d'irriter l'estomac et les intestins.

Le PURGATIF GÉRAUDEL est exclusivement composé de substances végétales.

Nous lui avons donné la forme de tablettes, ce qui nous a permis de le doser exactement, d'en faciliter l'emploi et de le rendre aussi agréable qu'efficace.

DOSE & MODE D'EMPLOI

On prend une seule tablette à la fois, le matin à jeun, un quart d'heure avant de déjeuner.

Il faut les sucer ou les croquer avant de les avaler.

Si l'on voulait obtenir un effet plus grand, il suffirait de prendre notre purgatif deux ou trois jours de suite suivant le tempérament, à la dose de une ou deux tablettes par jour.

Pour purger les enfants de six à douze ans, une ou deux tablettes, prises le matin à jeun, suffisent.

On peut manger après avoir pris nos tablettes et vaquer à ses occupations comme d'habitude.

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et Absorption

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires normales.

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal ; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé.

MODE D'EMPLOI. — Sucer lentement en avalant la salive, une seule pastille à la fois. — On en prend 6 à 10 par jour entre les repas, et principalement le matin et le soir.

GROS : Chez l'inventeur, A. GÉRAUDEL, pharmacien à Sainte-Ménehould (Marne).

DÉTAIL : Dans toutes les Pharmacies de France et de l'Etranger.

ENVOI D'ECHANTILLONS GRATUITS
à MM. ls Médecins qui désireraient ls expérimenter.

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

35

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 57, rue d'Hauteville.

45

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boites fer blanc de **50** et **100g**.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

12

VIN ET L'ÉLIXIR MILLION

A BASE DE MATÉINE

Le VIN MILLION est le plus puissant **Vin tonique reconstituant**, souverain dans les *Maladies d'estomac, de la Gorge, de l'Anémie, etc.*

L'ELIXIR MILLION assure la guérison complète du *Diabète*, de la **Constipation**, *etc.*

L'*Elixir* : la boutlle, 4 fr. ; *Vin* : la boutlle, 5 fr.

Phie Commerciale, 23, r. Drouot, Paris. et Phies.

ENVOI D'ÉCHANTILLONS GRATUITS
à MM. ls Médecins qui désireraient ls expérimenter.

96

QUINA ANTIDIABÉTIQUE ROCHER

A base de glycérine redistillée et chimiqt pure. Calme immédiatement la soif, tonifie et reconstitue.

Fl. 3f,50. — Echant. gratis à MM. les médecins.

F. ROCHER, 112, rue Turenne, Paris.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau ; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy ; 10, r. Port-Mahon.

54

ALBUMINATE DE FER DE LAPRADE

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans ttes Phies. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les orateurs qui, jusqu'ici, ont pris part à la discussion sur la dépopulation de la France, se sont trouvés d'accord pour demander une plus rigoureuse application de la loi Roussel. Il était tout naturel que l'auteur de cette loi, fît connaître son opinion; c'est ce qu'a fait aujourd'hui M. Roussel.

M. Lagneau a répondu ensuite aux divers orateurs qui ont pris la parole sur la question.

Après un rapport officiel de M. Marty sur les remèdes secrets et nouveaux, M. Motais (d'Angers) a fait connaître le résultat de ses études sur la myopie des grands fauves nés dans les ménageries. Nous signalerons aussi une communication de M. Moissan sur la présence du plomb dans l'eau de Seltz. Il y a là un danger qu'il est bon de signaler.

L'Académie a élu un nouveau membre dans la section de pathologie médicale. Son choix s'est porté sur M. Dieulafoy. L'élection du brillant professeur de pathologie interne sera favorablement accueillie par le monde médical.

HOPITAL ROTHSCHILD. — M. A. WEILL.

La créosote et le gaïacol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Résultats obtenus à l'aide des injections sous-cutanées de gaïacol (1).

Par le docteur DIAMANTBERGER, ancien interne du service.

II

Nous avons fait usage jusqu'à présent de la solution suivante :

Gaïacol pur	2 grammes.
Huile de vaseline. . . .	100 —

Absolument limpide et antiseptique, cette solution offre aux injections la garantie la plus parfaite contre toute formation d'abcès. Du reste, le gaïacol doit être pur. On en trouve dans le commerce qui est mélangé de petites quantités de créosote; mais l'odeur plus ou moins forte trahit l'état d'impureté du produit.

Dans nos expériences ultérieures, nous avons déjà commencé à remplacer cette solution par le gaïacol pur, qui s'injecte directement sous la peau, sans le moindre inconvénient pour le patient.

Schaetelig et Pollyak ont déjà pratiqué, du reste, ces injections pures, qui permettent d'imbiber l'organisme d'une quantité plus grande de médicament actif; ce qui fait qu'on peut ainsi se rapprocher beaucoup plus de la formule de Guttmann, pour stériliser le champ si vaste de la pullulation bacillaire.

Les injections gaïacolées se font tout simplement à l'aide d'une seringue de Pravaz en caoutchouc durci; l'aiguille doit être très fine et toujours perméable. Le gaïacol étant un antiseptique assez puissant, on n'a jamais besoin de flamber l'aiguille; il suffit de la bien essuyer après usage, avec une fine compresse.

Pour bien faire, chaque malade devrait avoir sa seringue, ou tout au moins son aiguille.

L'introduction de l'aiguille sous la peau doit se faire le plus vite possible, pour éviter la douleur aiguë de la piqûre même. Ce point est très important, car il décidera souvent le patient à continuer ou non les injections, qui ont le don de frapper l'esprit, d'une façon très désagréable.

On choisira, de préférence, les endroits où l'on peut facilement soulever un pli assez grand du tégument, ou, mieux encore, les régions dont le pannicule graisseux sous-jacent est plus volumineux.

Schaetelig recommande, comme lieu d'élection, la paroi abdominale, le pli inguinal ou bien la région antérieure de la cuisse. Pollyak ne les a pratiquées que dans la paroi abdominale.

Nos injections ont porté sur toutes les régions possibles : région latéro-externe du bras, face antérieure de l'avant-bras, entre les omoplates, à l'angle inférieur de l'omoplate, dans les régions antéro-latérales de l'abdomen, à la face antérieure de la cuisse et au niveau de la région fessière. Dans ce dernier point, nous n'avons même pas hésité à diriger l'aiguille perpendiculairement dans la profondeur du muscle, ce qui nous a toujours paru la méthode de choix (il s'agit là, en réalité, d'injections intra-musculaires et non pas hypodermiques; le résultat n'en est que meilleur).

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1230.

Mais de tous les autres points, la paroi abdominale et la région antérieure de la cuisse nous paraissent remplir les meilleures conditions.

Après avoir poussé tout le liquide en maintenant bien en place la seringue, pour ne pas faire des piqûres réitérées dans la profondeur des tissus, on la retire doucement en fixant bien, cette fois, la peau, qu'on replisse vivement après la sortie de l'aiguille. Un peu de massage centripète, sur la région, favorise la résorption du liquide et évite les engourdissements d'abord, et les indurations locales ensuite. Ces indurations, signalées également par Schaetelig et Pollyak, ont plus de tendance à se produire aux bras qu'ailleurs.

L'absorption se fait très rapidement, car la plupart des malades accusent, quelques secondes après l'injection, le goût du gaïacol dans la bouche et le pharynx ; pareil effet s'observe également avec les injections d'huile créosotée.

Ce goût disparaît aussitôt et ne gêne en aucune façon le patient.

Injectée à une dose un peu plus élevée, la solution gaïacolée (à 2 p. 100) produit souvent une diaphorèse abondante. Une sueur exhalant l'odeur du gaïacol recouvre bientôt tout le corps du malade, qui prétend avoir à la suite un sentiment de bien-être et une grande stimulation de l'appétit, tout comme après un bain de vapeur.

Les reins ne paraissent pas être influencés d'une façon fâcheuse par ce médicament, aucun de nos malades ne s'est plaint de ce côté-là.

Une malade du service, ayant souvent des frissons prolongés le soir, m'affirma avoir remarqué que, le jour où on lui faisait les injections gaïacolées à la contre-visite, elle n'avait pas son frisson, et qu'elle le faisait même avorter en prenant d'un coup toute la potion au gaïacol qu'on lui prescrivait parfois (contenant 50 centigrammes de gaïacol). Nous ne faisons qu'enregistrer ces quelques faits sans vouloir y insister de plus.

Du nombre total des malades, que nous avons soumis durant cinq à six mois aux injections gaïacolées, nous sommes obligés de distraire plus de la moitié, et le motif en est facile à saisir. Presque tous ces malades sont souvent désespérés de leur état, perdent vite patience et changent à chaque instant de médecin et d'hôpital ; un certain nombre d'entre eux, sur lesquels nous avions commencé le traitement, ont donc petit à petit disparu ; leurs observations incomplètes échappent à une analyse sérieuse. Il y en a d'autres, qui ont à peine commencé le traitement tout récemment ; ils ne peuvent, non plus, rentrer dans le cadre de cette étude, qui n'est basée, en somme, que sur trente observations complètes, dont nous allons faire tout à l'heure une analyse détaillée (leur publication in extenso serait trop encombrante pour les colonnes de ce journal et trop fastidieuse pour le lecteur).

De ces trente malades, quatre seulement ont été traités dans les salles ; tous les autres venaient, à la consultation externe, se faire injecter, soit tous les jours, soit tous les deux jours, suivant les circonstances. Appartenant presque tous à la classe la plus pauvre de la société, ils ont continué à vivre, pendant toute la durée du traitement, dans les mêmes conditions d'hygiène mauvaise, de misère et surtout de privations multiples, causées par la cessation du travail.

Les quelques résultats, obtenus au milieu d'un ensemble de circonstances si défavorables, acquièrent ainsi une valeur réelle ; si tant est que de bonnes conditions d'hygiène et d'alimentation ont souvent été invoquées comme les véritables facteurs des améliorations imputées à tel ou tel remède.

En nous basant sur l'ensemble symptomatique et sur le degré des lésions constatées au début du traitement, nos malades se répartissent ainsi qu'il suit : premier degré, 10 cas ; deuxième degré, 12 cas ; troisième degré, 8 cas ; en tout 30 cas, dont 16 femmes et 14 hommes. Leur âge varie entre treize et quarante-cinq ans.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX

Des variations de la personnalité dans les états hypnotiques (1).

Par le professeur A. Pitres, doyen de la Faculté.

II

Variations de la personnalité par alternance. — Supposez une personne sujette à des accès de somnambulisme revenant périodiquement, tous les mois, par exemple, et durant chacun quinze jours. Pendant le sommeil somnambulique, cette personne se rappellera toute son existence ; mais, durant l'état de veille normal, elle ne se souviendra absolument que des faits survenus en dehors du sommeil. Elle aura donc deux mémoires distinctes, d'une portée inégale, lui servant alternativement. A la longue, il en résultera qu'elle aura, dans l'état de sommeil, des souvenirs, des idées, des sentiments qu'elle ne connaîtra pas à l'état de veille. Sa manière d'être sera différente dans l'un ou l'autre de ces états ; sa personnalité ne sera plus la même.

La supposition que nous venons de faire se trouve réalisée dans un certain nombre de cas pathologiques qu'on a décrits sous les noms d'*amnésie périodique*, de *double conscience* ou de *dédoublement de la vie*. Le plus connu est celui qui a été étudié par mon collègue, M. le professeur Azam (2), sur une malade de Bordeaux, âgée aujourd'hui de quarante-six ans et nommée Félida X., M. Azam la vit, pour la première fois, en 1858. Elle avait alors quinze ans. C'était une fille assez robuste, intelligente, laborieuse, peu affectueuse, d'un caractère triste. Elle était déjà sujette à des accidents hystériques variés, mais elle se préoccupait surtout d'une altération périodique de la mémoire qui se reproduisait sous forme de crises presque chaque jour.

Ces crises survenaient toujours de la même façon. Elle ressentait aux tempes une douleur constrictive et perdait tout à coup connaissance comme cela arrive dans le *petit mal*. Puis, une ou deux minutes après, elle ouvrait les yeux et communiquait librement avec le monde extérieur. Elle pouvait aller, venir, travailler ; elle n'avait aucune idée délirante, aucune hallucination ; mais son état intellectuel

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 765.

(2) Les travaux de M. Azam sur cette question ont été réunis en un volume intitulé : *Hypnotisme, double conscience et altération de la personnalité*, Paris, 1887.

Les autres observations de double conscience ont été publiées par MM. Mac Nish (*Philosophy of sleep*, 1830), Mesnet (*Mémoire sur l'automatisme de la mémoire, etc.*, Paris 1874), Dufay (La notion de la personnalité, *Revue scientifique*, 15 juillet 1876), Verriest (*Congrès de phréniatrie et de neuropathologie d'Anvers*, 1885), Ledame (Observation de somnambulisme hystérique, *Rev. de l'hypn.*, 30 janvier 1888), Bourru et Burot (*Les variations de la personnalité*, Paris 1888), Bonamaison (Un cas remarquable d'hypnose spontanée, *Rev. de l'hypn.*, 1890, p. 234).

était modifié. Au lieu d'être sombre et concentrée comme auparavant, elle était gaie, souriante, causeuse, aimable, turbulente. Elle restait dans cet état pendant trois ou quatre heures, puis, tout à coup, elle perdait de nouveau connaissance et se réveillait telle qu'elle était avant la crise, mais n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé pendant sa durée. Dans la crise, au contraire, ou, comme l'appelle M. Azam, dans l'état de *condition seconde*, elle se souvenait de toute son existence.

Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, les crises sont devenues plus longues et plus fréquentes. Elles ont peu à peu empiété sur l'état normal, au point de l'envahir presque complètement. Dans ces dernières années, certaines crises ont duré trois mois; mais les symptômes fondamentaux sont restés les mêmes, et en particulier, la perte du souvenir de tous les événements survenus pendant la condition seconde est aussi complète, aussi absolue qu'elle l'était en 1858.

Cette amnésie périodique a causé à la malade des désagréments de toutes sortes. Devenue enceinte avant son mariage, pendant une période de condition seconde, elle ignorait, dans l'autre condition, la véritable cause du développement de son ventre, bien qu'elle la connût fort bien et en parlât librement quand elle retombait en condition seconde.

Une de ses parentes étant morte pendant une de ses crises, elle assista à ses funérailles et prit le deuil; mais revenue à l'état normal, il fallut qu'on lui expliquât pourquoi elle était vêtue de noir.

On lui donna un chien pendant qu'elle se trouvait en condition seconde: elle le soigna, l'éleva, s'attacha à lui. Quand elle repassa à l'état de condition première, et qu'elle aperçut l'animal dans ses appartements, elle le chassa comme un chien errant qui aurait pénétré chez elle par hasard.

En 1878, étant en condition seconde, elle croit avoir la certitude que son mari la trompe avec une maîtresse. Prise d'un affreux désespoir, elle se pend. On arrive heureusement assez tôt pour la rappeler à la vie. A quelque temps de là, elle revient en condition première : elle n'a plus connaissance des soupçons qui l'ont tant alarmée et comble de prévenances et de bonnes paroles la femme que, dans l'autre état, elle accuse d'être la complice de son mari.

En somme, elle a deux manières d'être distinctes, se succédant à intervalles irréguliers : l'une, dans laquelle elle est triste, morose, égoïste et ne se rappelle qu'une partie des événements de sa vie; l'autre, dans laquelle elle est gaie, expansive, affectueuse et se souvient de tout ce qui lui est arrivé depuis qu'elle a l'âge de raison. A la vérité, cela ne constitue pas deux personnalités différentes et absolument étrangères l'une à l'autre, puisqu'à aucun moment Félida n'a méconnu son identité; mais cela fait, si l'on peut s'exprimer ainsi, une personnalité à double jeu et à mécanisme alternant. Dans la condition première, la malade est autre que dans la condition seconde, sans être pour cela une autre personne. « Elle paraît avoir deux vies, dit M. Azam; en réalité, elle n'a que deux mémoires. »

Les changements qui se produisent périodiquement dans son esprit tiennent sans doute à ce qu'elle a des accès de somnambulisme spontané. Il est probable que sa condition première correspond à l'état normal, et que sa condition seconde est une forme particulière de l'hypnose spontanée. Ce n'est pas assurément l'état hypnotique vulgaire. Ce serait plutôt un état analogue à celui dans lequel les sujets éveillés accomplissent les suggestions qu'on leur a données, état que M. Liégeois, qui en a le premier étudié les symptômes, appelle *condition seconde provoquée* (1), et M. Beaunis, *veille somnambulique* (2). Il est caractérisé par les apparences extérieures de l'état de veille et par la perte du souvenir des actes accomplis pendant sa durée. Il se rapproche certainement des états hypnotiques francs; mais il ne saurait être légitimement confondu avec eux, et l'une des meilleures preuves qu'on en puisse donner, c'est que les sujets en état de veille somnambulique peuvent passer à l'état de sommeil hypnotique vulgaire quand on les soumet à l'action des procédés hypnogènes.

Il serait très intéressant de savoir ce que donnerait l'hypnotisation pratiquée, dans les états de condition première et de condition seconde, sur des sujets atteints d'amnésie périodique spontanée. M. Azam a endormi autrefois Félida par la fixation du regard. Il décrit, très brièvement, les résultats qu'il a obtenus. Il ressort cependant de son récit que la malade pouvait être hypnotisée avec la même facilité pendant ses crises ou dans leurs intervalles, et qu'une fois endormie, elle était dans un autre état que dans sa condition première et dans sa condition seconde (3).

Les expériences faites par M. Verriest conduisent à des conclusions identiques. Sa malade pouvait être hypnotisée par le passage des mains sur les globes oculaires. Quand on l'hypnotisait en condition première, elle se retrouvait, après le réveil, en condition seconde et *vice versa*. Mais, dans tous les cas, tant que durait le sommeil provoqué, elle présentait d'autres symptômes que dans les états alternants qui se succédaient chez elle par le seul fait de sa maladie. Nous pouvons ajouter que M. Ladame a profité de l'hypnotisation pour guérir, par suggestion, une personne atteinte d'accès de somnambulisme spontané, avec variations alternantes de la personnalité.

En résumé, les phénomènes de double conscience, d'amnésie périodique ou de personnalité alternante, observés par M. Azam chez Félida X..., et par d'autres auteurs chez quelques malades dont l'histoire est analogue à celle de Félida, paraissent dépendre d'une forme particulière du somnambulisme spontané, dans laquelle le sommeil somnambulique vulgaire est remplacé par l'état de veille somnambulique. Des deux états qui se succèdent alternativement chez ces malades, l'un, la condition première, est l'état de veille normal, l'autre, la condition seconde, est l'état de veille somnambulique.

Cette interprétation n'est pas applicable à tous les cas d'amnésie périodique sans exception. Il y a, dans la science, une observation célèbre connue sous le nom d'« Histoire de la dame américaine de Mac Nish (4) », dans laquelle le jeu des deux mémoires alternantes n'était pas le même que chez la malade de M. Azam.

Voici les détails de cette observation :

Une jeune dame, instruite, bien élevée, et d'une bonne constitution, fut prise tout d'un coup, et sans avertissement préa-

(1) J. Liégeois. *De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale*, Paris 1889, p. 355.

(2) Beaunis. *Le somnambulisme provoqué*, Paris 1886, p. 163.

(3) Azam. Op. cit., p. 75.

(4) Cette observation a été publiée pour la première fois par Mitchell et Nott (*Medical Repository*, janvier 1816), reproduite par Mac Nish (*Philosophy of sleep*) et traduite par Azam (Op. cit., p. 270).

lable, d'un sommeil profond qui se prolongea plusieurs heures au delà du temps ordinaire.

A son réveil, elle avait oublié tout ce qu'elle savait, sa mémoire était comme une *tabula rasa*, et n'avait conservé aucune notion ni des mots, ni des choses; il fallut tout lui enseigner à nouveau; ainsi elle dut réapprendre à lire, à écrire, à compter; peu à peu, elle se familiarisa avec les personnes et avec les objets de son entourage, qui étaient pour elle comme si elle les voyait pour la première fois; ses progrès furent rapides.

Après un temps assez long — plusieurs mois — elle fut, sans cause connue, atteinte d'un sommeil semblable à celui qui avait précédé sa nouvelle vie. A son réveil, elle se trouva exactement dans l'état où elle était avant son premier sommeil, mais elle n'avait aucun souvenir de tout ce qui s'était passé pendant l'intervalle; en un mot, dans l'*état ancien*, elle ignorait l'*état nouveau*. C'est ainsi qu'elle nommait ses deux vies, lesquelles se continuaient isolément et alternativement par le souvenir.

Pendant plus de quatre ans, cette jeune dame a présenté à peu près périodiquement ces phénomènes.

Dans un état ou dans l'autre, elle n'a pas plus souvenance de son double caractère que deux personnes distinctes n'en ont de leurs natures respectives; par exemple, dans la période d'*état ancien*, elle possède toutes les connaissances qu'elle a acquises dans son enfance et sa jeunesse; dans son *état nouveau*, elle ne sait que ce qu'elle a appris depuis son premier sommeil. Si une personne lui est présentée dans un de ces états, elle est obligée de l'étudier et de la connaître dans les deux pour en avoir la notion complète. Il en est de même de toute chose. Dans son *état ancien*, elle a une très belle écriture, celle qu'elle a toujours eue, tandis que, dans son *état nouveau*, son écriture est mauvaise, gauche, comme enfantine; c'est qu'elle n'a eu ni le temps, ni les moyens de la perfectionner.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, cette succession de phénomènes a duré quatre années et Mme X... était arrivée à se tirer très bien d'affaire, sans trop d'embarras, dans ses rapports avec sa famille.

Dans ce cas, vous le voyez, la séparation entre les deux existences était beaucoup plus profonde que chez Félida X... De plus, la malade de Mac Nish n'avait pas, comme la malade de M. Azam, une mémoire commune aux deux états et une mémoire propre à l'un d'eux. Les deux mémoires étaient limitées chacune aux événements accomplis dans l'état correspondant; elles s'ignoraient réciproquement et donnaient naissance à deux personnalités distinctes complètement étrangères l'une à l'autre.

Peut-être n'y a-t-il là que des différences secondaires, des degrés plus ou moins profonds d'une même maladie. Il est même très probable qu'il en est ainsi; mais il est préférable d'attendre, pour trancher la question, que des observations nouvelles aient été recueillies.

SUR UNE FORME PROLONGÉE DE COCAINISME AIGU

Par M. Hallopeau, médecin des hôpitaux.

Le 7 mars 1890, M. X... reçoit, dans la gencive d'une dent à extraire, une injection d'environ 8 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne; il éprouve, quelques instants après, les accidents du cocaïnisme aigu : angoisse précordiale des plus pénibles, pouls filiforme, vive agitation, loquacité; le malade s'exhale en d'incessantes lamentations, avec une étonnante volubilité; il crie qu'il va mourir; il marche à grands pas, donnant dans le vide des coups de poing d'une manière inconsciente et automatique; cet état dure environ dix minutes; le calme arrive peu à peu et la dent peut être extraite.

M. X... peut se relever et rentrer chez lui à pieds, mais il se sent profondément accablé, et, dès lors, se produisent les troubles fonctionels suivants : céphalalgie continue, insomnie rebelle aux narcotiques, sensation de mauvais goût dans la bouche, accès constitués par un état de vertige et de défaillance, avec vive agitation, loquacité, profond abattement, sensation d'une mort prochaine. Ces accès se renouvellent à plusieurs reprises pendant quatre mois; tout travail intellectuel est devenu impossible; le malade est hors d'état de faire l'opération d'arithmétique la plus élémentaire; il se sent accablé et en proie à un profond découragement; il éprouve, d'une manière constante, des fourmillements et de l'engourdissement dans les mains et les avant-bras, qu'il frotte incessamment; deux mois seulement après l'injection, une amélioration graduelle, mais très lente, commence à se produire; les accidents ne cessent entièrement qu'au mois de juillet; ils ont donc duré quatre mois.

Ces accidents doivent être rapportés à l'action de la cocaïne. Les chirurgiens emploient des doses beaucoup plus élevées de cocaïne et ne provoquent que rarement des accidents graves; mais c'est qu'ils pratiquent les injections dans des conditions qui assurent l'élimination rapide de la plus grande partie de la dose injectée; il en est de même des oculistes.

Relativement à l'interprétation physiologique de ces accidents prolongés de cocaïnisme, on peut la résumer dans cette proposition de M. Hardy : il s'agit d'un empoisonnement des centres nerveux et plus particulièrement du cerveau. On ne peut admettre, en effet, qu'une dose aussi minime de médicament séjourne dans la circulation; on est nécessairement conduit à admettre, soit qu'elle s'emmagasine dans les cellules de certains centres nerveux, soit qu'elle y détermine des lésions persistantes.

Nous croyons pouvoir tirer de cette observation les conclusions suivantes :

1° Une seule injection interstitielle de chlorhydrate de cocaïne peut donner lieu, non seulement à des accidents immédiats d'un caractère grave et menaçant, mais aussi à des troubles prolongés extrêmement pénibles;

2° Ces troubles ont beaucoup d'analogie avec ceux que l'on observe peu d'instants après l'injection; ils consistent surtout en une céphalalgie persistante accompagnée d'un profond malaise, d'insomnie, d'engourdissement des membres, et en des accès de défaillance avec vertiges et prostration mêlée à une excitation cérébrale qui se traduit par de la loquacité et une grande agitation;

3° Des doses minimes du médicament peuvent suffire à les provoquer;

4° Leur durée peut être de plusieurs mois;

5° On les observe surtout chez les sujets dont le système nerveux est très excitable;

6° On peut les attribuer à une action élective du poison sur certains centres nerveux.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'urticaire. — D'après M. Quinquaud, médecin de l'hôpital Saint-Louis, l'urticaire intermittent peut être, mais rarement, amélioré par le sulfate de quinine, à la dose de 50 centigrammes; l'arsenic, sous forme de liqueur de Fowler, serait plus efficace.

S'il s'agit d'urticaire chronique, il faut absolument proscrire les bains, l'hydrothérapie, sous n'importe quelle forme, ce serait s'exposer à prolonger indéfiniment la maladie; cependant, ce conseil est souvent donné à tort. Tout au contraire l'enveloppement ouaté (docteur Jacquet) constitue, lorsqu'il est possible, un excellent moyen.

A l'intérieur, il faut prescrire des alcalins, l'arséniate de soude, le naphtol.

Le prurit, souvent insupportable, se trouve calmé par l'usage fréquent des lotions suivantes :

Eau de laurier-cerise	50 grammes.
Chloral	5 —
Eau	200 —

ou encore :

	Éther	30 grammes.
	Eau tiède	60 —

M. Quinquaud conseille encore l'alcool camphré au dixième avec de l'eau chloroformée au millième, ou bien la poudre suivante :

	Poudre d'amidon	50 grammes.
	Oxyde de zinc	10 —
ou	Acide salicylique	5 —

S'il y a des poussées surajoutées, on peut prescrire un demi milligramme d'aconitine en deux fois.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 décembre. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Des lettres de MM. Mégnin et Weber qui se portent candidats dans la section de médecine vétérinaire ;

2° Des plis cachetés adressés par MM. Boisseau du Rocher, Babès, Magnan, Lazerat, Duroy et Bidet.

RAPPORT

Remèdes secrets. — M. MARTY lit, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

LECTURES

De la myopie chez les grands fauves. — M. MOTAIS (d'Angers) lit une note sur ce sujet, d'où il résulte qu'au lieu d'être hypermétropes, comme ceux qui vivent à l'état sauvage, les animaux nés dans les ménageries, lions, tigres, panthères, sont tous atteints de myopie, parce qu'ils sont soumis très jeunes et d'une manière permanente à la vision rapprochée.

La myopie des fauves dans les ménageries et la myopie scolaire des enfants ne sont donc que la conséquence de la loi générale d'adaptation de nos organes aux fonctions qu'ils exercent habituellement.

De la neurasthénie et de la franklinisation interne. — M. BOISSEAU DU ROCHER (de Paris) fait une communication sur un nouveau procédé d'électrisation reposant sur la théorie des condensateurs qui donne de bons résultats contre la dilatation d'estomac ; il sert d'abord de désinfectant par l'ozone produit dans l'estomac ; il excite les sécrétions, soit directement, soit par voie réflexe ; enfin, il fait pénétrer au sein même des tissus l'effluve électrique.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. La liste des candidats porte, en première ligne, M. Dieulafoy ; en deuxième ligne, M. Duguet ; en troisième ligne, M. Kelsch ; en quatrième ligne, M. Landouzy.

Le nombre des votants étant de 65, majorité 33 ; au premier tour de scrutin, M. Dieulafoy obtient 49 suffrages, M. Kelsch 19, M. Duguet 4, M. Landouzy 1 et 2 bulletins blancs.

En conséquence, M. Dieulafoy est proclamé élu.

COMMUNICATION

Sur la présence du plomb dans l'eau de Seltz. — M. H. MOISSAN fait connaître les résultats de ses recherches sur la présence du plomb dans l'eau de Seltz.

Voici les conclusions de son travail :

1° Tous les échantillons d'eau de Seltz contiennent du plomb en quantité variable de 0gr0009 à 0gr0028 par litre ;

2° Ce plomb provient tout à la fois de l'étamage défectueux des appareils et de l'alliage contenant trop de plomb employé pour la fabrication des têtes de siphon.

Au point de vue de l'hygiène, une consommation continue d'une eau contenant par litre souvent 2 milligrammes de plomb métallique présente donc des dangers.

M. CHATIN rappelle qu'il a étudié la question, il y a trente-cinq ans, et, à cette époque, les tubes d'étain plus ou moins mélangés de plomb, qui plongeaient dans le liquide, ont été remplacés par des tubes de verre. Malgré cela, on trouve encore, dans l'eau de Seltz, une certaine quantité de plomb.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. ROUSSEL pense que la décroissance de la natalité française est surtout un des résultats mauvais de notre civilisation moderne, dont certains progrès, plus rapides en France qu'ailleurs, se sont effectués dans les idées plus que dans les mœurs, où la morale et l'esprit de famille n'ont pas suivi, dans leur essor, l'esprit de liberté et la passion d'égalité qui caractérisent notre société démocratique. Il considère comme désirables plusieurs des réformes législatives demandées par ses collègues ; mais il place néanmoins sa meilleure espérance dans un mouvement de réaction morale et dans les progrès de l'éducation.

Résumant ensuite l'historique de la loi de 1874 sur la protection de l'enfance, loi qui porte son nom, il rappelle qu'on est aujourd'hui d'accord, dans un grand nombre de départements, pour reconnaître que son exécution a permis de diminuer, dans une mesure appréciable, la mortalité du premier âge. En dehors de quelques améliorations de détail, ce qu'il faudrait surtout obtenir, c'est que les dépenses du service de protection soient comprises parmi les dépenses obligatoires pour les budgets départementaux.

M. LAGNEAU répond aux divers orateurs qui ont pris part à la discussion. Il partage, sous beaucoup de rapports, les idées de M. Le Fort. Cependant, bien que le phylloxera ait ruiné de nombreux habitants du Midi, il ne peut attribuer, à cette cause passagère, une grande part dans la restriction de l'accroissement de notre population. Bien avant le phylloxera, les décès excédaient les naissances dans certains départements du bassin de la Garonne, de même que dans ceux de la Normandie.

Il ne peut admettre, d'autre part, que le partage des héritages, prescrit par notre Code civil, ait une influence restrictive sur la natalité dans les provinces rhénanes.

M. Lagneau ne peut admettre, avec M. Hardy, que notre infécondité tienne à la race. Chaque année, notre Normandie présente un excédent des décès sur les naissances. Cependant les habitants de ces départements descendent des Celtes, qui, en Bretagne, se montrent remarquablement féconds, d'autre part, des Nord-manns, immigrés des pays scandinaves, dont la fécondité signalée par les anciens auteurs est encore actuellement attestée par la haute natalité du Danemark, de la Suède, de la Norvège.

Contrairement à M. Brouardel, M. Lagneau pense que du gouvernement dépendent certaines lois qui peuvent faciliter et hâter les mariages, accroître les naissances. Il rappelle quelles sont ces lois qu'il a fait connaître dans ses précédentes communications.

Tout en constatant, depuis quelques années, une diminution notable de la morbidité et de la mortalité militaires, due, en partie, à l'adduction d'eau pure dans les casernes, demandée par M. Léon Colin, prescrite par M. de Freycinet, M. Lagneau pense que cette morbidité et cette mortalité pourraient être diminuées davantage par la réduction de la durée du service actif au temps strictement nécessaire à l'instruction militaire, par la substitution des camps ruraux aux casernes urbaines, par le recrutement des troupes coloniales parmi les indigènes algériens, sénégalais, madégasques, annamites ou tonkinois.

La séance est levée.

THÈSES DE PARIS

Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus (1), par Marcel Baudouin.

Le travail de M. Baudouin est, on peut le dire, l'étude complète de l'hystéropexie appliquée à une variété de déplacements utérins : les *rétrodéviations*. Tout ce qui a été dit et publié sur ce sujet, dans la littérature des deux mondes, a été étudié par l'auteur. Ferme partisan de la puissance de l'asepsie et de l'antisepsie, il pose en principe l'innocuité absolue de la laparotomie aseptique, pratiquée sur un sujet sain. Cet axiome posé (et nul ne songe à le contester aujourd'hui), l'auteur arrive aux conclusions suivantes, que, étant donné l'importance et la valeur du travail de M. Baudouin, nous reproduisons dans leurs parties essentielles :

1° L'hystéropexie intra-péritonéale est utilisée dans deux conditions : *a*. de propos délibéré (hystéropexie primitive) ; *b*. comme opération surajoutée à une opération intra-abdominale quelconque (hystéropexie complémentaire).

2° Le procédé le plus sûr et le plus simple est celui qui a été indiqué par G. Thomas, employé par Czerny, et perfectionné par M. Terrier, c'est-à-dire le procédé de la fixation directe avec sutures perdues horizontales.

3° L'hystéropexie intra-péritonéale est indiquée dans tous les cas de rétrodéviations utérines plus ou moins adhérentes et graves, c'est-à-dire dans toutes celles qui s'accompagnent de douleurs très vives, continuelles, rendant le travail impossible et la vie insupportable. Comme toute espèce de traitement médical et les autres moyens chirurgicaux (y compris l'opération d'Alquié-Alexander) échouent constamment dans ces cas, l'hystéropexie intra-péritonéale est l'opération de choix et non pas seulement l'opération de nécessité. On la proposera donc d'emblée, qu'il y ait ou non lésions concomitantes des annexes.

L'hystéropexie intra-péritonéale est aussi indiquée pour les cas de rétroflexions ou de rétroversio-flexions de l'utérus, depuis longtemps graves et fort douloureuses, alors même qu'elles sont bien mobiles. C'est encore là l'opération de choix, et non pas de nécessité, surtout s'il y a la moindre tendance au prolapsus ; mais chez ces malades, qui réclament une intervention en raison de la résistance de leurs douleurs à tous les traitements habituels, un grand nombre de chirurgiens préfèrent tenter au préalable certaines opérations vaginales ou le raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds. Nous avons montré pourquoi l'opération d'Alexander pouvait rester trop souvent insuffisante.

Au contraire, en ce qui concerne la rétroversion mobile de l'utérus, pure, douloureuse, sans rétroflexion ni lésions des annexes, l'indication de l'hystéropexie d'emblée est plus discutable, et on pourrait tout d'abord essayer l'Alexander ou même une opération vaginale.

L'hystéropexie proprement dite n'a, jusqu'à aujourd'hui du moins, aucune contre-indication, tout tendant à prouver que la grossesse est possible ultérieurement. Dans les cas, extrêmement graves, de rétrodéviation de l'utérus gravide, on pourrait même tenter, comme dernière ressource, l'hystéropexie intra-péritonéale.

Dans tous les cas d'hystéropexie type, exécutés de parti pris, chez une malade n'ayant pas de lésions des annexes, et surtout quand la rétrodéviation est réellement mobile, la moindre faute contre les règles de l'asepsie opératoire est impardonnable, si tant est qu'elle puisse être tolérée dans toute autre laparotomie.

4° L'hystéropexie complémentaire est indiquée dans tous les cas d'utérus trouvés flottants au cours d'interventions pelviennes, ou de rétrodéviations utérines, sans exception, qu'elles soient mobiles ou adhérentes, qu'elles aient été diagnostiquées antérieurement à l'intervention sur l'abdomen ou découvertes seulement au cours d'une laparotomie faite dans un but quelconque, qu'on ait fait ou non une opération sur les annexes.

5° Les opérations plastiques sur le vagin peuvent être parfois nécessaires, comme opérations accessoires, mais seulement dans des cas bien déterminés et lors de lésions vaginales, vulvaires ou périnéales, notables.

6° L'hystéropexie pure est une opération qui n'est pas plus grave que la laparotomie exploratrice. Cependant le pronostic s'aggrave légèrement s'il y a des adhérences péri-utérines très nombreuses et très résistantes (danger d'ouverture du rectum).

Bien entendu, s'il faut intervenir en même temps du côté des annexes (salpingectomies, oophorectomies, etc.), le pronostic s'aggrave d'autant.

Il resterait à comparer la valeur de l'hystéropexie abdominale antérieure avec le raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins, mais nos lecteurs trouveront ce point développé tout au long dans une intéressante Revue que M. Baudouin a bien voulu nous adresser.

(1) Gr. in-8°. Prix : 10 francs. — Paris 1890, Lecrosnier et Babé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux s'ouvrira le lundi 9 mars 1891, à trois heures, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Pour toutes conditions s'adresser au secrétariat général, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

— Le concours pour la place de chirurgien-major de la Charité (de Lyon) vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Aug. Pollosson.

— Le concours pour l'internat de l'asile des aliénés de Bron vient de se terminer par la nomination de M. Devay, comme interne titulaire et de M. Viallon, comme interne suppléant.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Thélohan est nommé préparateur du laboratoire de clinique chirurgicale, à Necker (emploi nouveau).

M. Tessier est nommé moniteur du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée, en remplacement de M. Veillon, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Lacaze est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Barret de Nazaris, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Linossier, agrégé, est chargé d'un cours de chimie minérale.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Giral est délégué dans les fonctions d'aide de clinique des maladies des enfants, en remplacement de M. Arrivat, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — MM. Sterne et Weill sont nommés aides de clinique, en remplacement de MM. Thiébaut et Frœlich, démissionnaires.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Cochez est nommé suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, pendant la durée du congé accordé à M. Moreau.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chavanne (de Mirecourt) et Dumarest père (de Hauteville).

— Le *New York Herald* s'inquiète des recherches de Koch, sur le traitement de la tuberculose. Ce n'est pas, comme on pourrait le penser, pour se demander si cette grande nouvelle est bien fondée. Il craint que, si l'on supprime cette maladie, il n'y ait, dans quelques centaines d'années, un surcroît de population. Il meurt environ une personne sur cinq de tuberculose ; si cette cause de mortalité disparaît, la terre ne deviendra-t-elle pas bientôt insuffisante à nourrir les hommes ? Si la découverte si anxieusement attendue donne tout ce qu'on en promet, on élè-

vera des statues à Koch. Dans quelques centaines d'années d'ici on les renversera, lui reprochant d'avoir affamé l'humanité.

C'est aller vite en besogne, et c'est là une crainte tout au moins prématurée.

Les pharmaciens allemands, paraît-il, redoutent un véritable krach de la pharmacie; un de leurs journaux réclame pour la corporation le monopole de la lymphe!

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 143. — SAMEDI 13 DÉCEMBRE 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 13 DÉCEMBRE 1890. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Du raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins.

(Nouveaux procédés opératoires pour la cure des rétrodéviations graves de l'utérus.)

Par M. le docteur Marcel BAUDOUIN,
Ancien interne en chirurgie des hôpitaux.

Dans ces dernières années, le traitement chirurgical des *rétrodéviations graves de l'utérus* a pris une extension considérable et a bénéficié, dans une très large mesure, des progrès de la chirurgie moderne. Pour les cas sérieux, invétérés, ayant résisté pendant de longs mois aux divers traitements gynécologiques usités, c'est-à-dire pour les cas dits *graves*, on a abandonné peu à peu les diverses opérations vaginales jusqu'ici employées, pour se rabattre sur les interventions qu'on pratique par la *voie sus-pubienne*. Aujourd'hui même, l'une de ces interventions, jusqu'à ces temps-ci en honneur dans notre pays et à l'étranger, l'*opération d'Alquié-Alexander*, ou *raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds*, voit ses indications se restreindre de plus en plus et décline à son tour : tant est éphémère, en ces jours de rapides conquêtes chirurgicales, la vogue ou la valeur d'un procédé opératoire! On tend à lui substituer des opérations peut-être plus délicates et plus complexes, mais certainement plus sûres dans leurs résultats. Et l'on se rejette avec ardeur du côté d'interventions plus radicales, que, dans notre thèse (1), nous avons étudiées récemment sous le nom d'*opérations sus-pubiennes contre les rétrodéviations de l'utérus*.

Nous ne voulons pas décrire ici toutes les tentatives faites dans ce sens, comme, par exemple, cette même *opération d'Alquié-Alexander exécutée après une laparotomie* (2), ou bien *la laparotomie avec étançonnage rétro-utérin* (3), qui ne sont réellement pas défendables; mais nous devons citer parmi les principales :

1° *Le redressement simple intra-abdominal de l'utérus ;*

2° *La fixation normale de l'utérus*, redressé, dans sa position habituelle, à l'aide du *raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins ;*

3° *La fixation anomale de l'utérus*, après son redressement, à la paroi abdominale antérieure, c'est-à-dire l'*hystéropexie sus-pubienne type* ou *hystéropexie abdominale antérieure.*

On sait en quoi consistent la première et la dernière de ces interventions. Le simple *redressement de l'utérus*, au cours de la laparotomie, est encore à l'étude. Son histoire est trop brève pour être ébauchée aujourd'hui avec quelque utilité. Quant à la *fixation anomale de l'utérus*, c'est-à-dire à la soudure artificielle de cet organe à la partie antérieure du bassin (*hystéropexie abdominale antérieure*), c'est une opération qui a fait désormais ses preuves, ainsi que nous l'avons établi dans notre thèse, en ce qui concerne du moins la cure des rétrodéviations utérines. Son manuel opératoire est connu ; il a été très rapidement esquissé dans ce journal, il y a un an déjà (1). Aussi n'y insisterons-nous pas davantage, préférant nous borner à attirer ici l'attention sur une série de nouveaux procédés opératoires qu'on peut grouper sous le titre de *raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins*.

I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Cette façon de raccourcir, après une laparotomie exploratrice, les ligaments qui suspendent l'utérus et qui se sont allongés au cours du développement de la rétrodéviation, est une conception qui date d'hier et qui, pourtant, a déjà fait suffisamment parler d'elle à l'étranger. Basée sur certaines données théoriques, plus ou moins discutables d'ailleurs, mais récemment invoquées à propos des déplacements de l'utérus en arrière, cette méthode, comme l'hystéropexie intra-péritonéale, comprend deux temps principaux : 1° la *laparotomie exploratrice* d'abord ; 2° la *fixation de l'utérus* en bonne position à l'aide du *raccourcissement intra-abdominal* de ceux des ligaments utérins dont l'allongement a été la cause ou est à l'heure actuelle l'effet de la rétrodéviation (2), à savoir, les *ligaments utéro-sacrés* et les *ligaments larges* d'une part, les *ligaments ronds* de l'autre.

La *laparotomie exploratrice* ne présente rien de particulier ; elle est identiquement la même que celle qui précède toute

(1) BAUDOUIN (Marcel). *Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus.* Paris, 1891.

(2) Il y en a une seule observation, et l'opération n'a été qu'un pis-aller. — Voir, à ce propos : POLK. *The Amer. Journ. of Obst.*, juin 1887; et *notre thèse*, p. 164 et 166.

(3) POLK. Loc. cit., p. 630.

(1) DUMORET. Traitement du prolapsus utérin; in *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1245.

(2) Dans ce cas, c'est le ligament dont l'action est contraire qui s'est raccourci (Noble, etc.), ou bien la déviation n'a rien à voir, comme pathogénie, avec l'état des ligaments utérins. — Voir NOBLE. Asystematic stretching for shortening of the broad and utero-sacral ligaments; in *The Atlanta Med. and Surg. Journ.*, avril 1888, vol. V, nouvelle série, n° 2, p. 75 (avec figures).

hystéropexie intra-péritonéale et partant comprend, — comme temps accessoire, car il peut manquer — la *destruction des adhérences péri-utérines*.

S'il s'agit d'une rétrodéviation mobile, ce temps est réduit à zéro. Sinon, il peut acquérir une importance considérable. Nous n'y insisterons pas beaucoup cependant, pour la raison suivante, qui, à notre avis, est capitale : le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds ne doit être tenté que quand les adhérences pelviennes et péri-utérines sont peu importantes. Quelques mots d'explication sont nécessaires à ce propos.

Si, le ventre ouvert, on tombe sur un petit bassin absolument rempli de fausses membranes, épaisses, coriaces, immobilisant tous les organes pelviens, englobant l'utérus rétrodévié et les annexes la plupart du temps malades, il est, pensons-nous, inutile de chercher à faire le raccourcissement d'un ligament quelconque de l'utérus. Ce serait peine perdue. Supposons, en effet, qu'on soit parvenu à dégager cet utérus, après des manipulations intra-pelviennes longues et délicates ; à isoler même, après la destruction des adhérences utéro-rectales ou utéro-intestinales, les ligaments utérins : il serait illusoire de vouloir réaliser leur raccourcissement intra-abdominal, comme nous le montrerons plus tard. Ils sont trop altérés, trop rabougris, trop atrophiés pour cela ; l'opération serait insuffisante. Ces cas sont du domaine de l'hystéropexie intra-péritonéale, qui *seule* peut permettre d'obtenir un résultat durable, en créant des ligaments nouveaux et solides. En ne recourant pas à ce dernier mode de traitement, on n'atteindrait pas le but, et on n'obtiendrait pas un redressement *persistant* de l'utérus.

Si, au contraire, au cours de la laparotomie, on trouve une rétrodéviation mobile ou à peine adhérente, des ligaments encore solides, malgré l'allongement qu'ils ont subi, on pourra tenter leur raccourcissement ; mais dans ces cas, les seuls où l'opération que nous étudions ici doive être employée, la destruction des adhérences péri-utérines, on le voit, n'est que très accessoire. Pour ces motifs, nous croyons inutile de revenir sur la façon de l'exécuter soit à l'aide des doigts, soit à l'aide d'instruments tels que bistouris, ciseaux, thermocautères, etc.

Les *hémorrhagies*, qui sont assez fréquentes quand il s'agit d'adhérences importantes, nombreuses, ne doivent pas, dans les cas considérés, inquiéter le chirurgien, puisque, nous le répétons, — lorsque l'on est autorisé à faire le raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins — ces adhérences doivent être nulles, presque nulles, ou très faibles et partant à peine vasculaires.

Il importe davantage, l'utérus étant mobilisé, de le *désenclaver* avec soin, car souvent il est enfoui dans le petit bassin. Quand le fond est encastré dans le cul-de-sac de Douglas, il n'est pas toujours facile, comme l'a signalé Klotz, de l'énucléer et de le faire sortir du nid où il s'est caché.

La libération de l'utérus terminée, il s'agit de procéder au raccourcissement des ligaments utérins, pour fixer ou plutôt pour maintenir l'organe dans la situation la plus rapprochée de celle qu'il occupe normalement. Mais *quel ligament raccourcira-t-on?*

C'est ici que la question s'obscurcit. Kelly, dans une série de mémoires, peu démonstratifs d'ailleurs, essaye depuis plusieurs années d'établir que les déplacements de l'utérus en arrière ne reconnaissent, en somme, que deux causes pathogéniques : 1° des modifications dans le plan de soutien (périnée) des organes génitaux (*affaiblissement du plancher pelvien*), cas dont nous n'avons pas à nous occuper ici ; 2° le relâchement des ligaments suspenseurs de l'utérus : A. *Ligaments utéro-sacrés*, dans les cas où il y a un peu de prolapsus ; B. *Ligaments larges*.

A supposer mathématiquement exactes (1) ces données théoriques, qui sont le résumé des résumés de toutes les considérations pathogéniques émises sur les rétrodéviations utérines, il faudrait donc faire, pour remédier d'une façon véritablement scientifique aux déplacements dus au relâchement des ligaments utérins : 1° le *raccourcissement des ligaments utéro-sacrés*, si la lésion primitive était le relâchement de ces utéro-sacrés ; 2° le *raccourcissement des ligaments larges*, si ces ligaments étaient réellement la cause de tout le mal.

Malheureusement, et on le conçoit sans peine, tout cela est de la théorie pure. Si, physiologiquement parlant, on peut à la rigueur raisonner ainsi, il ne faut pas hésiter à dire que, cliniquement, tout cela est un peu fantaisiste. Kelly, et ceux qui le suivent dans cette voie, se grisent trop de mots, ou, en tous cas, vont trop vite. En face d'une malade, atteinte d'une *rétrodéviation grave*, il est, aujourd'hui, dans la très grande majorité des cas, impossible, — même l'abdomen ouvert — de reconnaître quelle est la cause pathologique primordiale des lésions observées.

De plus, à envisager de cette façon la pathogénie des déviations utérines, les ligaments ronds n'auraient qu'un rôle très accessoire. Or, *ce sont ces ligaments ronds qu'on a songé à raccourcir les premiers et dont le raccourcissement intra-abdominal a été le plus employé!*

A notre avis, on doit conclure des quelques lignes qui précèdent que, jusqu'à plus ample informé, il faut *laisser de côté toute la partie théorique de la question*.

Partant, quand, après une laparotomie chez une femme dont le petit bassin ne sera pas en trop mauvais état, on se décide pour un raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins, — au lieu de faire, ce qui serait plus simple, l'hystéropexie intra-péritonéale, — il faut se borner à examiner l'état des différents ligaments, et intervenir de préférence sur ceux qui, paraissant les plus allongés, ont chance de pouvoir maintenir redressé l'utérus, malgré leur altération notable, après leur raccourcissement, et, par suite, de faire disparaître le déplacement de l'utérus en arrière.

D'ailleurs, après la description des divers procédés de raccourcissement des ligaments utérins qui ont été décrits, nous essayerons de montrer à quels cas chacun d'eux peut, théoriquement et plus spécialement, s'appliquer.

II

MANUEL OPÉRATOIRE

(*Description des procédés opératoires.*)

On peut raccourcir par la voie abdominale : 1° les *ligaments utéro-sacrés* ; 2° les *ligaments larges* ; 3° les *ligaments ronds*.

Nous passerons brièvement sur ce qui concerne les deux premières opérations, pour nous appesantir un peu plus longuement sur le raccourcissement des ligaments ronds, déjà utilisé un certain nombre de fois en Italie et en Amérique.

Toutes ces opérations, qui n'ont jamais été exécutées en France, sont à peine connues dans notre pays. En dehors de notre thèse, où nous les avons étudiées avec détails et avec toutes les pièces du procès en mains (2), on ne les trouvera résumées et groupées que dans le *Traité de gynécologie* que vient de publier notre maître, M. le docteur Pozzi (3). C'est dire que leur étude minutieuse mérite certainement les quelques lignes que nous désirons leur consacrer.

(1) Exactitude qui nous paraît fort douteuse.

(2) Voir notre thèse pour toutes les indications bibliographiques. Nous ne citerons, dans cet article, que celles qui ne se trouvent pas dans notre travail.

(3) Pozzi. *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, p. 507. Paris, 1890, G. Masson.

I. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments utéro-sacrés.

On sait que Schultze, un des premiers, fit ressortir, dès 1880, le rôle important de ces ligaments utéro-sacrés dans la pathogénie des rétrodéviations, et il aurait, semble-t-il, dès cette époque, proposé de traiter cette variété de déplacements utérins, par le raccourcissement de ces ligaments. Mais, comme Sænger, qui, plus tard, a repris cette idée sans la mettre, d'ailleurs, à exécution, il voulait opérer par la *voie vaginale* et croyait pouvoir déterminer le raccourcissement de ces ligaments, par des *injections d'alcool* faites dans les replis de Douglas par le cul-de-sac postérieur.

C'est Kelly, l'habile gynécologiste de John Hopkins Hospital, à Baltimore, qui a écrit, le premier, qu'on obtiendrait bien mieux ce raccourcissement par la *voie sus-pubienne*, après une laparotomie préalable. Mais il ne paraît pas encore avoir eu l'occasion de mettre à exécution l'opération proposée, que Frommel (d'Erlangen) a tentée, l'année dernière, pour la première fois. Il a, d'ailleurs, obtenu un succès, car, un an après l'opération, l'utérus redressé était toujours en place.

L'opération de Frommel est plus facile à comprendre et à décrire qu'à exécuter. Elle consiste simplement en un raccourcissement par *coudure*, à concavité interne, des ligaments utéro-sacrés, et en la fixation du sommet du pli ligamenteux aux parties latérales du bassin pour maintenir permanente cette coudure artificielle.

L'opération doit être pratiquée sur une table d'opérations qui permet d'utiliser la manœuvre dite de Trendelenbourg. L'utérus est alors complètement débarrassé des fausses membranes qui l'entourent et attiré fortement en avant, de façon à dégager les ligaments utéro-sacrés.

Puis ces ligaments sont traversés, près de leur insertion sur l'utérus, avec une aiguille chargée d'un fil de soie ou d'un crin de Florence (1) ; le fil à suture est ensuite fixé, de chaque côté, au péritoine des parties latérales du petit bassin. La traction exercée sur les ligaments les coude notablement et diminue leur longueur. Par suite, le col de l'utérus est attiré en arrière et son fond porté en avant, par un mouvement de bascule. Le point de la fixation à la paroi pelvienne doit varier de hauteur, suivant le degré de relâchement des ligaments utéro-sacrés.

II. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments larges.

Deux auteurs en Angleterre ont songé, au dire de Polk, qui, seul, a ébauché l'histoire de ce procédé opératoire, à raccourcir les ligaments larges pour maintenir l'utérus redressé ; ce sont Lawson Tait et Imlack. Ajoutons, toutefois, que M. Terrier, qui ignorait les essais de ces chirurgiens, en a soupçonné depuis longtemps la possibilité, mais il n'a jamais eu l'occasion de mettre, jusqu'à aujourd'hui du moins, ce procédé à exécution.

Tait et Imlack, que quelques opérateurs étrangers ont parfois imités, sans grand succès d'ailleurs [Hall (2), etc.], n'opèrent pas d'une façon identique. Voici à quoi se bornent nos données sur ce sujet.

A. Le *procédé de Tait* consiste dans le *plissement de la partie supérieure et interne du ligament large*, en comprenant dans l'anse du fil, destinée à faire ce plissement, l'extrémité utérine du ligament rond. De la sorte on raccourcit, dans une certaine mesure, ce dernier ligament, si bien que le redressement de l'utérus s'obtient, en réalité, ici, par la combinaison du raccourcissement de deux ligaments : *ligament large* et *ligament rond* (1).

(1) Nous ne recommandons pas l'usage du crin de Florence en pareille occasion; la soie est préférable.

(2) M. le docteur H. Delagénière (du Mans) a eu récemment l'occasion d'y recourir au cours d'une salpingo-oophorectomie.

L'anse du fil qui sert à faire la ligature doit passer, non pas, comme dans l'autre opération, dite de Tait (salpingectomie ou véritable opération de Tait), entre le ligament rond et la trompe, mais *au-dessous de ce ligament rond*, de façon à ce qu'une partie plus ou moins longue de ce ligament soit comprise dans la ligature (2).

B. Le *procédé d'Imlack* consiste, au contraire, dans le plissement de la partie externe du ligament large, à l'exclusion du ligament rond qui reste hors de cause. C'est là le raccourcissement proprement dit des ligaments larges. Polk précise davantage et dit : « Imlack opère, même en agissant sur le ligament infundibulo-pelvien. » Il ajoute, d'ailleurs, que cette variante semble avoir été abandonnée, probablement à cause de la grande difficulté qu'il y a à atteindre l'extrémité pelvienne du ligament large.

III. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

La création de cette opération nouvelle, exécutée déjà un grand nombre de fois, est la conséquence évidente des nombreux échecs obtenus avec l'Alquié-Alexander, dans les cas de rétrodéviations utérines fortement adhérentes, et de la bénignité avérée de toute laparotomie aseptique. Pour arriver à la concevoir, on pouvait passer, comme intermédiaire, à l'exemple de Polk, par l'opération qu'il exécuta en 1887, c'est-à-dire terminer un Alexander, impossible à exécuter le ventre fermé, par la laparotomie et la libération intra-abdominale de l'utérus. Mais G. Wylie (de New-York), qui paraît être l'inventeur de cette méthode de *fixation normale* de l'utérus, en a d'un seul coup conçu le plan (3). Après avoir reconnu de bonne heure *l'absolue nécessité de l'ouverture du ventre pour la destruction des adhérences pelviennes*, il comprit de suite qu'il pouvait terminer son opération par une sorte d'Alexander intra-abdominal, sans s'attarder, comme Polk, à revenir à l'Alexander classique, puisque la laparotomie était déjà faite.

A la même époque, Giuseppe Ruggi (de Bologne), Bode (de Dresde), Baer (de Philadelphie) exécutèrent des opérations analogues avec autant de succès. Plus tard, Polk, Dudley, etc. les imitèrent, mais proposèrent des procédés différents (4).

Il résulte de l'étude détaillée à laquelle nous nous sommes livré dans notre thèse, qu'on doit décrire actuellement trois grands procédés de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Ce sont :

1° La *méthode de Wylie-Ruggi* (procédé de raccourcissement par *repliement* de chacun des ligaments) ;

2° La *méthode de Polk* (procédé de raccourcissement par *coudure* et *soudure* des ligaments ronds en avant de l'utérus);

3° La *méthode de Dudley* (procédé de raccourcissement par *coudure* de l'extrémité utérine des ligaments ronds et sa *fixation sur la face antérieure de l'utérus*).

1° *Procédé de raccourcissement par repliement de chacun des ligaments ronds* (*Méthode de Wylie, Ruggi, Bode*).

Ruggi recommande tout d'abord de placer la malade

(1) Polk a raison, en somme, d'ajouter qu'il s'agit là plutôt d'une variété de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds que des ligaments larges : on simule seulement un raccourcissement de ces derniers ligaments. En tous cas, c'est un procédé qui est nettement intermédiaire entre celui d'Imlack et ceux qui ont reçu le nom de « raccourcissement intra-péritonéal proprement dit des ligaments ronds », et que nous décrivons quelques lignes plus loin.

(2) Dans la plupart des cas, on fait l'*ablation des annexes* en même temps; c'est alors le fil destiné à lier la trompe qui sert à faire le plissement.

(3) Voir notre thèse pour la discussion de cette question de priorité.

(4) Voir aussi notre thèse pour l'historique complet de ce procédé.

dans une certaine position (1), de choisir une salle d'opérations très bien éclairée par le haut (2). Il se sert d'un lit spécial. De cette façon, il trouve la région, au milieu de laquelle il doit faire ses sutures, débarrassée de la masse de l'intestin grêle, refoulée vers le diaphragme. Cette position, qui n'a rien de particulier, est utilisée, on le sait, par beaucoup de gynécologistes étrangers.

Le ventre étant ouvert, Ruggi va à la recherche du fond de l'utérus dans le petit bassin et détruit les adhérences. Parfois, dans les cas difficiles, lorsque l'utérus est trop bien fixé, il s'efforce, avec une main, de le soulever par le vagin; il favorise ainsi le dégagement de son fond. Cette manœuvre nous paraît plus nuisible, au point de vue de l'asepsie pendant l'opération, qu'utile pour aider le redressement de la rétrodéviation, à moins qu'elle ne soit exécutée par un aide spécial.

L'utérus étant redressé et replacé dans sa position normale, c'est-à-dire en légère antéversion, on procède au *raccourcissement des ligaments ronds* dans la cavité abdominale.

Les figures que nous reproduisons ici montrent bien, quoique d'une façon schématique, la façon dont opère Ruggi.

Quant à Wylie et Bode, ils procèdent d'une façon un peu différente, dont nous devrons dire aussi quelques mots.

A. *Mode Ruggi.* — Ruggi procède de la façon suivante : Il prend une aiguille courbe armée d'un fort catgut et montée sur un porte-aiguille ; il lui fait traverser le ligament rond, à très peu de distance de son entrée dans le canal inguinal et sur le repli péritonéal qui l'entoure. A l'extrémité non enfilée de ce catgut, il pratique un nœud solide destiné à l'empêcher de sortir de l'orifice (Fig. 1, à droite de *b*) où il

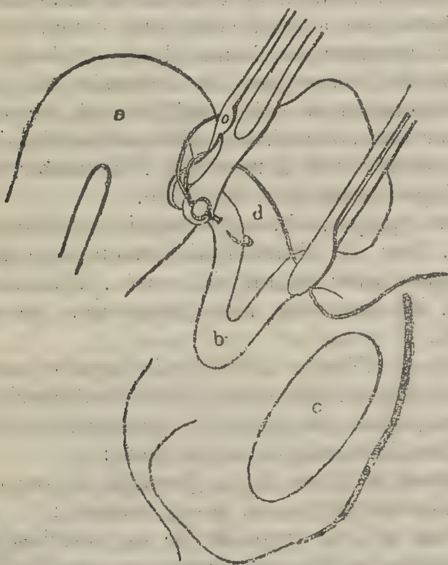


Fig. 1. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Procédé de repliement (*procédé de Ruggi*). Manière de former l'anse. — *Légende : a*, utérus; *c*, pubis; *b*, sommet du pli; *d*, extrémité utérine du pli du ligament rond. — On voit, sur la figure, la façon dont on commence la suture.

vient d'être passé, à la façon d'une couturière qui commence un surjet. Puis, il enfonce la même aiguille dans le ligament rond du même côté, tout près de son extrémité utérine (en *d*, fig. 1). Rapprochant alors les deux parties du ligament traversé par le fil, il détermine le repliement de ce ligament en *b* (même figure). Il a donc ainsi raccourci le ligament rond d'une quantité égale à 2 *bd*. Il reste à terminer la suture pour maintenir les deux parties repliées en contact. Il l'exécute, comme cela est représenté par la figure 2, c'est-à-dire à l'aide d'une suture en surjet double (suture du pelletier). Puis il répète la même manœuvre sur

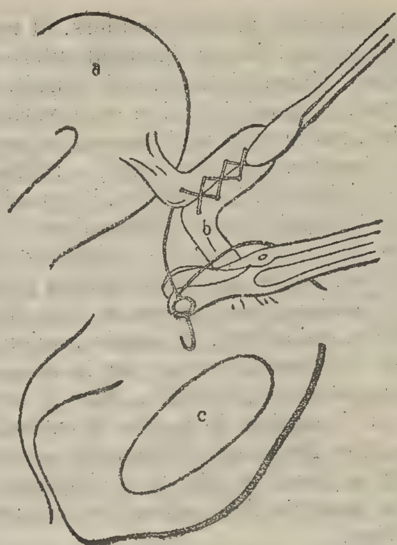


Fig. 2. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (*procédé de Ruggi*). Repliement terminé. — *Légende : a*, utérus; *c*, pubis; *b*, anse repliée. — On voit, sur la figure, la façon dont est faite la suture (suture du pelletier double).

le ligament rond du côté opposé et termine l'opération comme une laparotomie ordinaire.

B. *Mode Wylie.* — Pour exécuter le raccourcissement des ligaments ronds, Wylie saisit un des ligaments avec une pince à pression, environ à son milieu, à égale distance de la corne utérine et du pubis. Cela fait, il l'attire au dehors par la plaie abdominale, puis avive, en grattant le péritoine qui la recouvre, la *face interne du pli* formé en soulevant le ligament. Il reste à placer les sutures destinées à assurer la persistance du pli et à déterminer l'accolement des deux



Fig. 3. — Raccourcissement des ligaments ronds par la méthode de repliement (*procédé de Wylie*). — On voit de chaque côté les deux ligaments repliés et ces replis suturés.

parties de l'anse ligamenteuse. Pour ce faire, Wylie applique trois solides ligatures de soie autour du pli formé, en faisant passer l'aiguille à travers le ligament, mais de façon à comprendre, dans l'anse du fil, le plus de ligament rond possible. Ces ligatures doivent être faites avec soin ; il faut prendre garde, en serrant trop fort les sutures, de sectionner les parties qu'on veut accoler (fig. 3).

De cette manière, le raccourcissement est d'environ deux à trois pouces et demi. Dans quelques cas, Wylie complète les ligatures par plusieurs points de suture, de façon à assurer un affrontement plus parfait des surfaces avivées. Lorsqu'on en a fait autant de l'autre côté, on obtient le résultat qui est représenté sur la figure que nous reproduisons ici. On n'a plus qu'à refermer la plaie abdominale. Wylie met ensuite un pessaire d'Albert Smith dans le vagin.

L'opération est facile et, ajoute son promoteur, si les sutures ne sont pas placées assez profondément, pour léser la vessie ou porter sur les uretères (il faudrait sans doute

(1) La table d'opérations est, on le devine, assez fort analogue à celle de Trendelenbourg.

(2) L'éclairage latéral est, à notre avis, indispensable aussi.

être assez inexpérimenté pour commettre une pareille méprise), elle est aussi exempte de danger qu'une laparotomie exploratrice, ce qui n'est pas contestable.

C. *Mode de Bode.* — Bode procède un peu différemment pour la suture. D'un côté, puis de l'autre, il prend du ligament rond, *à partir de l'utérus*, autant qu'il en faut pour le raccourcir de la quantité nécessaire. Il relève ensuite ce ligament, lui fait un pli et, au point de traction, passe un fil, entourant presque en entier ce ligament. Ce fil est noué une première fois, puis il *traverse la corne utérine adjacente.* On noue facilement les deux chefs, après avoir raccourci le ligament rond jusqu'à le tendre. Le fond de la matrice se trouve aussi maintenu en antéflexion, aussi accentuée qu'il le faut.

On voit que Bode, après avoir fait une *anse sur l'extrémité utérine* du ligament, consolide cette anse à l'aide d'un fil qu'il va fixer ensuite à l'angle de l'utérus. Quant au procédé de Ruggi, il ne diffère, en somme, de celui de Wylie, que par la *façon de suturer l'anse ligamenteuse* et par l'étendue du pli. Mais les dimensions de ce dernier doivent, sans doute, être en rapport avec le degré de la rétrodéviation.

2° *Procédé de raccourcissement par coudure et coudure des ligaments ronds en avant de l'utérus* (*Méthode de Polk*).

Polk raccourcit les ligaments ronds, au cours d'une laparotomie, d'une façon absolument différente des auteurs précédents. Il diminue leur longueur en déterminant, lui aussi, la formation d'un *coude*, c'est-à-dire d'un repli sur chacun d'eux ; mais la manière dont il assure le maintien de ce coude, qui se trouve être *interne* au lieu d'être externe comme dans les procédés précédents, est plus élégante sinon plus pratique, plus facile et plus sûre.

Voici, en effet, comment il procède : une fois le ventre ouvert, il *avive*, à trois quarts de pouce de leur extrémité utérine, les ligaments ronds, au niveau de leur *face interne*. Ceci fait, il les ramène au-devant du fond de l'utérus et les coude en dedans ; au sommet de l'anse, il les unit l'un à l'autre, au point avivé, grâce à une suture faite avec un fil résistant.

Si, après cette première ligature, le raccourcissement ne lui paraît pas suffisant, il l'accentue encore en en faisant un autre en avant de celle-ci.

Cette façon d'accoler les deux ligaments ronds et de les réunir, en les anastomosant en X en arrière de la vessie, ne doit pas être d'une exécution aussi simple que la méthode par repliement de Wylie et de Ruggi ; mais on comprend parfaitement que, bien exécutée, elle doive amener un résultat identique. Jusqu'ici, ce procédé n'a été employé, même en Amérique, que par son inventeur qui, d'ailleurs, en dit le plus grand bien.

3° *Procédé de raccourcissement par coudure de l'extrémité utérine des ligaments ronds et sa fixation sur la face antérieure de l'utérus* (*Méthode de Dudley*).

Le procédé de Dudley est bien plus complexe que tous ceux que nous venons de citer.

Nous décrirons d'abord le manuel opératoire proposé par Dudley, puis nous indiquerons les grandes lignes de la modification que nous nous proposons de lui faire subir, si jamais nous avons l'occasion de pratiquer cette opération.

A. *Manuel opératoire de Dudley.* — Après avoir ouvert l'abdomen, détruit les adhérences péri-utérines comme d'ordinaire, et libéré l'utérus, Dudley *avive* une portion de la face antérieure de cet organe. La partie avivée (1) s'étend, sur les côtés de cette face antérieure, de l'origine des ligaments ronds à trois quarts de pouce environ au-dessus du point de réflexion du péritoine, passant de l'utérus sur la vessie ; elle s'arrête donc à quelques centimètres au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. Dudley isole alors les extrémités utérines des ligaments ronds de leur repli péritonéal, les mobilise et, de ce fait même, *avive* cette partie des ligaments. Il applique alors cette extrémité utérine, désormais flottante, sur la partie avivée de la face antérieure de l'utérus, et l'y fixe à l'aide d'une série de sutures au catgut, distantes l'une de l'autre d'un quart de pouce. Ces sutures, au nombre d'une quinzaine, commencent au-dessous de l'insertion des cornes et sont faites à l'aide de fils qui transfixent le ligament et le tissu utérin ; elles descendent jusqu'à la partie inférieure de la surface d'avivement. Il faut avoir bien soin de ne laisser aucune portion de cette dernière surface, non recouverte par l'extrémité repliée des ligaments ronds, pour qu'elle n'adhère pas aux anses intestinales tombant en avant de l'utérus.

De cette façon, les insertions des ligaments ronds sont transportées des cornes utérines aux deux extrémités d'une ligne horizontale correspondant à la jonction du tiers inférieur et du tiers moyen de l'utérus et l'utérus est maintenu redressé, sans gêner la vessie.

L'objection, purement théorique d'ailleurs, qu'on a pu de suite faire à cette façon de procéder, est que l'on déplace beaucoup trop le point d'insertion des ligaments ronds et qu'on le fait descendre trop bas, ce qui peut avoir des inconvénients, malgré un solide renforcement de la face antérieure de l'utérus. Il n'y aurait rien d'étonnant, en effet, à ce qu'un certain degré de rétroflexion se reproduisît ultérieurement, au-dessus de la ligne de fixation des ligaments, c'est-à-dire pour les deux tiers supérieurs de l'utérus (Janvrin).

Il nous a semblé qu'on pourrait réduire à néant l'objection importante de Janvrin et obtenir le même résultat que Dudley, tout en évitant ce déplacement en bas des insertions ligamenteuses ; il nous a suffi, pour cela, de modifier légèrement le procédé du gynécologiste de New-York.

B. *Modification proposée.* — En effet, après avoir avivé ou non (car l'avivement nous semble superflu), sur l'utérus, une portion de tissu un peu moins considérable et dégagé une portion notablement plus grande de l'extrémité utérine du ligament rond, on peut, combinant les deux procédés imaginés par Dudley et par Bode :

1° *Faire d'abord, sans la nouer, une anse, à coudure interne, siégeant immédiatement sur l'extrémité utérine* et raccourcissant le ligament rond de la longueur voulue (à la manière de Bode) ; 2° *Fixer cette anse par des points de suture* (à la manière de Dudley) *sur la face antérieure de l'utérus*, de façon à lui faire jouer le rôle de « corde d'arc » ou de « cordon de renforcement de l'utérus fléchi » ; au lieu de se borner à la nouer, sans la fixer solidement à l'utérus, comme le faisait Bode.

Pour que ce cordon exerce une action réellement efficace, il faut qu'il descende, comme dans le procédé de Dudley, jusqu'à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de l'utérus et même au-dessous du point de flexion. De cette façon, il joue réellement le rôle de la corde d'un arc, d'un tuteur solide. Ce manuel opératoire nouveau est, en réalité, un procédé de raccourcissement assez peu différent de celui de Dudley ; on pourrait l'appeler : *Raccourcissement par repliement en anse* (en V) *de l'extrémité utérine des ligaments ronds avec sa fixation sur la face antérieure de l'utérus.*

En pratique, on commence (Voir fig. 4) par fixer la partie *h*, *i*, débutant en *h* et descendant peu à peu vers *f* et *i*. On fixe une anse plus ou moins longue, suivant la longueur des ligaments ronds, variable dans chaque cas particulier. En faisant séparément les sutures fixatrices sur *h i* d'abord, puis *i d*, il nous semble qu'on juge mieux ce que l'on

(1) L'avivement de l'utérus ne nous semble pas absolument nécessaire, de même que pour l'hystéropexie à l'aide de la fixation directe.

fait et qu'on peut mieux régler le redressement utérin, qu'en fixant en bloc, dans une seule série de sutures, les deux

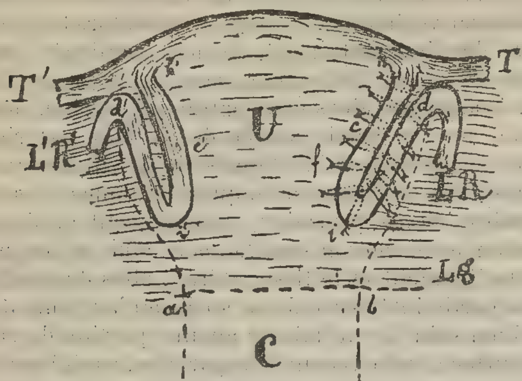


Fig. 4. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (*Procédé de Dudley, modifié par* Marcel Baudouin). Schéma représentant *à gauche* l'anse du ligament formé; *à droite* la même anse suturée. — *Légende* : U, utérus; C, col utérin; T,T', trompes; LR, L'R', ligaments ronds; *h'*, *e'*, *i'*, *d'*, anse de ligament rond; *f*, fils fixateurs de l'anse *h*, *c*, *i*, *d*; L*g*, ligaments larges; *a*, *b*, ligne de réflexion du péritoine (cul-de-sac utéro-vésical).

branches du V, c'est-à-dire les deux chefs, *h i* et *i d*, de l'anse ligamenteuse.

Les sutures terminées, on ramène, si possible, en avant de l'utérus, la partie inférieure de l'épiploon pour protéger les intestins. Le raccourcissement doit atteindre de 10 à 12 centimètres environ.

La façon de beaucoup la plus commode pour exécuter une telle opération, comme d'ailleurs les autres procédés de raccourcissement des ligaments utérins, consiste à utiliser la *position dite de Trendelenbourg* (1), comme le fait

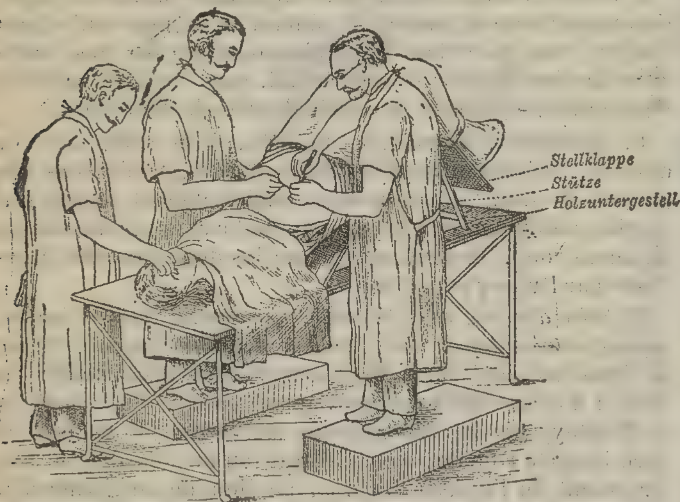


Fig. 5. — Position à donner à la malade pour faire une laparotomie, le bassin très élevé (manœuvre dite de Trendelenbourg). —*Légende : Stellklappe* (valve mobile). *Stütze* (support de cette valve). — Les jambes de l'opérée sont enveloppées d'une façon particulière et fixées par une courroie sur la valve mobile.

M. Assaky pour l'hystéropexie extra-péritonéale (2). La figure ci-dessus (fig. 5), empruntée à un travail récemment paru de Léopold sur ce sujet (3), montre bien quelle situation il faut donner à la malade, et la table représentée sur ce dessin est une de celles qui nous semblent la plus pratique et la moins compliquée (1).

La manœuvre consiste simplement, on le voit, à soulever fortement le bassin et à le maintenir très élevé par la suspension de la malade à l'aide de ses genoux fixés sur un chevalet. De cette façon, toute la masse intestinale abandonne le pelvis, où l'on peut travailler à l'aise.

L'utérus se présente à l'extrémité pelvienne de l'incision de la paroi, où on peut le cueillir sans difficulté; une compresse aseptique peut isoler facilement le petit bassin du reste de la cavité abdominale. En procédant ainsi, il est certainement plus facile d'exécuter les sutures dont nous avons parlé.

Nous ne nous dissimulons pas, cependant, que notre modification doit être assez minutieuse à exécuter sur le vivant, car, sur le cadavre, dans des petits bassins non malades, la chose est déjà malaisée; mais, en somme, la difficulté est à peine plus grande que pour le procédé de Dudley (2). Le point délicat est de déterminer exactement la quantité des ligaments à libérer.

III

COMPARAISON DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS DE RACCOURCISSEMENT INTRA-ABDOMINAL DES LIGAMENTS UTÉRINS ENTRE EUX ET AVEC L'HYSTÉROPEXIE INTRA-PÉRITONÉALE.

Tels sont les procédés déjà nombreux de raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins. Il nous reste à les *comparer entre eux et surtout à l'opération* qu'ils ont la prétention exagérée de supplanter, l'*hystéropexie intra-péritonéale*, dans le traitement des rétrodéviations utérines *graves*.

A. *Comparaison des différents procédés opératoires entre eux.* — Le procès du raccourcissement des ligaments ronds, larges et utéro-sacrés, n'est pas facile à faire. Quelques lignes suffisent, il est vrai, pour montrer qu'il s'agit là d'opérations complexes, qui sont loin d'avoir fait leurs preuves; mais, faute d'observations suffisamment nombreuses et détaillées, il est aujourd'hui impossible d'ébaucher un parallèle démonstratif entre les différents procédés opératoires employés jusqu'ici.

Toutefois, on peut déjà prévoir, mais seulement en raison de considérations purement théoriques, quels sont ceux qui doivent être plutôt recommandés.

a. En ce qui concerne le *raccourcissement des ligaments*

(1) Trendelenbourg a recommandé tout d'abord cette manœuvre pour la recherche des tumeurs de la vessie.

(2) En réalité, ce ne serait pas Trendelenbourg qui aurait recommandé d'opérer ainsi lors des interventions sur l'utérus et ses annexes; mais la question de priorité importe peu ici. Il suffit de savoir que Mendez de Léon (1888), Veit, Freund, Assaky, Frommel, Léopold, etc., y ont recours et en disent le plus grand bien.

(3) Léopold. *Centralbl. f. Gyn.*, octobre 1890.

(1) Nous avons vu le docteur Kummel (de Hambourg) recourir à cette manière de faire dans une délicate extirpation d'annexes. Elle nous a paru faciliter singulièrement l'accès du petit bassin, et, si nous avions à faire un raccourcissement des ligaments ronds ou même une opération quelconque portant sur les ligaments utérins, nous n'hésiterions pas à y recourir. Kummel emploie un dispositif encore plus simple que Léopold. Il place, sur une table d'opérations ordinaire, un chevalet en métal sur lequel il fixe les membres inférieurs de la malade. — *N.-B.* Cette Revue était écrite quand nous avons eu l'occasion (18 novembre 1890) d'assister notre collègue, M. le docteur H. Delagénière (du Mans), au cours d'une opération de *salpingo-oophorectomie*, pratiquée dans la position dite de Trendelenbourg. L'intervention a été rendue ainsi très facile, et M. Delagénière, comme nous, a pu constater les avantages que peut procurer l'emploi de cette manœuvre dans les cas si difficiles de tumeurs enclavées dans le cul-de-sac de Douglas. C'est la première fois, croyons-nous, que pareille tentative est faite en France. Sur notre avis, M. Delagénière a encore simplifié le chevalet de Kummel, en faisant construire simplement une sorte de pupitre en bois qu'il place sur une table basse. Il nous écrit qu'il vient encore de faire avec facilité, par ce procédé, deux salpingo-oophorectomies très complexes.

(2) Pour toutes ces opérations exécutées dans le petit bassin, il importe : 1° de faire une incision abdominale suffisante; 2° d'avoir un champ opératoire bien accessible, ce qu'on peut obtenir, à défaut de la table de Trendelenbourg (qui est pourtant bien commode), si un aide expérimenté refoule la masse intestinale vers le diaphragme avec des compresses stérilisées et écarte bien les lèvres de la plaie; 3° d'avoir une malade *parfaitement endormie, ne vomissant pas* (chloloformisation à doses faibles et continues, que nous avons décrite dans ce journal).

utéro-sacrés, le procédé opératoire indiqué par Frommel est acceptable, et bien supérieur en tous cas aux procédés proposés par la voie vaginale (Schultze, Sænger, etc.); mais nous ne pouvons nous empêcher de remarquer qu'il s'agit là d'une opération très aléatoire, étant donné le principe même sur lequel elle est basée. On court grand risque, en effet, d'être dupe d'un tel mode de coudure des ligaments utéro-sacrés, le contrôle étant très difficile à obtenir.

b. Le *raccourcissement des ligaments larges* est aussi une intervention délicate; mais il ne faut pas l'abandonner de parti pris. En tous cas, le procédé opératoire, qui nous paraît le meilleur, puisqu'il répond d'une façon plus précise au but qu'on se propose d'atteindre, est celui d'Imlack. Certes, il n'est pas d'une exécution facile, mais il est encore un des plus abordables, quand l'on ne fait pas usage de la manœuvre de Trendelenbourg. Jusqu'à présent, il ne nous semble pas pourtant avoir été aussi souvent utilisé que celui de Lawson Tait, du moins pour remédier à une déviation de l'utérus en arrière accompagnée de lésions des annexes (1).

c. Mais lequel doit-on préférer, parmi les procédés de *raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds* de Polk, de Dudley ou de Wylie-Ruggi? La question, aujourd'hui, est impossible à résoudre, si l'on tient à rester sur le terrain de la clinique pure: les faits manquent encore. Au point de vue théorique, nous n'avons que peu d'arguments à faire valoir dans un sens ou dans l'autre.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que la manière de faire de Polk, pour être plus rapide, est peut-être plus difficile à très bien exécuter que celle de Wylie-Ruggi, et que cette dernière semble, de prime abord, plus sûre. Si, de l'un des côtés, en effet, l'opération du raccourcissement venait à manquer, celle qu'on aurait fait de l'autre pourrait peut-être suffire. Ajoutons que le procédé de Polk présente *à priori* plus de chances de favoriser le développement de brides ou de cavité dans le petit bassin, en raison de la façon même dont il a été conçu, et l'intestin, nous paraît-il, doit pouvoir s'engager avec facilité dans l'espace compris entre les branches de l'anastomose en X des ligaments ronds, c'est-à-dire en avant et en arrière du point de soudure de ces ligaments : ce qui pourrait peut-être favoriser l'étranglement interne.

Quant au procédé de Dudley, il doit être, sur le vivant, d'une application très délicate; mais il semble, *à priori*, que, s'il est d'une exécution plus difficile, il vaut autant, sinon plus, que celui de Wylie-Ruggi. De plus, il ne détermine pas dans le petit bassin de cordon dur pouvant favoriser l'obstruction intestinale (Buckmaster). D'autre part, Dudley pense, avec raison, que le principal avantage de son procédé consiste dans ce qu'il constitue une sorte de « renforcement de la surface antérieure de l'utérus, redressé au préalable »; et l'on peut, à notre avis, comparer le rôle, joué dans ce cas par l'extrémité utérine des ligaments ronds, à celui d'un tuteur, ou mieux d'une corde tendue, qui maintiendrait redressé et rectiligne un arc fortement infléchi auparavant : l'arc ici étant représenté par l'utérus en rétroflexion. Le ligament empêcherait cette rétroflexion de se reproduire.

On peut, d'ailleurs, améliorer son procédé, comme nous l'avons déjà indiqué, et, de cette façon, le renforcement de la partie antérieure de l'utérus par les ligaments ronds est encore plus considérable, puisque le cordon de soutènement est double, formé qu'il est par une anse ligamenteuse, c'est-à-dire par deux cordons accolés de chaque côté. Enfin, l'insertion des ligaments ronds n'est pas déplacée et l'utérus est réellement ramené en avant par le raccourcissement de ces ligaments, qui a été forcément assez considérable.

Ce procédé a, en outre, l'avantage de pouvoir s'appliquer aux cas d'utérus rétrofléchis *avec déplacements en bas des insertions des ligaments ronds* (1), utérus dont nous reparlerons bientôt (2).

b. Comparaison du raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins avec l'hystéropexie intra-péritonéale. — Qu'est-ce qui vaut le mieux? Un *ligament artificiel* ou un *ligament altéré restauré?* La *fixation normale* ou la *fixation anomale* de l'utérus, quand il s'agit de maintenir redressé un utérus rétrofléchi?

Le débat est loin d'être clos, malgré le nombre assez important de malades opérées déjà par la fixation anomale. Nous avons examiné en détails les pièces du procès dans notre thèse; nous résumons très brièvement cette discussion.

a. Arguments favorables. — Frommel fait remarquer que la fixation anomale — et son procédé, en particulier — a l'avantage de laisser l'utérus libre dans la cavité abdominale et de permettre à la vessie *de se remplir* sans inconvénient dans les conditions habituelles.

Cela n'est pas discutable; mais nous sommes moins convaincu quand il affirme qu'en procédant ainsi on ne substitue pas un déplacement utérin à un autre, comme le fait, dit-il, l'hystéropexie. En réalité, la substitution a lieu, dans une certaine mesure, dans une méthode comme dans l'autre (3).

Tant qu'à Bode, il va même, pour la défense de sa cause, jusqu'à accuser l'hystéropexie de déterminer l'apparition de *troubles vésicaux* (ce qui est extrêmement rare ou plutôt inexact) et de pouvoir produire des accidents d'*obstruction intestinale* (ce qui n'est pas à craindre, si l'on suture le fond de l'utérus à la paroi). Il ajoute encore que l'hystéropexie est l'occasion de *tiraillements douloureux* dans le ventre, et même est responsable des *abcès* qu'on voit parfois survenir au voisinage de la plaie abdominale. Tout cela est absolument exagéré : l'étude détaillée des 235 faits d'hystéropexie analysés dans notre thèse (4), le démontre amplement. En tous cas, nous ne pouvons admettre que la fixation de l'utérus à la paroi abdominale soit la cause des abcès dont parle Bode. Lorsqu'une telle complication se produit, c'est l'*opérateur* qu'il faut accuser, et non l'opération.

B. *Objections.* — Pour vanter une intervention qui a la prétention d'être *normale*, il faudrait que l'on pût s'adresser à des organes sains. Or, on oublie que, dans presque tous les cas de rétrodéviations utérines, on a affaire à des *liga-*

(1) Le procédé d'Imlack, imaginé surtout pour remédier aux prolapsus des ovaires, a été étudié par M. Vallin (*Situation et prolapsus des ovaires*, Thèse de Paris, 1887). C'est pour cela qu'on a pu lui donner le nom d'*oophoropexie*. (Voir notre thèse sur ce point spécial.)

(1) En effet, il suffirait, dans une circonstance semblable, après ou sans avivement préalable, après libération de l'extrémité utérine des ligaments ronds, de diminuer la longueur de la première partie (*h, c, i*) de l'anse *h, i, d* (voir fig. 4), formée par ces ligaments, d'une quantité (*h', c'*) égale à l'étendue du tissu utérin comprise entre l'angle du fond de l'utérus (*h'*) et le point d'insertion anomale du ligament rond, sur le bord de cet organe, que nous supposons en *c'* par exemple.

(2) Voir plus loin, à la critique générale du raccourcissement des ligaments utérins. On comprendra mieux, en lisant ce passage, la portée de l'argument que nous résumons ici.

(3) L'auteur anonyme, ou plutôt désigné par les initiales A. T. C., qui, récemment, dans une grande revue américaine (*The Americ. Journ. of Med. Sc.*, octobre 1890, n° 4, p. 287), analysait notre thèse, est, lui aussi, tout à fait partisan du raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins et le préfère à l'hystéropexie. Il dit en effet : « Quand on s'est décidé à ouvrir l'abdomen pour remédier à une rétrodéviation utérine, il vaut mieux agir sur les ligaments qui fixent l'utérus. » Le raccourcissement des ligaments larges par le procédé de Lawson Tait, pratiqué plusieurs fois par lui-même, en même temps que l'ablation des annexes, lui aurait donné des succès durables, qu'explique dans une certaine mesure l'atrophie de l'utérus après la castration. Si on n'a pas à enlever les annexes, le même auteur, en Américain patriote, adopte les conclusions et le manuel opératoire de Wylie.

(4) Sans compter ceux que nous avons recueillis depuis cette publication et qui sont au nombre d'une vingtaine au moins.

ments très altérés. Toute l'anatomie pathologique des déplacements de l'utérus est là pour le prouver.

Voyons rapidement quelles sont les diverses variétés de ces altérations, souvent constatées lors d'autopsies ou d'ouvertures péritonéales, et examinons quelles chances de succès auraient eu, dans de tels cas, les défenseurs de la méthode Wylie-Ruggi, Dudley, etc., par exemple, alors que, pour la même malade, l'hystéropexie aurait donné un résultat certain.

1° *Atrophie.* — D'abord, dans les rétrodéviations utérines, il existe très souvent de l'*atrophie des ligaments ronds, larges et utéro-sacrés*, d'un côté ou de l'autre, ou des deux à la fois. Dans de telles conditions que pourrait donner le raccourcissement intra-abdominal de ligaments — sinon invisibles, du moins impossibles à délimiter ou à isoler ?

2° *Dégénérescence granulo-graisseuse.* — Dans d'autres cas, les ligaments utérins peuvent présenter de la dégénérescence granulo-graisseuse (Imlack). Cette altération, qui paraît être consécutive à la pelvi-péritonite, la péri-métrite, la péri-oophoro-salpingite, etc., lésions si fréquentes dans les cas de rétrodéviations, rendrait aussi, comme on le pense bien, le raccourcissement de ces ligaments très aléatoire, au point de vue du résultat thérapeutique.

3° *Insertion défectueuse de l'utérus.* — On peut encore invoquer d'autres raisons qui plaident, plus particulièrement, contre le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, en même temps qu'elles constituent des arguments absolument contraires à l'Alquié-Alexander classique. Il suffira d'un mot pour faire comprendre l'importance de ces objections.

Quelques observations (Marchant, Routier) montrent, en effet, que parfois, en raison des troubles survenus dans les annexes de l'utérus, *l'insertion des ligaments ronds au fond de l'utérus peut ne plus se trouver réalisée.* L'extrémité utérine de ces ligaments, lors de rétroflexions surtout, peut avoir descendu, et, en réalité, elle peut s'insérer, non plus au niveau des cornes utérines, mais au voisinage du point de flexion du corps sur le col, au niveau de la partie moyenne des bords de la matrice.

Ces cas certes sont rares; mais ils doivent pouvoir se rencontrer parfois, si l'on songe qu'il s'agit là d'une disposition qui ne peut être que consécutive à une lésion acquise des organes pelviens (pelvi-péritonites, etc.).

4° *Difficultés de l'opération.* — Ajoutons qu'à raccourcir, par à peu près, des ligaments, on ne sait vraiment pas très bien ce que l'on fait. Raccourcira-t-on suffisamment dans tous les cas, car il faut avouer que des sutures aussi minutieuses ne sont pas très faciles à exécuter, dans un petit bassin au préalable fort endommagé? C'est là, on le reconnaîtra sans peine, un argument d'une certaine valeur. Théoriquement, le raccourcissement intra-abdominal est une opération superbe! Mais, en réalité, il doit être sur le vivant, — si nous nous en rapportons à nos exercices cadavériques, — d'une *exécution difficile.* Il exige certainement une très grande habitude de la chirurgie abdominale (1).

Le raccourcissement intra-pelvien des ligaments ronds (Cuzzi, 1 cas), comme des ligaments larges (Hall, 2 cas), ou utéro-sacrés, dès qu'il y a des adhérences pelviennes, est donc opération malaisée, bien plus difficile à faire qu'une hystéropexie. Certes, on peut recourir à l'artifice de Trendelenbourg (surélévation du bassin), ou bien à la manœuvre qu'emploie avec succès M. Terrier pour dégager le petit bassin (refoulement, avec des serviettes stérilisées à l'autoclave et par les mains de l'aide, de la masse intestinale vers le diaphragme) ; mais, chez certaines femmes, cela ne suffirait certainement pas.

(1) Tous ceux qui ont pratiqué beaucoup ou qui ont assisté à un grand nombre d'interventions intra-pelviennes seront de cet avis. Il suffit d'avoir vu faire plusieurs hystéropexies avec salpingo-oophorectomies pour être fixé sur ce point.

IV

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

a. Indications et contre-indications en général. — Est-ce à dire qu'il faille, dès aujourd'hui, condamner irrévocablement, sans plus ample informé, et comme nous l'avons fait dans notre thèse pour l'*hystéropexie extra-péritonéale*, le raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins? Nous ne le pensons pas. Nous croyons utiles les essais qu'on tentera dans ce sens quand, le ventre ouvert, on verra qu'il s'agit de sujets où ces *ligaments sont normaux*, hypertrophiés notablement, ou encore assez solides et pourvus de bonnes insertions ; où les *lésions péritonéales et paramétriques sont peu intenses.* Mais, bien entendu, on n'interviendra ainsi que pour des *rétrodéviations de l'utérus.*

A notre avis, malgré l'opinion de Ruggi, le raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins — et celui des ligaments ronds en particulier — ne peuvent s'appliquer qu'à ces déplacements de l'utérus en arrière. Il est presque irrationnel de vouloir l'essayer dans le *prolapsus* de l'utérus, comme l'a fait Ruggi dans un cas, et il est, ce nous semble, inutile de discuter davantage sur ce moyen qui nous paraît trop précaire, en pareille circonstance. La question de l'Alexander, dans les cas de chute de l'utérus, est jugée, depuis quelques années déjà, tout à fait au désavantage de cette opération. Or, on n'obtiendrait certainement rien de mieux, comme soutien, en ouvrant au préalable l'abdomen. Il sera donc toujours préférable, dans une telle circonstance, de faire une bonne et solide hystéropexie.

Il nous semble même qu'il faut aller plus loin et dire : Si une rétrodéviation a la moindre tendance au prolapsus, si la malade accuse une sensation constante de pesanteur périnéale, il faut, sans regret, abandonner toute idée de raccourcissement de ligament, et ne recourir qu'à l'hystéropexie intra-péritonéale. Ce qui montre, — par analogie au moins, — que le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, par exemple, ne donnerait rien dans de tels cas, c'est qu'un Alexander, admirablement réussi dans un fait de ce genre au point de vue du redressement de l'utérus, n'empêche pas la femme, à laquelle nous faisons allusion, de souffrir à ne pouvoir marcher (Segond).

Ruggi a aussi employé son procédé dans un cas d'*antéflexion utérine.* Nous avons essayé de montrer, dans notre thèse (1), que c'était là une précaution un peu superflue, même dans les cas graves (flexions accentuées, avec utérus fixé en avant), seules antéflexions qui soient justiciables de la laparotomie. L'important est ici de libérer l'utérus des adhérences qui l'infléchissent fortement en avant ; ceci terminé, s'il ne restait pas dans sa place normale, il vaudrait encore mieux faire une hystéropexie solide et élevée, comme dans les cas de prolapsus, qu'un raccourcissement des ligaments utérins et, en particulier, des ligaments ronds.

b. Indications et contre-indications spéciales de chaque procédé de raccourcissement. — Ceci étant bien admis, dans quelles variétés de rétrodéviations devra-t-on tenter le raccourcissement des ligaments utérins et dans quelle circonstance devra-t-on recourir à un procédé plutôt qu'à un autre ?

1. L'*opération de Frommel* n'est, à notre avis, admissible et défendable que dans les cas de *rétroversions* où les ligaments utéro-sacrés sont *réellement allongés* (2).

Si l'utérus est *adhérent*, on en sera quitte pour le libérer

(1) Voir p. 231.

(2) Ils sont parfois au contraire fortement *raccourcis*, recoquevillés sur eux-mêmes. (Noble, etc. Loc. cit.)

au préalable ; mais, en raison de l'atrophie et de l'altération de ces ligaments, le raccourcissement sera souvent très délicat à exécuter. Si l'utérus est *mobile*, l'opération sera plus simple.

Il ne faut pas oublier, toutefois, que pour une telle lésion (rétroversion mobile), indolore en général et, en tous cas, peu importante (nous supposons, bien entendu, que les annexes sont saines), on a mieux, ou aussi bien, comme intervention : par exemple l'Alexander, et même certaines opérations vaginales [hystéropexies antérieures (Schücking), trachélopexies postérieures (Nicolétis), etc.].

En ce qui concerne les *rétroflexions adhérentes*, nous avouons ne pas comprendre très bien comment peut agir le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, en dehors du fait de la libération de l'utérus ; et pourtant Frommel semble le préconiser dans ces cas-là surtout, si l'on en croit le titre de son mémoire. Comment veut-il, en fixant simplement les replis de Douglas aux parois latérales du bassin, défléchir ou maintenir défléchi un utérus qui a la plus grande tendance à rester courbé ou à se courber de nouveau en arrière ? On rapproche bien de la sorte l'utérus du pubis, mais on ne le défléchit pas. Aussi nous ne croyons guère à l'avenir de cette opération dans les déplacements de ce genre.

2. De même, le *raccourcissement des ligaments larges* ne nous paraît devoir être entrepris que dans les cas de *rétroversions*, ou, à la rigueur, de *rétroflexions légères*. Bien entendu, l'utérus doit être mobilisé et bien défléchi au préalable. C'est tout ce que l'on peut dire d'une opération qui n'a eu, jusqu'à aujourd'hui, qu'un nombre fort restreint de défenseurs et qui, comme la précédente, sera bien rarement indiquée, à moins, bien entendu, d'intervention concomitante sur les annexes (1).

3. Le *raccourcissement des ligaments ronds* est aussi admissible dans les *rétroversions mobiles* ou *à peine adhérentes* et dans les *rétroflexions légères*, à condition qu'il n'y ait toujours pas de tendance au prolapsus. On devra surtout réserver le *procédé de Dudley modifié* (à l'exemple de Dudley) aux *rétroflexions* utérines assez notables, car, dans ces cas, l'utérus fléchi se trouvera bien, après son redressement, du voisinage d'un support antérieur, d'un tuteur qui, pendant quelque temps au moins, pourra lutter contre la tendance à la flexion en arrière.

Un procédé, aussi délicat à exécuter, ne sera pas nécessaire dans la *rétroversion*, ne s'accompagnant pas de flexion ; aussi, dans ce cas, pourrait-on se contenter de celui de Wylie-Ruggi. L'indication étant, dans une telle lésion, de ramener simplement l'utérus en avant, le raccourcissement le plus simple des ligaments ronds sera amplement suffisant.

V

VALEUR THÉRAPEUTIQUE DU RACCOURCISSEMENT INTRA-ABDOMINAL DES LIGAMENTS UTÉRINS

Nous avons dit que l'on ne devait expérimenter désormais une telle intervention que dans les cas de *rétrodéviations graves de l'utérus*. Les observations publiées montrent-elles qu'en procédant ainsi, on a toujours corrigé la déviation utérine et fait cesser les accidents qu'elle engendrait ? D'autre part, les résultats obtenus ont-ils été durables ?

Ici, le terrain manque en partie sous nos pas ; les faits que nous avons pu trouver dans la littérature étrangère, puisque cette opération n'a pas encore été exécutée en France, sont loin d'être probants ; ils sont trop peu nombreux et trop succinctement rapportés pour qu'on puisse, avec leur aide, échafauder la moindre théorie.

C'est ainsi que, pour l'opération de Frommel, nous n'avons qu'une seule observation. Il est vrai que la malade a parfaitement guéri, malgré une intervention incomplète, et que le succès s'est maintenu au moins pendant un an. Mais il n'en est pas de même du raccourcissement des ligaments larges. Ce que nous avons lu sur ce sujet n'est pas fait pour nous encourager à essayer ce procédé opératoire. Pourtant, nous en sommes convaincu, maintenant que l'on connaît mieux cette question, que l'on se rend bien compte du but à atteindre, que l'on semble disposé à n'intervenir de la sorte que dans les circonstances précisées dans le paragraphe précédent, nous en sommes convaincu, disons-nous, l'on sera probablement plus heureux. En tous cas, avant de se prononcer sur l'avenir de ces deux opérations, il faut attendre la publication d'un plus grand nombre d'observations.

Pour le raccourcissement des ligaments ronds et, en particulier, pour le procédé qui doit porter le nom de procédé de Wylie-Ruggi, il n'en est plus de même.

On possède une statistique plus fournie qui contient certainement plus de 30 cas, puisque Ruggi, à lui seul, a opéré ainsi, d'abord 13 malades, dont l'histoire est relatée dans notre thèse (1), puis 6 autres qu'il cite dans une publication postérieure à notre travail (2). Et il faut y ajouter les nombreux cas de Wylie, Baer, Bode, Dudley, etc. Or, ces auteurs n'ont noté que des guérisons *opératoires* et *orthopédiques*.

Certains chirurgiens s'étonneront de ces résultats et resteront convaincus que tous ceux qui ont pratiqué le raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins, s'en sont laissé imposer. Ils ne manqueront pas de dire qu'on aurait obtenu des succès aussi manifestes par la *castration* ou même la *simple destruction des adhérences péri-utérines*. Nous nous bornerons simplement à répondre qu'il y a des cas où il n'y avait pas d'adhérences utérines et que, partant, on n'a pas eu à les détruire, le ventre ouvert, avant d'opérer, comme Ruggi ; qu'il y en a d'autres où les annexes étaient indemnes et dans lesquelles la castration était contre-indiquée. Enfin, aucun fait ne prouve jusqu'à présent que cette destruction des adhérences soit absolument suffisante pour guérir une rétrodéviation fixée, non symptomatique (3), sans lésions des annexes.

Tous les gynécologistes ont constaté pour ce mode de raccourcissement des ligaments ronds, sans parler *du maintien de l'utérus redressé*, la disparition complète des douleurs après l'intervention (Wylie, Baer, Dudley, etc.) qu'ils aient ou non enlevé les annexes en même temps ; mais ici, comme dans l'étude de l'hystéropexie intra-péritonéale, il faudrait laisser de côté, pour la discussion de ce procédé opératoire, tous les cas où il y a eu lésion des annexes (4).

Quant aux troubles fonctionnels du côté de la vessie, dont on a voulu accuser l'hystéropexie, et qui, en réalité, paraissent dus à des lésions vésicales n'ayant rien à voir avec cette opération, on comprend qu'ils n'existent pas après le raccourcissement des ligaments utérins. Cette

(1) Souvent un seul ligament large est *allongé* et l'autre *très raccourci*, par rétraction des tissus paramétritiques (Noble, etc.). Dans ces cas, on n'interviendra que sur le premier et on se bornera à libérer l'utérus de l'autre côté.

(1) Voir p. 195.

(2) Ruggi. Quadri statistici relativi alla secunda centuria delle laparotomie, precedenti da alcune considerazioni sopra i casi piu importanti; in *Raccoglitore medico*, janvier-avril 1890, série V, vol. IX, et tirage à part. — Ruggi a fait 7 fois le raccourcissement type et 12 fois le raccourcissement complémentaire de la castration.

(3) Voir les observations traduites dans notre thèse. — Un ou deux cas de Ruggi peuvent être à la rigueur considérés comme des *échecs fonctionnels* partiels ; mais ils sont explicables par l'existence concomitante de lésions des annexes.

(4) Voir notre thèse, p. 230.

intervention a, d'ailleurs, été précisément conçue pour éviter ces prétendus troubles que la théorie avait fait prévoir à tort. Il n'y a donc pas à insister.

Que dire encore de l'influence de la *grossesse ultérieure* chez des malades ainsi traitées? Rien ou presque rien, puisqu'il n'y a pas un seul fait connu se rapportant à ce point spécial; mais nous tenons à ajouter, à ce propos, qu'une telle éventualité ne doit pas avoir d'inconvénients bien notables, et qu'il ne faut guère en tenir compte, étant donné ce que l'on sait déjà sur les rapports de la grossesse avec l'Alexander. Cette opération, qui peut être, elle aussi, désignée sous le nom de fixation normale (mais *extra-péritonéale*) de l'utérus, est, on le sait, tout à fait comparable, au point de vue du moins où nous nous plaçons ici, au raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

Or, un certain nombre de faits montrent que la grossesse est parfaitement possible après l'Alquié-Alexander [Alexander, 1 cas; Imlack, 2 cas (1); Polk, 1 cas (2); Doléris, 7 cas (3), etc.]. De l'étude de tous ces faits, il résulte que l'utérus gravide ne tire pas sur les ligaments ronds après leur raccourcissement, « comme un homme, qui se pend à un trapèze, tire sur ses bras », parce que, pendant l'évolution de la grossesse, tout se modifie dans le système génital interne de la femme et que ligaments et utérus se développent ensemble pour permettre au fœtus de s'accroître. Que demander de plus à la théorie? Attendons les faits.

Mais, si les ligaments ronds raccourcis obéissent ainsi, sans s'allonger à nouveau pendant la grossesse, à la loi de l'accommodation des organes pelviens, cette constatation classique peut-elle plaider, dans certains cas du moins (femmes susceptibles de devenir encore grosses), en faveur du raccourcissement intra-abdominal de ces mêmes ligaments, et cela au détriment de l'hystéropexie proprement dite? Cet argument, qu'on pourrait mettre encore en avant pour prôner les opérations de Wylie et de Ruggi, ne vaut pas, jusqu'à présent du moins; car tout porte à croire que la grossesse est, de même, possible après une hystéropexie intra-péritonéale bien exécutée, comme nous avons essayé de l'expliquer dans notre thèse.

Le seul désidératum qui subsiste donc, c'est de savoir *ce que deviennent ultérieurement les malades*, car, pour toutes ces opérations plastiques, les résultats tardifs sont de beaucoup les plus importants, maintenant surtout que l'on sait que toute laparotomie aseptique, chez un sujet aseptique lui-même et non atteint d'une lésion organique irrémédiable, est une opération absolument bénigne.

Malheureusement, il est impossible d'ébaucher aujourd'hui ce chapitre des *résultats éloignés du raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins*, et au lieu de faire beaucoup de raisonnements sur ce point, nous pensons qu'il vaut mieux attendre la publication d'observations plus précises. On ne connaît, en somme, que deux cas, suivis plus d'un an : l'un est celui de Frommel (raccourcissement des ligaments utéro-sacrés), dans lequel la malade a été revue un an après l'opération; l'autre est dû à Wylie; l'opérée a été examinée trois ans après. Dans ces deux cas, il est vrai, l'utérus a été retrouvé fixé, en antéversion légère et bien mobile et les douleurs avaient disparu complètement. On ne sait rien de précis pour les autres observations sur ce point important; mais on n'a pas noté jusqu'ici le moindre insuccès orthopédique : constatation qui présente déjà un certain intérêt.

En tous cas, la courte statistique que nous avons pu dresser, démontre qu'il s'agit là d'opérations absolument bénignes. Elles le deviendront d'autant plus qu'elles ne seront utilisées, comme cela doit être, que chez des malades dont les lésions du petit bassin (para-métrite, pelvi-péritonite, etc.) seront de minime importance.

Par conséquent, les quelques restrictions formulées dans notre thèse, à propos de la gravité de l'hystéropexie intra-péritonéale dans les cas compliqués d'adhérences pelviennes, nombreuses et résistantes, ne sont pas de mise pour ces opérations, plus délicates pourtant. Et, si l'on veut s'astreindre à appliquer, dans toute leur rigueur, les règles générales de l'art chirurgical moderne, c'est-à-dire de l'*asepsie opératoire*, à répéter sur le cadavre ces opérations avant de les utiliser, on n'aura presque jamais de déboires, surtout si l'on tient compte des remarques formulées à propos des indications du raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins.

(1) Voir notre thèse, p. 150.

(2) Polk. Removal of one tube and ovary; the other allowed to remain: although diseaded; Alexander's operation; marriage and pregrancy; in *The Amer. of Obst.*, juin 1890, n° 6, p. 627. — Voir aussi, sur ce sujet : Bompiani (A.). Delle operazioni cruente per cura della retroflessione dell' utero e specialmente delle operazioni di Alexander e di Olshausen; in *Ann. di. Ost. e Gyn.*, juillet 1890, n° 7, p. 443, Milan.

(3) Doléris. L'objectif physiologique en gynécologie; in *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 25 septembre 1890, n° 9, p. 493.

THÉRAPEUTIQUE

Destruction des pediculi pubis. — Un des inconvénients des différents topiques, dirigés contre les pediculi pubis, est de laisser subsister les lentes et de ne pas arrêter la repullulation des parasites.

M. Brocq propose les lotions avec la solution suivante :

Sublimé.	1 gramme.
Vinaigre	300 —

Il obtiendrait ainsi non seulement la destruction des pediculi, mais le détachement des lentes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours s'ouvrira le 15 juin 1891, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Poitiers.

— Un concours s'ouvrira le 15 juin 1891, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Reims.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Quint est prorogé dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

— *Tuberculose et influenza.* — La récente épidémie de grippe paraît avoir été suivie de :

1° L'éclosion et 2° l'aggravation d'un grand nombre de cas de tuberculose.

Le comité de l' « Œuvre de la tuberculose », estimant qu'il serait utile à la science d'être renseigné aussi exactement que possible sur ce point important, prie tous les médecins de vouloir bien lui faire parvenir les résultats de leur pratique sur les questions suivantes :

1° Avez-vous observé des cas de ce genre; 2° Combien; 3° Dans quelles conditions sont survenus ces cas (âge, sexe, rapidité, terminaison, etc.); 4° Si c'est possible, rapporter en détail les cas les plus démonstratifs.

Les documents fournis à cet égard seront utilisés et publiés dans les Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose.

Prière de vouloir bien les envoyer, avant le 1er mars 1891, à M. le docteur L.-H. Petit, secrétaire général de l'Œuvre, chargé de la publication, 11, rue Monge, à Paris.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée

de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

L'évolution juridique dans les diverses races humaines (Bibliothèque anthropologique, t. XIV), par Ch. LETOURNEAU, professeur à l'École d'anthropologie, etc. 1 vol. in-8° — Prix : 9 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, publiée sous la direction de M. J. ROCHARD. Tome III, 2e fascicule : La ville souterraine, par J. ROCHARD ; Les habitations, par Léon FAUCHER et RICHARD. 1 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Recherches expérimentales sur l'origine microbienne du tétanos, par Paul-B. BOSSANO. Gr. in-8° de 50 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 144. — MARDI 16 DÉCEMBRE 1890. 63e ANNÉE. MARDI 16 DÉCEMBRE 1890. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 15 décembre 1890.

Bien des progrès sont arrêtés par un *non possumus* budgétaire devant lequel il faut s'incliner, sans discuter. Mais quand ce progrès peut être réalisé sans qu'il soit besoin de desserrer les cordons de sa bourse, on ne comprend guère par quelle coupable indifférence des institutions surannées restent en vigueur, sans qu'il leur soit apporté aucune modification. Il semble que le temps, qui détruit tout, non seulement respecte, mais consolide ces vieux errements qu'on veut bien appeler encore la tradition, mais qui ne sont que de la routine.

Les sciences médicales se sont complètement bouleversées depuis un quart de siècle, et cependant nos méthodes d'enseignement sont restées à peu près les mêmes. Quels progrès n'ont pas faits la médecine et la chirurgie? L'histologie, l'anatomie pathologique, la microbiologie, l'hygiène se sont tellement transformées qu'on les pourrait croire nées d'hier, et cependant sont-elles réellement et pratiquement enseignées? Pour ne pas trop élargir le cadre de notre question, ne parlons ici que des sciences de laboratoire et demandons ce qu'on a fait pour elles? Quelque chose, sans doute, mais quelque chose d'insuffisant. Nous rendions justice à M. Cornil qui, malgré tous, a pu organiser l'enseignement de l'anatomie pathologique.

Comment cet enseignement s'est-il créé? Sans doute, il est encouragé par la Faculté, mais à l'état purement platonique; car notre professeur d'anatomie pathologique est obligé, pour faire ses démonstrations, d'aller à l'Hôtel-Dieu, où il n'est rien, mendier à ses collègues de l'hôpital quelques cadavres pour ses cours.

Cette situation déplorable n'existe pas seulement à la Faculté; elle se répète dans tous les hôpitaux.

Ceux qui savent comment sont faites les autopsies dans nos hôpitaux, reconnaîtront qu'il y a là une modification importante à effectuer. Et suivant nous, cette modification serait simple et peu coûteuse. Il s'agirait purement et simplement de nommer dans chaque hôpital, ou dans chacun des principaux hôpitaux, un chef d'amphithéâtre, un prosecteur d'anatomie pathologique, dont les fonctions consisteraient à faire ou faire faire sous sa direction, *toutes* les autopsies, et à en consigner la relation sur un registre spécial, à faire les examens microscopiques nécessaires, et les recherches bactériologiques qui seraient demandées. Ce chef de laboratoire ou d'amphithéâtre serait, à l'hôpital, un véritable chef de service.

L'utilité de cette création n'est pas contestable, non seulement pour le service des autopsies, mais encore pour l'examen des pièces anatomo-pathologiques.

Prenons des exemples : un chirurgien enlève une tumeur, sur le diagnostic de laquelle peuvent planer certains doutes. Il est de toute nécessité que cette tumeur soit examinée. Où devra-t-il la faire examiner? aux laboratoires de la Faculté, à ceux du Collège de France? De quel droit le chirurgien ira-t-il frapper à cette porte et demander un travail qui ne lui est point dû? Portera-t-il sa pièce à l'amphithéâtre des hôpitaux et à son laboratoire d'histologie? Ce laboratoire éloigné, unique pour tous les hôpitaux de Paris, est véritablement insuffisant. Il en résulte que la plupart des examens anatomo-pathologiques ne sont pas faits, ou sont confiés à des personnes complaisantes, peut-être, mais souvent peu compétentes. Enfin, aujourd'hui, où les inoculations sur les animaux constituent une précieuse ressource de diagnostic, il est triste de constater que tous les hôpitaux ne possèdent pas de laboratoire suffisamment installé.

Cependant la création d'un laboratoire central pour chaque hôpital, l'installation d'un chef de laboratoire et de ses aides seraient vraiment choses peu coûteuses, si l'on voulait se pénétrer de ce que nous disions dans notre précédent article, et si l'on permettait de faire au laboratoire des recherches et un enseignement rétribués. Les honoraires, ainsi perçus, seraient suffisants pour subvenir aux dépenses et pour donner une rémunération honnête à ceux qui passent leur temps dans les laboratoires.

Tant que ce chef de laboratoire n'aura, pour toute rétribution, que les honoraires dérisoires qui lui sont donnés par la Faculté ou les hôpitaux, on n'aura, le plus souvent, que des chefs de laboratoire de passage, qui ne sauraient voir, dans leur situation présente, une situation définitive.

Combien de médecins de Paris et de la province seraient désireux de faire examiner certains liquides, certaines sécrétions morbides dont la nature est pour eux douteuse. Combien, par exemple, voudraient savoir si des crachats contiennent ou ne contiennent pas de bacilles? Mais à qui

s'adresser pour de semblables examens si délicats, et demandant une compétence si particulière? Aussi, le plus souvent, le praticien n'a pas recours à ces investigations si précieuses, parce qu'il ne sait où il peut s'adresser en toute confiance.

Nous pensons, pour toutes ces raisons, qu'au lieu d'éparpiller dans de nombreux services des petits laboratoires sans personnel et insuffisants comme installation, l'administration de l'Assistance publique ferait mieux de créer par hôpital un seul et grand laboratoire, pour lequel il suffirait d'une subvention bien modeste, et peut-être nulle, si l'on voulait permettre à celui qui en serait le chef d'y organiser un enseignement rétribué et d'y faire des recherches et des analyses dont les honoraires serviraient à la juste rétribution du personnel et à l'entretien du laboratoire.

Mais pour que cette réforme soit accomplie il faudrait qu'elle fût demandée par le corps médical des hôpitaux. Le sera-t-elle?

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR LE PROCÉDÉ DE KOCH

Le nombre des publications, relatives au traitement de la tuberculose, va toujours en augmentant. La lymphe est reçue d'une façon différente, suivant les différents pays : en Angleterre, ce qui paraît dominer, c'est la note confiante et même enthousiaste ; en Autriche, la note défiante.

Pour exposer, avec quelque ordre, ce que nous avons trouvé de plus intéressant dans nos lectures, sur ce sujet, pendant la semaine qui vient de s'écouler, nous envisagerons successivement l'action toxique de la lymphe de Koch, la réaction générale ou locale, les contre-indications à son emploi, les résultats obtenus en thérapeutique.

Un des malades traités par M. le docteur Péan, à l'hôpital Saint-Louis, est mort dans le collapsus quelques heures après une injection de 2 milligrammes de lymphe. On a annoncé de même la mort de deux malades, dans des circonstances analogues : une jeune fille, atteinte de lupus, à Innsprück, une autre, à Meiningen. On voit combien il importe d'être prudent dans l'administration d'une substance capable de produire un affaiblissement du cœur assez grand pour provoquer, dans certains cas, un collapsus mortel.

On ne peut donc qu'approuver le Conseil supérieur de santé d'Autriche-Hongrie qui, après avoir entendu le rapport de ses délégués à Berlin, a décidé que le traitement des malades par le procédé de Koch, en dehors des hôpitaux, ne devait pas être permis sans contrôle. Les médecins qui voudront faire des injections de lymphe devront faire une déclaration préalable aux autorités et justifier l'origine de la lymphe employée. Le professeur Litten (de Berlin) se montre très mécontent de cette décision. Il n'y a pas de raison, dit-il, pour qu'on n'interdise pas aux médecins autrichiens de se servir de poisons. Il est bon, cependant, de prendre en considération qu'il s'agit d'une substance de nature inconnue, d'action mal déterminée, d'un pouvoir toxique très grand. Une médication aussi exceptionnelle semble appeler tout naturellement, dans l'intérêt de tout le monde, une réglementation exceptionnelle.

On connaît la réaction générale. Dans une leçon récente, le professeur Senator compare la fièvre provoquée par l'injection de la lymphe à la fièvre éphémère, la synoque des anciens auteurs. Il a constaté aussi l'augmentation du volume de la rate, et la survenue d'herpès labial. Ce sont là des faits d'un très grand intérêt, au point de vue de la pathogénie des embarras gastriques fébriles, de la fièvre gastrique, qui s'accompagne si souvent de tuméfaction de la rate et d'herpès des lèvres. C'est un argument en faveur de l'origine auto-toxique de la fièvre éphémère, de l'embarras gastrique fébrile. C'est une donnée expérimentale qui vient à l'appui des doctrines bien connues de M. le professeur Bouchard.

La réaction générale, on s'en convainc de plus en plus, n'est nullement en rapport avec l'étendue des lésions tuberculeuses. Tous les observateurs semblent d'accord sur ce point. Une malade de Litten, qui n'avait qu'une ulcération tuberculeuse limitée de l'orifice des narines et des gencives, a eu, avec 4 milligrammes seulement, une température de près de 41 degrés (1).

Un autre malade, soigné par le même médecin, a atteint 42 degrés. Il y a évidemment là des différences personnelles très grandes, qu'il est bien difficile d'expliquer. Nouvelle raison pour agir, au début surtout, avec une extrême prudence.

Il paraît qu'à l'hôpital Moabit, dans lequel il surveille directement le traitement des tuberculeux, Koch cherche toujours à obtenir une élévation de température de 39 à 40 degrés. Ce serait pour lui l'indice d'une action suffisante de la lymphe sur les tissus tuberculeux. Rien ne démontre cependant que l'élévation de la température mesure la destruction des éléments malades. On sait, du reste, que les individus sains ont aussi de la fièvre avec des doses un peu plus fortes que les tuberculeux. La fièvre résulte probablement de l'action produite par la substance toxique sur les centres nerveux. L'avenir seul montrera si l'on doit toujours chercher à produire la réaction fébrile, si l'action utile ne s'obtient qu'à ce prix. On pourrait tout aussi justement soutenir, à l'heure actuelle, que c'est là l'indice d'une action nuisible d'un processus inflammatoire excessif autour des foyers tuberculeux.

Quant à la réaction locale, des recherches de M. le professeur Cornil ont démontré qu'elle consiste, au pourtour des nodules lupiques, en une accumulation considérable de cellules rondes, d'éléments lymphoïdes infiltrés dans les espaces lymphatiques. C'est là le signe d'une inflammation intense comparable à celle que l'on rencontre dans l'érysipèle. On comprend très bien que, dans le lupus qui est une lésion très pauvrement tuberculeuse, cette inflammation puisse avoir un résultat favorable. Du reste, on sait depuis longtemps que cette affection peut être très améliorée et même guérie par une poussée d'érysipèle. En serait-il de même avec des lésions plus riches en bacilles, plus purement tuberculeuses? On peut se le demander. Litten rapporte, à ce point de vue, une histoire intéressante. Une jeune femme s'était inoculé de la tuberculose au nez et à la lèvre, en se servant du mouchoir d'une de ses sœurs morte phthisique. L'ulcération anfractueuse était entourée de tubercules miliaires facilement reconnaissables. C'était donc, non pas un lupus, mais une véritable ulcération tuberculeuse semblable à celle que l'on voit au pourtour de l'anus chez les phthisiques arrivés à une période avancée de cachexie. Les injections de lymphe déterminèrent une

---

(1) Litten. *Berlin. Klin. Wochens.*, 10 décembre nº 51.

réaction locale caractéristique, mais, dans les jours suivants, on vit quelques nouveaux foyers de tubercules miliaires se produire au voisinage de l'ulcération. Le processus tuberculeux n'avait donc pas été arrêté.

La plupart des observations confirment la valeur diagnostique de la réaction locale. Cependant quelques voix discordantes s'élèvent. Dans une communication à la Société des médecins de Vienne, Kaposi, le dermatologiste bien connu, a rendu compte de ses expériences. Il a observé à plusieurs reprises la réaction locale avec des lésions qui n'étaient nullement tuberculeuses; dans un cas de lèpre maculeuse, la peau, au niveau des macules, a subi un gonflement tel, que la lèpre maculeuse semblait s'être transformée en lèpre tubéreuse. Il y eut également une tuméfaction très appréciable dans un cas de sarcome du pharynx.

Il observa aussi de la rougeur et du gonflement autour d'un lupus érythémateux; mais il est bon de dire que d'autres auteurs, ayant vu cette même réaction, en ont conclu que le lupus érythémateux est aussi bien une lésion tuberculeuse que le lupus vulgaire, ce que n'admet pas Kaposi. On sait que la question est toujours en litige.

Nous devons dire que Kaposi s'est servi de doses élevées, et que la réaction qu'il a observée paraît avoir été un peu moins marquée avec des lésions non tuberculeuses qu'avec des lésions tuberculeuses.

Neumann a vu également un certain degré de réaction se produire au niveau d'une gomme syphilitique. Toutefois, il croit que la lymphe peut servir à faire le diagnostic des lésions réellement tuberculeuses. Un de ses malades avait à la fois des lésions syphilitiques et des lésions tuberculeuses : ces dernières seules ont réagi.

Nous avons indiqué déjà un certain nombre de contre-indications à l'emploi de la lymphe. Senator déclare que la méthode de Koch est indiquée surtout contre les tuberculoses à ciel ouvert, tuberculoses de la peau ou des muqueuses, dont la situation topographique permet l'élimination facile et directe à l'extérieur des produits mortifiés. Dans le poumon, les conditions sont défavorables à ce point de vue. Elles sont beaucoup plus défavorables encore, lorsqu'il s'agit de la tuberculose d'une cavité close comme les séreuses. Senator considère comme des contre-indications la néphrite, les pleurésies à épanchement abondant, un état avancé de cachexie, une faiblesse générale très grande, la dégénérescence amyloïde du rein. La lymphe est formellement contre-indiquée dans les tuberculoses intra-craniennes à cause de la congestion et de l'œdème qui provoquent une compression du cerveau.

On trouvera peut-être que cet exposé est un peu poussé au noir. Nous rassemblons, il est vrai, plutôt des faits contraires que des faits favorables à la méthode de Koch. Il est bon de mettre en garde contre l'usage d'une substance qui a suscité dans le public médical, et plus encore dans le public extra-médical, un si grand mouvement de curiosité et d'espoir, qui a soulevé en Allemagne un énorme enthousiasme. En second lieu, on ne publie rien de nouveau, rien de démonstratif dans le sens favorable.

Il faut attendre pour savoir si l'amélioration du lupus, merveilleuse en réalité, sera une amélioration durable et progressive, capable d'amener la guérison définitive.

Quant au bénéfice que peuvent tirer du traitement les cas de tuberculose pulmonaire, il est toujours bien incertain. Il y a eu évidemment des améliorations; mais on est toujours ramené à se demander si ces améliorations seront plus marquées et plus durables que celles que donnent d'autres méthodes, le gavage, la créosote, la vie au grand air.

Nous ne pouvons mieux faire, du reste, que de citer textuellement les paroles de médecins qui ont employé le remède de Koch sur un grand nombre de malades, et qui ont à ce point de vue l'expérience la plus étendue qu'il soit possible d'avoir dès maintenant.

Le professeur Ewald, qui a traité personnellement 60 malades par les injections de lymphe, disait, le 4 décembre, à la réunion des médecins de la Charité (1) : « Je dois dire, sans formuler des conclusions qui me lient pour l'avenir, qu'il ne nous est pas encore arrivé de constater, chez nos malades, les signes objectifs non douteux de la régression du processus anatomo-pathologique dans les poumons, des épaississements, des infiltrations, des rétractions et les modifications correspondantes de l'intensité et de la forme de la respiration. Toutefois, les phénomènes d'auscultation se sont modifiés dans le sens indiqué par l'augmentation, puis par la diminution de la sécrétion et de l'expectoration, et cela d'une façon très favorable. Au lieu de nombreux râles humides, on n'a plus trouvé que des râles plus espacés, ou même qu'un murmure vésiculaire net et pur.

Dans certains cas, au contraire, nous avons vu se produire, sous l'influence des injections, de la matité ou des signes d'excavation qui n'existaient pas auparavant. »

25 des malades d'Ewald ont gagné en poids, 24 ont perdu. Le gain le plus fort a été de 2k25, la perte de poids la plus marquée de 3 kilogrammes.

Évidemment, on ne peut rien conclure encore de bien encourageant de semblables déclarations. Ce qui reste encore de plus certain, c'est la valeur de la lymphe au point de vue du diagnostic local des lésions tuberculeuses. Il n'y a là, toutefois, rien d'absolu, et nous avons tout à l'heure cité des cas négatifs. Il est juste de reconnaître qu'ils sont beaucoup moins nombreux que les cas positifs.

Est-on en possession d'un réactif de la tuberculose de quelque fidélité ? Est-on en possession d'un agent thérapeutique réellement utile ? Il est impossible, toujours, de répondre d'une façon satisfaisante à ces deux questions. Il faudra des mois d'observation méthodique et correcte pour savoir à quoi s'en tenir. On continue à expérimenter.

Pour notre part, nous n'entretiendrons plus nos lecteurs que de faits nouveaux, capables de jeter quelque lumière dans le débat. Nous leur épargnerons des répétitions qui commencent à devenir monotones.

HOPITAL ROTHSCHILD. — M. A. Weill.

La créosote et le gaïacol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Résultats obtenus à l'aide des injections sous-cutanées de gaïacol (2).

Par le docteur Diamantberger, ancien interne du service.

III

Les résultats obtenus, après une durée de traitement très variable suivant les circonstances, ont été classés en quatre catégories : A. *Guérisons apparentes*, 4; B. *Améliorations*, 17; C. *États stationnaires*, 6; D. *Aggravations et morts*, 3.

---

(1) Ewald. *Berlin. Klin. Wochens.*, n° 51, p. 1178.

(2) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1317.

Les chiffres sommaires des résultats généraux, suivant la durée du traitement et le degré de la maladie, nous fournissent déjà quelques données très intéressantes, que voici :

1° Tous nos phthisiques au premier degré (10) ont largement bénéficié du traitement :

a. Six ont été améliorés, après une durée de traitement extrêmement variable (de trois semaines à quatre mois et demi).

b. Quatre nous ont donné des guérisons apparentes, c'est-à-dire qu'ils ne présentaient plus à la fin du traitement (deux mois jusqu'à trois mois et demi) aucun signe, soit objectif, soit subjectif, de la maladie.

2° Des phthisiques au deuxième degré (12), 7 ont été améliorés, 4 sont restés stationnaires, et 1 seul a continué à évoluer fatalement;

3° Parmi les malades au troisième degré (8), chez lesquels tous les symptômes faisaient prévoir un dénouement fatal, 4 sont améliorés, 2 sont restés stationnaires et 2 sont morts.

Pour 30 malades, nous comptons donc plus de deux tiers notablement améliorés (les guérisons apparentes avec), et un tiers d'états stationnaires et aggravations appartenant à des individus très compromis avant le traitement.

Mais ce qui importe le plus dans l'analyse de nos observations, et que les chiffres précédents ne pourraient point nous apprendre, ce sont les effets particuliers sur chacun des symptômes, dont l'évolution spéciale a une influence directe sur la marche générale de l'affection.

La toux, l'expectoration, les sueurs, la fièvre hectique, les troubles digestifs (perte d'appétit, vomissements, etc.), l'amaigrissement progressif; tous ces symptômes, contre lesquels on dirige généralement tout l'arsenal de la thérapeutique palliative avec plus ou moins de réussite, ont été manifestement améliorés chez la plupart de nos malades.

La *toux* a complètement disparu chez 7 phthisiques, dont 6 au premier degré et 1 au deuxième.

Elle a été plus ou moins améliorée chez 16 malades, dont 4 au premier degré, 8 au deuxième et 4 au troisième.

Elle a persisté et s'est même aggravée chez 5 malades, dont 1 seul était au deuxième degré et 4 au troisième.

En définitive, 23 malades (5/6) ont plus ou moins bénéficié du traitement, au point de vue de la toux.

L'*expectoration* a subi l'influence heureuse des injections gaïacolées dans presque tous les cas.

Il nous a été impossible de faire des évaluations exactes et régulières des quantités journalières des crachats, chez ces malades, qui venaient se faire traiter, pour la plupart, à la consultation externe. Leurs affirmations personnelles devaient nous suffire; et de leur ensemble se dégage, en général, le fait d'une diminution notable et d'une consistance moins épaisse de l'expectoration. L'examen bactériologique a été fait chez la plupart; d'abord, au point de vue du diagnostic, et ensuite, à plusieurs reprises, pour constater les modifications successives dans la quantité des bacilles.

Chez un très petit nombre, nous en avons constaté, en effet, la diminution évidente; mais sur la plupart des préparations, il nous a été impossible d'établir des comparaisons raisonnables au point de vue quantitatif.

Transpirations nocturnes. — 22 de nos malades ont accusé, au début du traitement, des sueurs plus ou moins fréquentes et abondantes. Les chiffres suivants représentent la mesure des modifications subies par ce symptôme sous l'influence du gaïacol : *a*) Diminution ou disparition des sueurs 16 fois, dont 6 au premier degré, 7 au deuxième et 3 au troisième; *b*) État stationnaire 3 fois, dont 1 au deuxième degré et 2 au troisième; *c*) Aggravation 3 fois (malades au troisième degré).

Fièvre. — Les courbes thermométriques, prises chez deux de nos malades, ne nous montrent aucune modification sous l'influence des injections gaïacolées. Mais parmi ceux qui venaient à la consultation et qui avaient accusé, au début, des fièvres vespérales, les uns nous ont signalé la disparition totale de leurs manifestations fébriles; les autres, et c'est la majorité, une amélioration notable de ce symptôme (espacement des frissons, mouvements fébriles moins intenses et moins durables, etc.); enfin, quelques-uns ont persisté à avoir tous les soirs de la fièvre et des frissons (ce sont surtout les phthisiques très avancés).

Schetelig et Pollyak ont observé des effets antithermiques sur leurs malades soumis aux injections de gaïacol pur.

Ces auteurs disent les avoir remarqués, le premier chez des phthisiques invétérés avec exacerbations aiguës, le second dans presque tous les cas.

Ce dernier conclut de ses expériences nombreuses, que, pour abaisser la température de 1 degré, il est nécessaire d'injecter sous la peau au moins 25 jusqu'à 50 centigrammes de gaïacol pur.

Nos propres expériences ne peuvent donc pas encore donner la mesure des effets antithermiques, étant donné que nous ne nous sommes servi, jusqu'à présent, que d'une solution au 50e de gaïacol pur dans de l'huile de vaseline; ce qui faisait 2 centigrammes de gaïacol pur pour chaque seringue. Nos expériences ultérieures étant faites avec du gaïacol pur, nous nous proposons de vérifier la valeur antithermique de ce médicament, d'une façon plus précise. Il s'agirait aussi de contrôler si cet abaissement de température ne coïncide pas avec la diaphorèse si abondante, que nous avons constatée chez quelques-uns de nos malades, tout de suite après l'injection gaïacolée; car, dans ce cas, l'abaissement thermométrique ne devrait pas être définitif; et au bout de trois ou quatre heures, tout au plus, la température reviendrait à son point d'élévation primitif.

Troubles digestifs. — Presque tous nos malades, et quelques-uns en particulier, qui étaient tombés très bas, à cause des troubles digestifs, ont récupéré au bout de très peu de temps leur appétit, et, par cela même, leurs forces perdues par l'inanition. Ce regain des fonctions stomachiques est dû surtout à la modification heureuse de la nutrition générale; et aussi, en partie, à la cessation de l'irritation médicamenteuse, que la muqueuse gastrique avait été forcée de subir antérieurement. L'injection hypodermique sert ainsi à l'intervention thérapeutique de moyen excellent pour éviter la fatigue, l'irritation et partant les troubles si graves du tube digestif.

Amaigrissement, affaiblissement, état général. — L'analyse des symptômes précédents est déjà suffisante pour donner une idée de l'état général de ces patients, et de l'effet produit par le traitement sur l'état de consomption qui résulte nécessairement d'un tel ensemble de troubles morbides. Nous avons, du reste, indiqué plus haut les chiffres som-

maires des résultats généraux; mais ajoutons encore les variations de poids observées chez la plupart des malades :

Augmentation de poids chez	15	malades.
État stationnaire	—	5	—
Diminution	—	3	—
Poids inconnu	—	7	—

Parmi les 15 qui ont augmenté de poids, 1 malade a augmenté de 2 livres, 4 malades de 4 livres, 4 malades de 5 livres, 4 malades de 8 livres, 1 malade de 9 livres et 1 malade de 10 livres.

Voici, à peu près, tous les faits importants que l'analyse des trente observations a pu nous fournir, et que nous livrons tels quels à l'appréciation du monde médical.

Loin de vouloir conclure, d'une façon définitive, de ces quelques recherches, d'ailleurs encore très incomplètes, nous nous proposons de persister à chercher dans cette voie la solution si ardente de la phthisiothérapie.

THÉRAPEUTIQUE

Nature et traitement de l'eczéma. — A la 58e session de l'Association médicale britannique, tenue le 1er août à Birmingham, le professeur Unna (de Hambourg), dont la compétence en dermatologie est si connue, faisait une importante communication sur les différentes variétés d'eczémas.

Pour cet auteur, le traitement doit toujours viser deux indications : 1° s'attaquer directement à la cause même de la maladie par un traitement antiparasitaire; 2° transformer l'épiderme en un terrain défavorable au développement du parasite. C'est d'après ces deux principes que doit être dirigé le traitement de l'eczéma; il est d'ailleurs évident que chaque variété clinique exigera une thérapeutique différente.

Pour l'eczéma séborrhéique, qui est de beaucoup le plus commun, voici, d'après la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, les conseils donnés par le dermatologiste de Hambourg.

Le traitement consiste ici dans l'emploi des solutions alcalines fortes, des oxydes métalliques, et en général des médicaments appartenant au groupe des agents réducteurs; les plus importants sont : la potasse caustique, les oxydes de zinc, de plomb et de mercure, le soufre, la résorcine, l'acide pyrogallique, la chrysarobine et les diverses espèces de goudrons.

On se guidera, pour le choix du médicament et du mode d'application, sur le degré d'inflammation de la peau. Quand l'inflammation et le suintement sont intenses, les agents spécifiques *doux* devront être employés : ce seront les oxydes de zinc et de plomb, le soufre, la résorcine, sous forme de poudres, de lotions, de pâtes et de gélatines glycérinées.

Quand l'inflammation est moins prononcée et que le suintement est faible, il faut recourir aux agents plus énergiques, chrysarobine, acide pyrogallique, goudron, oxyde de mercure, sous forme d'onguents, d'emplâtres et surtout de pansements *imperméables*.

En principe, il faut viser à détruire l'agent spécifique tout en évitant de produire une inflammation artificielle de la peau. Un traitement véritablement irritant n'est pas nécessaire, même dans les eczémas les plus anciens et les plus secs. Il suffit d'employer les doses nécessaires pour amener l'amincissement de la couche cornée.

L'arsenic est le seul médicament qui agisse à l'intérieur, avec quelque efficacité, sur l'eczéma séborrhéique, en particulier sur les formes sèches. Toutes les autres médications générales agissant sur l'intestin, les reins, l'utérus ou tout autre organe en relation réflexe avec la peau ; tous les régimes, tous les bains, sauf ceux de sublimé, ne peuvent être considérés que comme des adjuvants du traitement spécifique véritable.

Dans la recherche de médications nouvelles contre l'eczéma, on devra surtout surveiller leur action sur l'organisme en général, et prendre garde que, soit par eux-mêmes, soit par leurs produits d'oxydation, ils ne provoquent des effets irritants pour la peau.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 décembre 1890. — Présidence de M. HARDY.

COMMUNICATIONS

Herpès en cocarde confluent du tronc. — M. HALLOPEAU présente un malade qu'il considère comme atteint d'herpès en cocarde confluent du tronc.

On n'est pas encore fixé sur la place que doivent occuper les herpès dans le cadre nosologique : les uns les font rentrer dans les érythèmes polymorphes, d'autres les rapprochent des dermatites herpétiformes de Duhring; peut-être s'agit-il, au moins pour certains d'entre eux, d'un type morbide distinct; cette dernière hypothèse peut être soutenue pour le cas que présente M. Hallopeau. L'éruption y est nettement caractérisée, et certaines plaques sont formées par quatre cercles bulleux alternant avec autant de cercles érythémateux; elle est disposée au tronc en vastes placards polycycliques, limités par un fin soulèvement bulleux ; elle diffère des érythèmes polymorphes par le défaut de localisation au niveau des poignets et des cou-de-pieds, et par les sensations prurigineuses intenses dont elles sont le siège; ces caractères la rapprochent, au contraire, de la dermatite herpétiforme de Duhring; elle en diffère par l'absence de polymorphisme; il faudrait, cependant, se rattacher à ce diagnostic et faire, de cette variété d'herpès en cocarde, une forme de cette maladie, si elle passe à l'état chronique ou s'il continue à se produire, à intervalles plus ou moins éloignés, des poussées analogues ou d'autres éruptions bulleuses.

M. BROCQ. Le prurit intense que l'on observe dans le cas particulier est une raison de penser à la possibilité de la dermatite de Duhring au début. Cela peut rentrer dans la forme de cette dermatite, décrite par M. Brocq sous le nom de dermatite polymorphe prurigineuse aiguë.

M. VIDAL. Ce n'est pas de l'herpès iris de Bateman, qui se caractérise par une vésiculation centrale, avec marge périphérique colorée. Ici les bulles sont à la périphérie et non au centre.

M. BESNIER. Le type de l'herpès vrai, c'est l'herpès labial; on a aussi, autrefois, dénommé certaines éruptions herpétiques parce qu'elles avaient une tendance serpigineuse : herpès ne doit plus jamais être pris dans ce sens.

L'herpès de Bateman se rapproche de l'hydroa de Bazin, c'est une éruption en cocarde qui siège sur les mains, les pieds, les genoux, et non sur le dos et le thorax comme chez le malade de M. Hallopeau.

Ici, l'état prurigineux peut faire penser à la dermatite de Duhring. En somme, il s'agit ou bien d'une forme particulière de l'ancien herpès de Bateman, d'hydroa en cocarde, ou bien d'une maladie de Duhring.

Sclérodermie très améliorée par l'électrolyse. — M. BROCQ présente un homme atteint d'une large bande de sclérodermie longitudinale du bras droit. On a fait, à ce niveau, quatorze séances d'électrolyse, avec des courants de 10 à 15 milliampères d'une durée de quinze à vingt-cinq secondes. La marche progressive de l'affection a été rapidement arrêtée; il y a eu amélioration évidente; il ne s'agit pas là d'une guérison, mais d'une atténuation marquée dont le malade témoigne d'une façon très nette.

M. BESNIER. La sclérodermie en bandes est d'un pronostic sérieux lorsqu'elle passe au niveau d'une articulation. L'intégrité des mouvements est sérieusement compromise. Il importait donc

d'agir sans perdre de temps, et M. Besnier a vivement engagé M. Brocq à essayer l'électrolyse que, sans doute, par défaut d'outillage, on n'emploie pas suffisamment, en France, dans des cas semblables.

Le traitement du lupus par la méthode de Koch à Berlin. — M. THIBIERGE rend compte des résultats donnés à Berlin par l'application de la méthode de Koch au traitement des lupus. Il a déjà fait sur le même sujet une communication analogue à la Société médicale des hôpitaux. Nous avons fait connaître sa façon de voir. M. Thibierge insiste toutefois pour qu'on ne le considère pas comme un adversaire de la méthode de Koch. Il reconnaît qu'aucune médication ne modifie le lupus, aussi rapidement et aussi profondément. Il n'a pas vu de guérison complète définitive ; il a toujours trouvé des nodules lupiques appréciables à la limite des lupus, les plus favorablement modifiés. Après quelques injections, la réaction disparaît même lorsqu'il persiste des nodules caractéristiques, et, dès lors, l'amélioration ne fait plus de progrès.

Il faut attendre les résultats d'une observation méthodique et suffisamment prolongée pour juger la valeur thérapeutique et diagnostique de la méthode nouvelle.

M. VIDAL, à ce propos, annonce que la commission d'étude des médecins de Saint-Louis a renoncé à présenter encore les malades soumis aux inoculations de lymphe de Koch. Cette présentation sera faite ultérieurement, mais, dès maintenant, on peut voir chaque matin, à neuf heures un quart, les malades soumis à ce traitement dans la salle Devergie et la salle Alibert.

Étude sur deux variétés de folliculites. — M. BARTHÉLEMY a étudié deux variétés de folliculites : à la première, il donne le nom d'*acnitis*; à la seconde, le nom de *folliclis*.

L'acnitis se montre le plus souvent à la face, aux tempes, au front au voisinage du cuir chevelu. Elle débute d'une façon rapide, sans fièvre, par l'apparition de petites saillies, de petites nodosités sous-cutanées du volume d'un grain de millet. La saillie se développe et prend le volume d'un petit pois. Le derme est alors intéressé. Si l'on incise, on donne issue à une gouttelette de pus. Si on laisse la lésion arriver à maturité il y a ramollissement spontané, puis issue d'une gouttelette de pus et d'un peu de sérosité sanguinolente. La folliculite prend donc un aspect acnéiforme. A la pustule succède une croûte noirâtre, quelquefois une macule assez longtemps persistante.

Cette variété de folliculite, qui évolue par poussées successives, qui peut se généraliser, est essentiellement chronique.

La seconde variété, la *folliclis*, se localise par groupes situés dans des points différents : au dos, aux fesses; elle épargne la tête. Elle ne suppure pas franchement, elle laisse, après elle, de petites cicatrices arrondies et des macules qui rappellent beaucoup certaines lésions syphilitiques.

Cancre induré sans accidents secondaires. — M. EHLERS (de Copenhague) a vu un chancre induré, chez un homme, n'être suivi d'aucun accident secondaire. Cependant la syphilis, chez lui, n'était pas éteinte — et, la preuve, c'est que sa femme a fait plusieurs fausses couches. M. Ehlers a vu, dans quelques cas, les accidents secondaires manquer, alors que l'on avait pratiqué l'excision du chancre ; l'ablation du chancre atténuerait donc au moins la marche ultérieure de la syphilis.

M. MAURIAC a vu de même, quatre ou cinq fois, les accidents secondaires faire défaut, après un chancre induré typique, accompagné d'adénopathie. L'interprétation de ce fait est difficile.

M. BARTHÉLEMY rappelle, qu'au Congrès international de 1889, on a rapporté plusieurs cas semblables, lui-même en a cité un. Il semble s'agir de formes avortées de la syphilis.

M. MAURIAC. Pour ce qui est de l'influence de l'excision, dans un cas où le chancre avait été enlevé vingt-quatre heures après son apparition, des rapports ayant eu lieu avec une femme manifestement syphilitique, on vit cependant survenir l'induration. Y avait-il eu oui ou non imprégnation par la syphilis ? La réponse se fit longtemps attendre, et ce n'est qu'au bout de dix-huit mois, que l'on vit apparaître des plaques muqueuses dans la bouche. L'intoxication semblait donc atténuée. Dans un autre cas, l'induration se produisit encore, et au bout de huit à dix mois, on vit apparaître une nécrose du maxillaire. Il n'y avait pas eu de manifestations secondaires, cette fois encore. N'y a-t-il pas là la trace d'une atténuation de la gravité de l'infection syphilitique, par le fait de l'incision du chancre ?

M. BESNIER. Il faut tenir compte de ce que certains individus sont moins influencés que d'autres par la syphilis. Les animaux sont réfractaires ; il ne semble pas y avoir d'hommes réfractaires, mais certains sont peu touchés. Malgré les conditions hygiéniques les plus mauvaises, nous voyons un grand nombre de malades des hôpitaux, n'avoir que des manifestations tout à fait bénignes. Il y a donc, pour la syphilis, certains terrains moins aptes que d'autres à la germination de la graine syphilitique.

Éruption scarlatiniforme due à une faible dose d'opium. — M. FELLEN communique à la Société l'intéressante observation d'un homme vigoureux qui fut pris d'un érythème scarlatiniforme généralisé des plus intenses, après l'absorption de deux pilules qui ne renfermaient chacune que 1 centigramme d'extrait de belladone et 1 centigramme d'extrait thébaïque. L'éruption avait été attribuée tout d'abord à la belladone, mais au bout d'une quinzaine de jours, elle réapparut avec la même intensité après une nouvelle dose de 3 centigrammes d'extrait thébaïque. Il est évident que l'on doit admettre une susceptibilité personnelle toute particulière.

La prochaine séance aura lieu, le jeudi 8 janvier, à neuf heures trois quarts, à l'hôpital Saint-Louis. A. M.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans sa dernière séance, le conseil de la Faculté de médecine de Paris a décidé de modifier le système d'examen actuellement en vigueur. Les élèves, distribués par série de dix, subiraient isolément leur examen devant chacun des juges. Ceux-ci marqueraient les notes par des boules blanche, rouge ou noire. La note finale serait donnée d'après la moyenne des boules obtenues. Cette décision est soumise à l'approbation ministérielle.

— Par décision ministérielle, en date du 13 décembre 1890, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin-major de première classe Perrin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Torio, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Pascal, pour le 7e d'infanterie; Kaufmann, pour la place d'Alger.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Hazard est chargé des fonctions d'aide d'anatomie (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Focken est nommé préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. de Guerne, démissionnaire.

M. Baillet est nommé aide-préparateur de physique, en remplacement de M. Bulté, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Weill, aide de clinique.

— M. le docteur Chénieux, médecin adjoint au lycée de Limoges, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Thouvenet, démissionnaire.

M. le docteur Raymond, professeur à l'École de médecine de Limoges, est nommé médecin adjoint au lycée de Limoges, en remplacement de M. Chénieux, promu titulaire.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 145. — JEUDI 18 DÉCEMBRE 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 18 DÉCEMBRE 1890. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 16 décembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

RAPPORT

M. **FÉRÉOL**, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1890.

PRIX DE 1890

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : *Des pelades.* — Trois concurrents se sont présentés. — Il n'y a pas lieu de décerner le prix. — L'Académie accorde à titre d'encouragement : 1° 800 francs à M. le docteur Germaix, médecin-major au 132e de ligne, à Reims (Marne); 2° 200 francs à M. le docteur Clémenceau de la Loquerie, de Fontenay-le-Comte (Vendée).

Prix Alvarenga, de Piauhy [Brésil] (800 francs). — Six ouvrages ont été soumis au jugement de l'Académie. — Le prix, de la valeur de 500 francs, est décerné à M. le docteur Moura (de Paris), pour ses mémoires sur l'*Anatomie et la physiologie du larynx.* — L'Académie accorde en outre : 1° Un encouragement de 300 francs à M. le docteur Loisel, de Tergnier (Aisne), auteur d'un mémoire sur *La climatologie et la pathologie de Sainte-Marie de Madagascar*; 2° une mention honorable à M. le docteur Laffite (de Paris), pour son travail sur *Le mal de Bright et les néphrites;* 3° une mention honorable à M. le docteur Dezautière, médecin des mines, à la Machine (Nièvre), pour son ouvrage sur *Les maladies contagieuses* et ses *Recherches sur les leucorrhées.*

Prix Amussat (800 francs). — Un seul candidat s'est présenté. — Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Barbier (2200 francs). — L'Académie a reçu deux ouvrages pour ce concours. — Le prix n'est pas décerné.

Prix Henri Buignet (1500 francs). — Six concurrents se sont présentés. — L'Académie décerne le prix à M. Œchsner de Coninck, maître de conférences à la Faculté des sciences de Montpellier, pour ses *Recherches sur les bases pyridiques, sur les bases quinoléiques et sur les ptomaïnes.* — Des mentions honorables sont en outre accordées à : M. J. Gaube (du Gers), domicilié à Paris, pour ses *Fragments de chimie biologique animale et végétale*; M. le docteur Jays (de Lyon), pour son *Essai sur la mécanique de la coque oculaire.*

Prix Capuron (1000 francs). — Question : *De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier.* — Cinq mémoires ont été soumis au concours. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Joseph Schuhl, chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy.

Prix Civrieux (900 francs). — Question : *Des névrites.* — Un seul mémoire a concouru. — L'Académie décerne le prix à l'auteur de ce travail, M. le docteur L. Droz, du Locle (Suisse).

Prix Daudet (1000 francs). — Question : *De la leucémie.* — Trois mémoires, sur ce sujet, ont été soumis au jugement de l'Académie. — Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 500 francs à M. le docteur Darolles, de Provins (Seine-et-Marne); 2° 500 francs au mémoire ayant pour auteurs M. le docteur Hector Cristiani (de Genève) et Mme Anna Klasson, docteur en médecine, à Kiew (Russie).

Prix Desportes (1300 francs). — L'Académie a reçu sept ouvrages pour ce concours. — Un prix de 1000 francs est décerné à M. le docteur de Brun, médecin sanitaire à Beyrouth, pour son *Étude sur l'action thérapeutique du sulfate de cinchonidine.* — Un encouragement de 300 francs est en outre accordé à M. le docteur A. Rigolet (de Paris), pour son *Étude expérimentale sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du chlorhydrate de cocaïne.*

Prix Falret (1000 francs). — Question : *Des folies diathésiques.* — Deux mémoires ont concouru. — L'Académie décerne le prix au mémoire ayant pour auteurs MM. les docteurs H. Mabille et E. Lallement, médecins de l'asile d'aliénés de Lafond (Charente-Inférieure).

Concours Vulfranc Gerdy. — L'Académie a versé, en 1890, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 2000 francs à M. Gauly, pour son Rapport sur les eaux minérales de Salies-de-Béarn, en 1889, et sa Mission, en 1890, à Bagnères-de-Bigorre ; 2000 francs à M. Gresset, pour son Rapport sur les eaux minérales de Miers, en 1889, et sa Mission, en 1890, à Salins (Jura); 1500 francs à M. Matton, pour sa Mission à Saint-Nectaire, en 1890; 1500 francs à M. Cathelineau, pour sa Mission à Saint-Nectaire, en 1890. MM. les docteurs Boutarel et Lamarque, lauréats de l'Académie (Prix d'hydrologie), ont reçu chacun une récompense de 500 francs pour leur dernier rapport sur Dax et Hammam-Rhira.

Prix Ernest Godard (1000 francs). — Neuf ouvrages ont été soumis au concours. — L'Académie décerne : 1° un prix de la valeur de 700 francs à MM. les docteurs Kelsch et Kiener, professeurs au Val-de-Grâce, pour leur *Traité des maladies des pays chauds;* 2° une récompense de 300 francs à M. le docteur Julien Besançon (de Paris), pour son ouvrage intitulé : *D'une néphrite liée à l'aphasie artérielle;* 3° mention honorable à M. le docteur de Brun, médecin sanitaire à Beyrouth, pour son mémoire *Sur la fièvre rouge en Syrie;* 4° mention honorable à M. le docteur Eonnet, d'Auray (Morbihan), pour son mémoire intitulé : *Alcoolisme chez les jeunes femmes riches et bien élevées de nos campagnes de Bretagne ;* 5° mention honorable à M. le docteur Favié, médecin-major, pour son *Mémoire sur les complications des oreillons dans l'armée.*

Prix Herpin [de Metz] (1200 francs). — Question : *Traitement*

abortif de l'anthrax. — Quatre concurrents se sont présentés. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur J.-A. Huguenard, médecin-major au 6e hussards, à Bordeaux. — Une mention honorable est en outre accordée à M. le docteur Paul Godin, médecin-major de deuxième classe au 112e de ligne, à Antibes.

Prix de l'hygiène de l'enfance (1 200 francs). — Question : *De l'éducation des organes des sens, de la vue et de l'ouïe dans la première et la deuxième enfance.* — L'Académie a reçu trois mémoires sur ce sujet. — Le prix n'est pas décerné. — Deux récompenses sont accordées : 1° 800 francs à M. le docteur Liégard (d'Issy-sur-Seine) ; 2° 400 francs à M. le docteur Th. Cotelle, d'Angers (Maine-et-Loire).

Prix Laborie (5 000 francs). — Cinq ouvrages ont été présentés pour ce concours. — L'Académie décerne un prix de 4 000 francs à M. le docteur Jonnesco (de Paris), pour son ouvrage intitulé : *Hernies internes rétro-péritonéales.* — Un encouragement de 1 000 francs est en outre accordé à M. le docteur Delbet (de Paris), pour son travail ayant pour titre : *Du traitement des anévrysmes externes.*

Prix Laval (1 000 francs). — Le prix est décerné à M. Morestin, interne à l'hôpital Tenon.

Prix Lefèvre (1 800 francs). — Question : *De la mélancolie.* — Quatre mémoires ont concouru. — L'Académie partage le prix entre les auteurs suivants : 1° M. le docteur J. Ramadier, médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise) ; 2° M. le docteur Nicoulau, médecin adjoint de l'asile Saint-Yon (Seine-Inférieure).

Prix Meynot aîné, père et fils, de Donzère [Drôme] (2 600 francs). — L'Académie a reçu quatre ouvrages pour ce concours. — Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 1 600 francs à M. le docteur Netter (de Paris), pour ses : *Recherches bactériologiques sur les otites moyennes aiguës ; — Sur la méningite ; — Sur les abcès sous-périostiques ; — Sur les altérations de l'oreille moyenne chez les enfants*, etc. ; 2° 1 000 francs à M. L. Goguillot, professeur à l'Institution des sourds-muets, de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Comment on fait parler les sourds-muets.*

Prix Adolphe Monbinne (1 500 francs). — Cinq concurrents se sont présentés. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1° 1 000 francs à M. le docteur Paul Loye (de Paris), pour son mémoire sur *L'enseigneməut de la médecine légale en Allemagne et en Autriche-Hongrie* ; 2° 500 francs à M. le docteur Félix Lagrange, professeur à la Faculté de Bordeaux, pour son travail sur *La pathologie des Européens à Hué* (Annam).

Prix Orfila (2 000 francs). — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps, de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale ?* — L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce prix, la même question sera remise au concours en 1892.

Prix Oulmont (1 000 francs). — M. Rieffel, interne en chirurgie des hôpitaux de Paris, a obtenu le prix.

Prix Portal (800 francs). — Question : *Du mal perforant.* — Deux concurrents se sont présentés. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur H. Bernard, médecin à la Ruche, Dinard-les-Bains (Ille-et-Vilaine).

Prix Pourat (1 200 francs). — Question : *Déterminer par des expériences précises, s'il existe un ou plusieurs centres respiratoires.* — Un seul mémoire a été adressé à l'Académie. — Le prix est décerné à l'auteur de ce travail, M. le docteur H. Girard, de Genève (Suisse).

Prix Saint-Lager (1 500 francs.) — Il n'y a pas de concurrent. Le même sujet sera mis au concours pour 1893.

Prix Perron (3 800 francs). — Dix ouvrages ont été soumis au jugement de l'Académie. — Un prix de 1 000 francs est décerné à M. le docteur Roussy (de Paris), pour ses *Recherches expérimentales sur la pathogénie de la fièvre.* — L'Académie partage par parties égales entre les trois candidats suivants, le reste du prix, soit 2 800 francs, et leur accorde à chacun le titre de lauréat : 1° M. le docteur Gréhant (de Paris), pour ses *Recherches de physiologie et d'hygiène sur l'oxyde de carbone et sur l'acide cyanhydrique* ; 2° M. Gautrelet (de Paris), pour son ouvrage intitulé : *Urines. Application de l'analyse urologique à la séméiologie médicale* ; 3° M. le docteur Raphaël Blanchard (de Paris), pour son *Traité de zoologie médicale.* — Des mentions honorables sont en outre accordées à : M. le docteur Duponchel, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son *Traité de médecine légale militaire* ; M. le docteur Boinet, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, et M. Rœser, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Versailles, pour leur mémoire en collaboration intitulé : *Recherches cliniques, microbiennes et expérimentales sur la bactériothérapie.*

Prix Saint-Paul (25 000 francs). — Vingt-deux concurrents se sont présentés. — Le prix de 25 000 francs n'est pas décerné. — L'Académie accorde : 1° Un prix d'encouragement, de la valeur de 2 000 francs, à M. le docteur Gaucher (de Paris), pour ses différents travaux sur le *Traitement de l'angine diphthéritique* ; 2° Une mention honorable, avec une somme de 500 francs, à M. le docteur Gilbert, de Genève (Suisse), pour son mémoire sur le *Traitement de la diphthérie et du croup.*

Prix Stanski (1 800 francs). — Deux mémoires ont concouru. — L'Académie partage le prix entre M. le docteur Frédéric Bordas (de Paris), et M. le docteur Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son *Essai de classification des maladies contagieuses.*

Prix Vernois (700 francs). — Treize concurrents se sont présentés. — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 250 francs à M. le docteur A.-J. Martin (de Paris), pour son ouvrage intitulé : *Des épidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les lois et règlements* ; 2° 250 francs à MM. les docteurs H. Polin, médecin-major de deuxième classe au 21e régiment de dragons, et H. Labit, médecin-major de deuxième classe au 85e régiment d'infanterie, pour leur *Étude sur les empoisonnements alimentaires (microbes et ptomaïnes)* ; 3° 200 francs à M. le docteur Fernand Lagrange (de Limoges), auteur d'un travail ayant pour titre : *Physiologie des exercices du corps.* — Une mention honorable est en outre accordée à M. le docteur Ravenez, médecin-major à l'École de cavalerie de Saumur, pour son travail intitulé : *La vie du soldat au point de vue de l'hygiène.*

Eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1888 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Grimaud, médecin inspecteur à Barèges.

2° *Rappel de médaille d'or à :* M. le docteur Caulet, médecin inspecteur à Saint-Sauveur. C'est la troisième fois que l'Académie rappelle la médaille d'or de M. Caulet, dont le mérite et les travaux appellent maintenant une récompense plus haute, qu'il est du pouvoir de M. le ministre de l'Intérieur de lui accorder.

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bouloumié, médecin consultant à Vittel ; Chiais, médecin consultant à Evian ; Onimus, médecin à Nice ; Percepied, médecin consultant au Mont-Dore ; Rodet, médecin consultant à Vittel.

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bordes-Pagès, médecin consultant à Aulus ; Challan, médecin à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains ; Poncet, médecin consultant à Vichy ; Royer, médecin inspecteur à Challes.

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bordet, médecin consultant à Evian ; Chauvet, médecin consultant à Royat ; Delastre, médecin consultant à Brides-Salins ; Duhourcau et Guinier, médecins consultants à Cauterets ; Isnard, médecin inspecteur à Saint-Amand (Nord) ; Morice, médecin consultant à Néris ; Mutin, médecin de l'hôpital militaire de Bourbonne.

6° *Rappel de médaille de bronze à :* M. le docteur Bovet, médecin inspecteur à Pougues.

Épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1889 :

1° *Médailles d'or à :* MM. les docteurs Aubert, médecin-major de

première classe au 23e régiment d'infanterie, et Senut, médecin-major de première classe.

2° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bidon, médecin des hôpitaux de Marseille; Albert Boucher, médecin-major de deuxième classe au 147e régiment d'infanterie à Verdun; Brunon (de Rouen); Carlier, médecin-major de deuxième classe au 74e régiment d'infanterie; Collardot (d'Alger); Frilet, médecin-major de deuxième classe; Kelsch, médecin principal, professeur au Val-de-Grâce; Schoull, médecin-major de deuxième classe et E. Gruson, médecin aide-major de première classe; Vaysse, de Quillan (Aude).

3° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Chabenat (de La Châtre); Darolles (de Provins); Farges, professeur de clinique médicale à l'École d'Angers, avec la collaboration de M. le professeur Dezanneau; Fiessinger, d'Oyonnax (Ain); Hébert, d'Audierne (Finistère); Lacaze (de Montauban); Le Roy des Barres, de Saint-Denis (Seine); Longet, médecin de l'hôpital militaire de Givet; F. Poncet (de Cluny), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Vichy; Sollaud, médecin de première classe de la marine; Torthe, médecin-major de deuxième classe au 9e de ligne.

4° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Baudoin et Klein, médecins-majors de première classe; Gondouin, d'Argentan (Orne); Labit, médecin-major de deuxième classe; Lajoux, professeur de chimie à l'École de médecine de Reims, et M. le docteur Eugène Doyen (de Reims); E. Laurent, médecin-major de première classe; Marcos-Arruda, inspecteur de l'hygiène de San-Paulo (Brésil); Masson, médecin-major de deuxième classe au 11e bataillon d'artillerie de forteresse à Lyon; Montané, médecin-major de première classe, et Duponchel, médecin-major de deuxième classe; Mozer, médecin-major de deuxième classe; Mussat, médecin-major de première classe; J.-L. Plonquet, médecin à Ay (Marne); Rayer, des Andelys (Eure); H.-L. Robert, médecin-major de deuxième classe; Rouveyrolis (d'Aniane).

5° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs Cavaillon (de Carpentras), médecin des épidémies; Huguenard, médecin-major; Jenot, médecin des épidémies à Dercy (Aisne); Penant (de Vervins), médecin des épidémies; Tartière, médecin-major de deuxième classe.

Hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux mémoires ou travaux en dehors de la question de prix :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Ledé, de Paris;

2° *Médaille de vermeil à :* M. le docteur Rouvier, professeur à l'Ecole de médecine de Beyrouth (Syrie);

3° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Blache, inspecteur des enfants protégés à Paris; Jenot, médecin à Dercy (Aisne); Sutils, de La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne);

4° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bournet, d'Amplepuis (Rhône); Denizet, de Château-Landon (Seine-et-Marne); Mazade, inspecteur des Bouches-du-Rhône; Rollet, inspecteur des enfants assistés et protégés du département de l'Ain;

5° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. le docteur Carassus, de Milly (Seine-et-Oise); Delage, inspecteur du département de la Gironde; Thiébaut, inspecteur du département de la Meuse; Sourd, inspecteur du département de la Nièvre;

6° *Médaille de bronze à :* M. Carlier, inspecteur des enfants assistés et protégés du Pas-de-Calais;

7° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. Audoin, inspecteur du département de la Savoie; Bodard, à Tours (Indre-et-Loire); Burlet, inspecteur du département de la Drôme.

La vaccine. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder :

1° *Un prix de* 1500 *francs* à partager également entre MM. les docteurs Ernest Blaise, Paul Gouzien et Martial Hublé.

2° *Quatre médailles d'or à :* MM. les docteurs Amat, médecin-major de deuxième classe au 81e régiment d'infanterie, à Rodez (Aveyron); Dicquemare, médecin aide-major de première classe à l'hôpital de Constantine (Algérie); Octave Dupard, médecin aide-major de première classe au 3e régiment de spahis à Souk-Ahras, département de Constantine (Algérie); Adrien Schmit, médecin-major au 2e escadron du train des équipages, à Versailles (Seine-et-Oise).

3° *Cent médailles d'argent à :* MM. les docteurs Adhéran (d'Annonay); Arragon (H.), médecin aide-major de première classe; Aucopt (de Doyet); Aymé (de Requista); Barmy (de Saint-Guillem-le-Désert); Berthier, médecin-major; Blé (de la Roche-sur-Yon); Boixo (de Prades); Bompard (d'Embrun); Bouchard (de Saumur); Bouteloup (d'Orléansville); Brou-Duclaud, médecin de première classe de la marine; Carlier, médecin-major; Carpentier-Méricourt (de Paris); Carton, médecin aide-major de première classe; Cassan (de Banyuls-sur-Mer); Caudesaignes (de Puylaroque); Cayre (de Requista); Chabaud (de Jaujac); Charier (Léon) médecin-major de première classe; Charier (de Thouan); Chonnaux-Dubisson (de Villers-Bocage); Ciando (de Nice); Collin (L.), médecin-major de deuxième classe; Courrent (de Tuchan); Courtaud (d'Ourouer); Courtois, médecin-major; Crimail (de Nantes); Delamare (P.-M.), médecin-major; de Welling (de Rouen); Dornier, médecin-major de première classe; Duvernet (de Paris); Edelmann (de Pantin); Famechon, médecin-major de deuxième classe; Gellie (de Bordeaux); Genoud (de Thonon); Gerbault, médecin-major de première classe; Guyot (d'Andelot); Huguenard, médecin-major; Jacquot (de Montataire); Jaubert (de Michelet); Jay (de Paris); Lajarde (de Montauban); Laisney (de Coutances); Lardier (de Rambervillers); Launay (du Havre); Laurent, médecin-major de première classe; Legad (du Havre); Lieutaud (d'Angers); Liron, médecin-major de deuxième classe; Loevel, médecin-major de première classe; Maltrait (de Saint-Bonnet-le-Château); Mangenot (de Paris); Mareschal, médecin-major de première classe; Marfan (de Castelnaudary); Maze (du Havre); Moinel, médecin-major de deuxième classe; Mouchet (de Vannes); Pascalis (de Paris); Pernet (de Rambervillers); Perronnet (de Cherchell); Putel (de Neuilly-sur-Seine); Raoult (de Rostrenen); Rivet, médecin-major de première classe; Romain (de Valence); Soulages (de Decazeville); Thelliez (de Tonneins); Tourneux (de Thiel); Vaysse (de Quillan); Viéron, médecin aide-major de deuxième classe.

MM. les officiers de santé Berjoan (de Vinça); Frouin (de Saint-Nicolas); Joly (de Neufchâtel); Massina (de Boulon); Plonquet (d'Ay).

MM. les vétérinaires Baillet (de Bordeaux); Bérard (d'Augoulême); Pourquier (de Montpellier).

Mmes les sages-femmes Allaire (de la Roche-sur-Yon); Baudoin (de Vannes); Belloque (de Pontivy); Bisson (de Lisieux); Bonnot (de Narbonne); Bories (de Mazamet); Dansemme (de Saint-Lô); Gassin (de Toulon); Gaucher (de Vierzon); Gauthier (de Bourges); Josso (de Pontivy); Lafitte (de Salies-de-Béarn); Le Bloaz (de Rostrenen); Le Corre (d'Antony); Léger (de Charrost); Masset (de Bondy); Naizin (de Vannes); Odelin (de Rostrenen); Pagot, née Charbonneau (de Saint-Hilaire-de-Riez); Tarraube (de Tonneins), Veyssier (de Chambon), Vincent (de Pradelles).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1891

(Les Concours seront clos fin février 1891.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De la part de l'air dans la transmission de la fièvre typhoïde.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Barbier. — 2500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer,

l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buignet. — 1 500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1 500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3 000 francs sera partagée en deux prix de 1 500 francs chacun.

Prix Capuron. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *De l'action des eaux salines sur les fibromes utérins.*

Prix Civrieux. — 900 francs. (Annuel.) — Question : *Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés.*

Prix Daudet. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *Du traitement chirurgical du goitre et de ses conséquences immédiates ou éloignées.*

Prix Desportes. — 1 500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir, près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger, des élèves en médecine nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie de médecine, 49, rue des Saint-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1891. Un exemplaire du règlement du concours Vulfranc Gerdy est déposé dans toutes les Facultés et Écoles de médecine et de pharmacie. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1892. — Une somme de 1 500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1 000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *Déterminer quels sont, dans l'allaitement artificiel des enfants du premier âge, la valeur et les effets, soit du lait cru et tiédi au bain-marie, soit du lait bouilli.*

Prix Itard. — 2 700 francs. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie. — 5 000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Laval. — 1 000 francs. (Annuel.) — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. — Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère [Drôme]. — 2 600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. — 1 500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1 500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Nativelle. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont. — 1 000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (médecine).

Prix Portal. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des érysipèles.*

Prix Pourat. — 1 200 francs. (Annuel.) — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

Prix Vernois — 700 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1892

(Les Concours seront clos fin février 1892.)

Prix de l'Académie. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.*

Prix Alvarenga, de Piauhy [Brésil]. — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1347.)

Prix Amussat. — 800 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Barbier. — 2 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1347.)

Prix Henri Buignet. — 1 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1348.)

Prix Adrien Buisson. — 9 000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *De la phlegmatia alba dolens au point de vue obstétrical.*

Prix Civrieux. — 900 francs. (Annuel.) — Question : *Établir, par des recherches cliniques et anatomo-pathologiques, la nature des pseudo-paralysies saturnine et alcoolique.*

Prix Daudet. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *Leucoplasie buccale.*

Prix Desportes. — 1 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1348.)

Prix Falret. — 1 000 francs. (Bisannuel.) — Question : *Accidents nerveux de l'urémie.*

Prix Ernest Godard. — 1 000 francs. — (Voir plus haut, p. 1348.)

Prix Huguier. — 3 000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Laborie. — 5 000 francs. — (Voir plus haut, p. 1348.)

Prix Laval. — 1 000 francs. — (Voir plus haut, p. 1348.)

Prix Louis. — 5 000 francs. (Triennal.) — Question : *De l'eau froide dans le traitement de la fièvre typhoïde.*

Prix Mège. — 900 francs. (Triennal.) — Question : *Des saignées locales.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère [Drôme]. — 2 600 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. — 1 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1348.)

Prix Nativelle. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1348.)

Prix Orfila. — 4 000 francs. (Bisannuel.) — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps, de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale ?*

Prix Oulmont. — 1 000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (chirurgie).

Prix Pourat. — 1 200 francs. (Annuel.) — Question : *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.*

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique du corps thyroïde.*

PRIX STANSKI. — 1 800 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. — Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque, relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1348.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1893

(Les concours seront clos fin février 1893.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *Des origines et des modes de transmission des cancers.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1347.)

PRIX D'ARGENTEUIL. — 6 800 francs. (Sexennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des voies urinaires.

PRIX BARBIER. — 2 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1347.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1348.)

PRIX CAPURON. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *De l'influence des maladies de la mère sur le fœtus et, réciproquement, de l'influence des maladies du fœtus sur l'état de santé de la mère.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Des troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde.*

PRIX DAUDET. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *Des parotidites.*

PRIX DESPORTES. — 1 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1348.)

PRIX ERNEST GODARD. — 1 000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX LABORIE. — 5 000 francs. — (Voir plus haut, p. 1348.)

PRIX LAVAL. — 1 000 francs. — (Voir plus haut, p. 1348.)

PRIX LEFÈVRE — 1 800 francs. (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2 600 francs. — (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1348.)

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1348.)

PRIX OULMONT. — 1 000 francs. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (médecine).

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Les luxations congénitales de la hanche.*

PRIX POURAT. — 900 francs. (Annuel.) — Question : *Déterminer, à l'aide de l'expérimentation et de la physiologie pathologique, le rôle du pancréas dans la glycogénie et la glycosurie diabétique.*

PRIX SAINT-LAGER. — 1 500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1 500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

PRIX TREMBLAY. — 7 200 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur les maladies des voies urinaires, catarrhe, affections de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1348.)

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis aux concours, à l'exception des prix Buignet et Huguier.

Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Alvarenga, Buisson, Amussat, d'Argenteuil, Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Huguier, Itard, Laborie, Meynot, Monbinne, Nativelle, Perron, Saint-Paul, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés et instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne sont pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

ÉLOGE

M. BERGERON, secrétaire perpétuel, prononce l'éloge de M. Chauffard.

La séance est levée.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des engelures. — M. Brocq recommande un certain nombre de formules contre cette affection si désagréable occasionnée par les premiers froids.

Voici quelle doit être la marche du traitement, qui est le traitement de M. Besnier, le dermatologiste si connu de l'hôpital Saint-Louis :

1° Baigner les mains dans une décoction de feuilles de noyer. Essuyer ;

2° Frictionner à l'alcool camphré ;

3° Saupoudrer avec la poudre au salicylate de bismuth ;

4° Pour calmer les démangeaisons du soir, lorsqu'elles sont trop vives, frictionner avec :

Glycérine	} *ãã*	5 grammes.
Eau de roses		
Tannin		1 —

Puis poudrer avec la poudre au salicylate de bismuth.

5° Si elles sont ulcérées, les envelopper avec des feuilles de noyer ramollies dans l'eau chaude. Si l'on échoue, on aura recours aux diverses préparations ci-dessous dans l'ordre où elles sont indiquées :

1° *Lotions.* — Quand les engelures ne sont point ulcérées, après avoir lavé les mains, ou sans les avoir lavées, on frictionne légèrement les parties malades avec une des préparations suivantes :

a. *Alcool camphré.* — Puis on saupoudre avec :

Amidon.	90 grammes.
Salicylate de bismuth	10 —

b. *Mélange de Liebreich :*

Alun.	} *ãã*	5 grammes.
Borax		

A faire dissoudre dans 300 grammes d'eau de roses.

c. Solution de *nitrate d'argent* à 1/150e.

d. Mélange au quart d'eau de cannelle et d'eau distillée.

e. Mélange excitant composé de :

Alcool camphré	50 grammes.
Alcoolat de Fioraventi	25 —
Teinture de cantharides	2 à 5 —

Pour les engelures ulcérées, on emploie soit l'alcool camphré,

soit le vin aromatique, soit la liqueur de Van Swieten, soit une solution faible de chlorure de sodium et de chlorure de chaux.

2° *Pommades.* — Oindre une, deux ou trois fois par jour, les parties malades avec une des préparations suivantes :

a.	Borax		5 grammes.
	Onguent simple		250 —

M. S. A.

b.	Alun calciné		2gr50
	Axonge		15 grammes.
	Pommade rosat		2 —
	Iodure de potassium		1 —
	Laudanum de Rousseau		1gr50

M. S. A.

c.	Graisse de bœuf	ãã	25 grammes.
	Graisse de porc		
	Oxyde noir de fer	ãã	3 —
	Essence de térébenthine		
	Essence de bergamote		20 centigr.

M. S. A.

d.	Térébenthine	ãã	10 grammes.
	Cire jaune		
	Pétrole		

M. S. A.

e.	Acide phénique		1 gramme.
	Iode pur	ãã	2 —
	Tannin pur		
	Cérat		50 à 30 gr.

M. S. A.

On ne peut guère se servir, pour la figure, de préparations au nitrate d'argent ou à l'iode. On prescrit alors une des deux premières formules ou de la pommade à l'oxyde de zinc additionnée d'un peu d'acide phénique et de quelques gouttes d'essence de lavande.

On a recommandé pour les engelures l'onguent Canet, l'onguent styrax, le *liniment oléo-calcaire* (excellent surtout si l'on y ajoute 1/100e ou 1/20e d'acide phénique), enfin les deux pommades suivantes :

a.	Axonge		15 grammes.
	Lycopode	ãã	50 centigr.
	Tannin		

M. S. A.

b.	Acide borique		1 gramme.
	Chlorhydrate de morphine		10 centigr.
	Oxyde de zinc pulvérisé		1 gramme.
	Vaseline pure		15 grammes.

3° *Collodions et emplâtres.* — Contre les engelures *non ulcérées*, on a employé le collodion simple (Vidal), un collodion renfermant 1/40e d'iode métalloïdique (Billroth), un collodion renfermant 1/20e d'iodoforme.

Pour les *engelures ulcérées*, on se sert de l'emplâtre à l'oxyde de zinc d'Unna ou de l'emplâtre rouge de M. Vidal.

Mélange anesthésique. — Les *Nouveaux Remèdes* donnent, d'après le docteur Dobisch, la formule suivante d'un mélange anesthésique :

Chloroforme	10 grammes.
Éther	15 —
Menthol	1 —

Il suffirait de pulvériser ce liquide pendant une minute sur la peau des régions qui doivent être le siège d'une opération. L'anesthésie obtenue persiste de deux à six minutes.

Traitement abortif de l'herpès. — Le traitement de l'herpès au début a souvent préoccupé les praticiens. Le retour périodique et, souvent, en un siège toujours le même de vésicules d'herpès, fort douloureuses et toujours gênantes, ont fait chercher bien des traitements. Le professeur Leloir (de Lille) préconise l'alcool résorciné, thymolé ou mentholé.

Alcool à 90 degrés	100 grammes.
Résorcine	2 —

ou bien :

Alcool à 60 degrés	100 grammes.
Menthol	1 —

Si la douleur est très vive, ce sera à la formule suivante qu'il conviendra d'avoir recours :

Alcool à 90 degrés	100 grammes.
Hydrochlorate de cocaïne	1 —
Extrait de cannabis indica	10 —
Essence de menthe	10 —

Un peu de gaze, trempée dans l'un de ces liquides, sera maintenue sur la région malade, après avoir été recouverte d'un taffetas imperméable.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Lyon. — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Rollet, prosecteur.

Sont nommés aides d'anatomie : MM. Fabre, en remplacement de M. Curtillet, appelé à d'autres fonctions; Destot, en remplacement de M. Adenot, appelé à d'autres fonctions; Villard (emploi nouveau).

— *École de médecine d'Angers.* — M. le docteur Charier est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Bolot, suppléant des chaires d'anatomie et de physique, est chargé d'un cours de physique pendant la durée du congé accordé à M. Charbonnel-Salle.

— *École de médecine de Caen.* — M. Demerliac est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Buffer-Delmas est nommé professeur d'anatomie.

— *École de médecine de Reims.* — M. le docteur Pozzi est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le docteur Cerné est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Duménil, décédé.

— M. le docteur Lamarque, médecin sanitaire commissionné à bord du paquebot le *Sidney*, des Messageries maritimes, vient de recevoir une médaille de bronze, par arrêté ministériel : — « A prodigué ses soins à un passager atteint de choléra, dans la traversée de Shangh-Haï à Marseille et a empêché la propagation de la maladie par des mesures d'isolement et de désinfection. »

— Le *New-York Herald* a interrogé successivement Virchow et Bergmann ; il leur a demandé leur opinion sincère sur la valeur curative et diagnostique de la lymphe de Koch.

Virchow lui a répondu que la lymphe lui paraissait constituer un réactif très curieux mais non absolu de la tuberculose; mais qu'il faisait les réserves les plus grandes sur sa valeur thérapeutique. Il s'étonne que les médecins se soient empressés avec une ardeur si grande d'injecter aux malades une substance incomplètement expérimentée. Pour notre part, nous n'avons pas dit autre chose.

Bergmann qui, comme on le sait, a été un des premiers à employer le procédé de Koch dans la tuberculose externe, et cela d'une façon que l'on peut qualifier d'officielle, a déclaré que, sur

20 lupus ainsi traités, 5 peuvent être considérés comme complètement guéris, autant du moins qu'il est possible d'en juger. Il a obtenu également de très bons effets dans la tuberculose ganglionnaire. Il cite un cas dans lequel, par l'exploration digitale, on ne pouvait retrouver des ganglions autrefois volumineux.

Dans la tuberculose osseuse et articulaire, au contraire, il avoue n'avoir obtenu aucun résultat. La réaction locale disparue, les malades se sont trouvés au même point qu'avant.

— M. le professeur Lannelongue fera des conférences suivies d'exercices cliniques tous les mercredis, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 146. — SAMEDI 20 DÉCEMBRE 1890. 63e ANNÉE. SAMEDI 20 DÉCEMBRE 1890. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Pathogénie et traitement de la scoliose.

Par G. PHOCAS,
Professeur agrégé à la Faculté de Lille.

I

Affection fréquente [puisqu'elle se présente 700 fois sur 1000 affections orthopédiques (Langaard)], la scoliose, connue dès la plus haute antiquité, a eu le privilège de personnifier, pour ainsi dire, l'orthopédie tout entière. Nous n'avons nullement l'intention de passer en revue les divers traitements proposés contre cette difformité. Qu'il nous suffise de constater que ces traitements ont été, la plupart du temps, suggérés par l'idée pathogénique qu'on se faisait de l'affection. La multiplicité des moyens employés a nui à leur réputation et les chirurgiens, de guerre lasse, ont failli désarmer et se déclarer impuissants à enrayer le développement et la marche de la maladie.

Ce pessimisme exagéré se rencontre encore aujourd'hui, parmi certains orthopédistes. Cependant, grâce aux travaux modernes, on a fini par se mettre à peu près d'accord sur la pathogénie de la scoliose ; en même temps que le traitement préconisé par Sayre remettait sur le tapis la question de sa curabilité.

Exposer les idées actuelles sur la nature et le traitement de la scoliose, tel est le but de cette Revue.

II

La scoliose consiste dans une déviation latérale permanente de la totalité ou d'un segment de la colonne vertébrale, déviation qui se caractérise par une torsion, avec flexion du rachis, et qui entraîne, à sa suite, des difformités sterno-costales ou pelviennes. Ainsi définie, la scoliose se rencontre dans une foule de circonstances et ne présente, dès lors, aucune homogénéité pathogénique. C'est une scoliose, la difformité que la mère de famille aperçoit, la première, chez sa fille âgée de dix à quatorze ans, au moment de la fréquentation de l'école. Cette difformité est survenue silencieusement, sans cause apparente, et ne provoque aucun trouble de l'état général. Mais c'est une scoliose aussi, celle qu'on constate chez l'enfant vers la deuxième année de la vie et qui s'accompagne de tous les signes du rachitisme. C'en est une, celle qu'on découvre par hasard, au milieu du complexus symptomatique de la coxalgie, du pied-bot, du genu valgum. La difformité a les mêmes caractères apparents dans l'inégal développement des membres, dans les pleurésies, dans les sciatiques, et même dans l'acromégalie.

Il est évident que la difformité, qui peut survenir au milieu de circonstances si diverses, ne peut avoir une pathogénie identique, et sous peine de tomber dans la plus grande confusion ou de passer à côté des faits intéressants, on est bien forcé d'admettre que la scoliose reconnaît des causes variées et se présente sous des aspects dissemblables.

Et comment n'en serait-il pas ainsi pour une difformité qui atteint le rachis et le thorax, c'est-à-dire des organes dans la composition desquels entrent à peu près tous les tissus de l'économie ?

Pour étudier avec fruit la pathogénie et le traitement de la scoliose, il est donc urgent de reconnaître la multiplicité de l'affection et d'en donner une classification. Il nous sera alors relativement plus facile d'aborder l'étude de chacune des variétés.

On a donné des scolioses plusieurs classifications. Celle de Vogt, acceptée par M. Baudry dans sa thèse d'agrégation (1), est la suivante : la scoliose est congénitale ou acquise. Cette dernière comprend la scoliose traumatique inflammatoire, et la scoliose due à la pesanteur. Dans cette dernière variété, Vogt fait rentrer les variétés suivantes : 1° scoliose rachitique ; 2° scoliose habituelle (de l'adolescence) ; 3° scoliose professionnelle (de l'adulte).

Schreiber divise les scolioses, d'après leur étiologie, en congénitales, rachitiques, habituelles, statiques, professionnelles et pathologiques.

Sans avoir la prétention de donner une meilleure classification, nous nous conformerons à la suivante, qui nous paraît plus commode pour étudier la pathogénie et le traitement des scolioses.

Nous diviserons donc les scolioses en trois groupes : 1° scoliose habituelle ; 2° scoliose statique ; 3° scolioses pathologiques. Nous ne parlerons plus de la scoliose congénitale, qui est une rareté pathologique.

(1) BAUDRY. *Traitement de la scoliose*, 1883, et *Gazette des hôpitaux*, 1884, n° 15.

La scoliose habituelle présente un certain nombre de variétés, dont les caractères se tirent surtout du siège initial de la maladie, c'est ainsi qu'il existe une scoliose dorsale droite, une lombaire initiale gauche, etc. Ces variétés ne nous intéressent pas au point de vue pathogénique. Mais nous aurons à en tenir compte, quand nous aborderons l'étude du traitement.

Les scolioses statiques et les scolioses pathologiques présentent, au contraire, un grand nombre de variétés, dont nous reparlerons en temps et lieu.

III

On entend par scoliose habituelle la déformation latérale du rachis, qui survient au moment de la fréquentation de l'école, chez les jeunes filles en général, et qui est caractérisée par une courbure dorsale, à concavité gauche, accompagnée, précédée ou suivie d'autres courbures dans les régions cervicale et lombaire.

La pathogénie de la scoliose habituelle, après avoir été le sujet de vives controverses parmi les pathologistes, est, aujourd'hui, à peu près universellement comprise de la façon suivante : à l'âge de douze à quatorze ans, le travail ostéogénique bat son plein. C'est l'époque où l'on assiste, selon l'heureuse expression de Vogt, « à cette transformation des enfants en adolescents élancés et en sveltes jeunes filles ». Ce travail d'ostéogénèse est particulièrement actif au niveau des cartilages de conjugaison. Les vertèbres se développent et s'ossifient selon les mêmes lois que les autres os du squelette (1).

Une influence perturbatrice vient-elle à entraver, modifier ou accélérer ce travail sur un point donné du squelette, elle sera suffisante pour déterminer une modification dans la forme, le volume ou la direction de l'os. Dans le cas particulier, c'est au niveau de la colonne vertébrale que cette modification doit se passer. Et l'influence perturbatrice par excellence, à cet âge, est l'action de la pesanteur. La pesanteur agit sur la colonne vertébrale pendant la station assise ou debout. Elle agit d'autant mieux que les forces qui doivent contrebalancer son action sont moins considérables. Ces forces sont l'action ligamenteuse et musculaire. Plus les muscles seront puissants et moins grande sera l'action de la pesanteur sur les vertèbres. Avec des ligaments proportionnés et puissants, l'action de la pesanteur est annihilée.

La faiblesse ligamenteuse et musculaire est donc un facteur important de la production de la scoliose, en laissant le champ libre à l'action de la pesanteur. Cette dernière force, elle-même, peut être inégalement répartie et faire sentir son action d'un côté plutôt que de l'autre, surchargeant ainsi de poids un côté de la colonne vertébrale et allégeant d'autant le côté opposé.

Il faut donc supposer une inégale répartition de la pesanteur agissant sur une colonne vertébrale en voie de développement et privée du plein exercice de ses tuteurs naturels, les ligaments et les muscles. Pour mettre en évidence la part considérable que ces deux facteurs prennent dans le développement de la difformité, les arguments abondent.

Et d'abord, nous n'aurons pas besoin d'insister longuement pour faire ressortir ce fait de la coïncidence fréquente du début de la scoliose avec le plus grand accroissement du squelette. Tous les auteurs sont d'accord pour placer le début de la scoliose vers l'âge de dix à dix-huit ans. D'après les relevés de Ketsch (1), la moitié des scolioses (et il compte les scolioses en général) se sont développées à cet âge. C'est généralement de dix à quatorze ans, dit M. de Saint-Germain, que la mère de famille s'aperçoit, chez sa fille, du début de la scoliose. Et ce fait est si classique qu'on a pu dire que la scoliose est une maladie de l'adolescence, offrant plus d'une analogie avec les autres affections de cet âge, le genu valgum, l'ongle incarné, l'exostose sous-unguéale (Gosselin, Tillaux).

Le défaut d'énergie des ligaments et des muscles trouve des preuves nombreuses dans les circonstances au milieu desquelles apparaît la scoliose. Il est incontestable que les filles y sont beaucoup plus exposées que les garçons. Les relevés de Drachmann prouvent le fait par la statistique. Cet auteur a compté, dans ces dernières années, sur 1308 scoliotiques, 1221 filles (92,35 p. 100) sur 87 garçons (2). Kœlliker (3), pour 577 filles scoliotiques, ne compte que 144 garçons. Sur un nombre considérable de sujets que M. Tillaux a examinés, c'est à peine s'il compte quelques garçons (4). Or, si la scoliose atteint avec tant de persévérance les filles et épargne si souvent les garçons, n'est-ce pas là une présomption sérieuse en faveur du rôle exercé par la faiblesse des ligaments et des muscles dans le développement de la maladie ? Les filles, avec leurs habitudes sédentaires, sont sujettes, vers l'âge de quatorze à quinze ans, aux troubles menstruels, à la chlorose, à l'anémie, conditions éminemment favorables à la faiblesse du système ligamenteux et musculaire. Il faut ajouter que la scoliose est une maladie inconnue chez les peuples non civilisés, qu'elle a élu domicile dans les grands centres, à Paris, à Lyon, et que les jeunes filles de la classe aisée sont plus fréquemment atteintes que celles de la classe pauvre. Ces considérations ont tellement frappé Malgaigne, que cet auteur a soutenu, comme théorie générale de la scoliose, la faiblesse des ligaments. Delpech a été plus loin en admettant une maladie primitive des disques inter-vertébraux.

M. Panas (5) a remarqué (et cette remarque fut faite plus tard par Volkmann) que les jeunes filles qui offraient une forte cambrure lombaire, étaient plus exposées à la scoliose que celles dont le rachis se rapprochait de la verticale. Duchenne (de Boulogne) a établi, d'autre part, que cette cambrure lombaire tient à une faiblesse originelle des muscles fléchisseurs du tronc, muscles droits et obliques de l'abdomen. Et ne peut-on pas interpréter, à l'instar de M. Dally, par une faiblesse originelle dans les moyens d'union, l'influence manifeste qu'exerce l'hérédité sur le développement de la scoliose? On sait que M. de Saint-

(1) D'après M. Bouchard (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. RACHIS), les deux faces des corps vertébraux présentent toujours, à partir de quatorze à quinze ans, des points osseux complémentaires sous forme de lames minces, qui ne se soudent aux corps des vertèbres que lorsque l'accroissement de la colonne est complètement terminé, de vingt à vingt-cinq ans.

(1) KETSCH. *New-York Med. Record.*, avril 1886.

(2) DRACHMANN. Mechanik und statist. der Skol., *Berl. Klin. Wochens.*, 1885.

(3) KŒLLIKER. *Centralbl. f. Chir.*, 1886.

(4) TILLAUX. *Traité de chirurgie clinique*, t. I, p. 414.

(5) PANAS. *Dictionnaire pratique*, art. ORTHOPÉDIE. — Schulthess [de Zurich] (*Centralbl. f. Orth. Chir.*, septembre-octobre, et *Revue d'orthopédie*, 1890, nº 2) a démontré que la scoliose se rencontre le plus souvent avec une mauvaise conformation des deux courbures physiologiques du rachis.

Germain considère l'hérédité comme une cause presque constante, mais peu avouée de la maladie. On trouverait l'hérédité 25 fois sur 100, d'après les relevés d'Eulenburg, qui a recherché cette cause sur 1000 cas de scoliose. Elle existerait dans la moitié des cas, selon Vogt. Elle serait constante, selon MM. Bouvier et Boulland, Dally et d'autres.

Cette faiblesse ligamenteuse et musculaire peut donc être originelle ou acquise. Elle peut être le résultat des habitudes sédentaires et des défauts d'hygiène, parmi lesquels nous signalerons tout particulièrement les écarts de régime dans l'alimentation et la fâcheuse influence de certains habillements (corset). Nous avons déjà parlé de l'anémie et des maladies générales, comme causes débilitantes pouvant concourir au même résultat.

Mais indépendamment de toutes les causes précitées, les ligaments et les muscles peuvent se trouver insuffisants pour une colonne vertébrale osseuse, développée rapidement. Et la croissance rapide est notée dans la grande majorité des scolioses habituelles.

Nous croyons avoir assez dit pour montrer que l'insuffisance ou la faiblesse musculaire sont des facteurs importants dans la pathogénie de la scoliose. La colonne vertébrale osseuse est livrée, jusqu'à un certain point, à la pesanteur. Il nous reste à étudier le rôle de cette force physique dans la production de la difformité.

Un fait qui a particulièrement frappé les observateurs modernes est la coïncidence constante de l'apparition de la scoliose avec le moment de la fréquentation de l'école. Bouvier avait déjà reconnu l'importance des mauvaises attitudes que se donnent les jeunes filles en écrivant ou en faisant de la musique dans le développement de la scoliose. Plus tard, au dire de M. de Saint-Germain, le même auteur aurait renoncé à accuser le piano, le dessin ou l'écriture. Cependant les travaux de M. Dally, en France, ceux de Lorenz, Shenk et des autres orthopédistes modernes tendent, de plus en plus, à attribuer, à ces mauvaises attitudes, la part prépondérante dans le développement de cette difformité.

On connaît les travaux de M. Dally. Pour cet auteur, la station uni-fessière gauche est fréquente. Dans cette position, l'écolier a le tronc incliné à gauche, le coude et l'avant-bras gauches posés transversalement sur la table, et il repose sur la fesse gauche, en avançant le pied du même côté. Le hancher unilatéral droit serait aussi fréquent, selon M. Dally, que la station uni-fessière gauche, et les deux attitudes tendraient à produire la scoliose à convexité gauche. Mais il faut remarquer que cette scoliose n'est pas celle qu'on rencontre d'habitude. Aussi, pour expliquer la scoliose habituelle, à convexité droite, on a incriminé la position que prennent certains écoliers en écrivant et qui consiste à avancer l'épaule droite, l'avant-bras droit appuyant sur la table, tandis qu'à gauche, la main ou seulement les doigts touchent la table. Les recherches les plus récentes sur ce sujet sont celles de Shenk. Cet auteur, à l'aide d'un appareil spécial, a déterminé la position que prennent, pour écrire, 200 enfants, et trouva que 160 d'entre eux présentaient une inclinaison du corps à gauche, relativement au bassin ; le poids du corps appuyait sur le coude et le bras gauche, en produisant ainsi une scoliose totale convexe à gauche ; 34 enfants inclinaient la partie supérieure du corps à droite, mais pour laisser libre l'avant-bras droit, ils tournaient à gauche et présentaient une scoliose habituelle avec la courbe dorsale habituelle à droite, très marquée ; 6 enfants, seulement, ne présentaient aucune inclinaison latérale en écrivant. Chez tous, sauf sur 38, le bassin n'était pas parallèle au bord de la table, mais situé obliquement (1).

Il faut avouer que, tout en reconnaissant, à ces attitudes vicieuses, une part considérable dans le développement de la scoliose, on ne peut les accuser de produire entièrement la maladie, puisque les déviations scolaires, les plus fréquentes, devraient produire des scolioses à convexité dorsale gauche, et, dans la pratique, les scolioses dorsales à convexité droite sont, au contraire, les plus fréquentes. Qu'il nous soit permis de citer, à ce propos, une seconde fois, la statistique de Drachmann qui, sur 1308 scolioses, trouve 553 courbures dorsales convexes à droite et 624 courbures lombaires convexes à gauche. Que cette dernière courbure soit souvent primitive, comme le veulent Lorenz (2) et d'autres, ou secondaire à la courbure dorsale, comme on l'a cru jusqu'ici, le fait de la plus grande fréquence des scolioses, dans le sens contraire aux déviations scolaires les plus communes, ne persiste pas moins. Mais ce fait, loin d'aller à l'encontre de la théorie, ne fait que la rendre plus acceptable (3). On s'explique ainsi pourquoi les scolioses vraies sont relativement rares, tandis que les déviations scolaires momentanées sont extrêmement fréquentes. Elles résultent non seulement de la défectuosité des bancs-pupitres, mais aussi de l'habitude de l'écriture *dite anglaise*, par laquelle on doit, en même temps que l'on écrit penché, tenir le papier droit. Alors, en effet, le corps se penche, parce qu'il se place en face de l'écriture, de façon à avoir les jambages perpendiculaires à son axe transversal.

Du reste, il suffit de faire écrire quelques mots à un sujet scoliotique, pour se convaincre de l'importance que les attitudes vicieuses, contractées à l'école, ont dû exercer sur le développement de son affection. On voit alors que le scoliotique incline fortement sa tête sur l'une des épaules, en la couchant, en quelque sorte, sur son bras, et qu'il fait subir au tronc une inflexion latérale considérable. Cette inflexion finit par devenir permanente (Tillaux).

La fréquentation de l'école oblige aussi à une station constante et prolongée et prive souvent les enfants d'exercice. L'action de la pesanteur de la colonne vertébrale s'exerce donc, tout particulièrement, pendant ce temps, et elle se fait sentir, d'une façon inégale, sur les deux moitiés de la colonne, par suite des attitudes vicieuses du tronc.

Sous l'influence de ces causes, la colonne vertébrale s'infléchit et subit un mouvement de torsion qui s'effectue pour chaque vertèbre au niveau du pédicule, de telle sorte que l'apophyse épineuse ne subit pas un mouvement en sens inverse de celui du corps. Bien des théories ont été invoquées pour expliquer cette torsion des vertèbres. La théorie la plus accréditée fut celle que MM. Pelletan et Bouvier ont adoptée en France, d'après Swayerman, et qui fut démontrée par Judson en Angleterre. Selon cette théorie, la torsion est la conséquence de la flexion latérale. Les corps vertébraux étant moins solidement unis entre eux, sous l'influence de la pression de haut en bas, ont une tendance à s'énucléer pour ainsi dire, et comme ce mouvement ne

(1) Shenk. *Centralbl. f. Orth. Chir.*, 1884, p. 63.
(2) Lorenz. *Pathogénie et traitement de la scoliose*, Vienne 1886.
(3) Ce fait pourrait être invoqué en faveur de la théorie de M. Kirmisson (voyez plus loin).

peut s'accomplir, ils subissent un mouvement de torsion par rapport au reste de la vertèbre. D'après Lorenz, au contraire, la torsion des vertèbres est le résultat d'un trouble d'ostéogénie au niveau du pédicule de la vertèbre (1).

Du reste, on n'a jamais trouvé des véritables altérations des ligaments et des muscles, et on a noté par contre (Volkmann, Lorenz) une disposition particulièrement oblique des fibres osseuses dans le sens de la convexité de la courbe, preuve évidente de la participation des vertèbres dans l'origine de l'affection.

Reste à savoir pourquoi la scoliose habituelle est presque toujours convexe à droite. Indépendamment de l'influence des attitudes scolaires, sur lesquelles nous avons suffisamment insisté, on peut s'expliquer cette direction de la courbe par une sorte d'exagération de la courbure physiologique de la colonne vertébrale. On sait qu'à l'état normal il existe toujours une courbure convexe à droite au niveau de la région dorsale de la colonne vertébrale. Cette courbure a été expliquée par la prédominance du côté droit du corps (Bichat, Béclard); ou par la présence de l'aorte du côté gauche (Sabatier, Cruveilhier, etc.). Albrecht [de Hambourg (2)] admet aussi cette dernière cause. Pour cet auteur, l'extrémité supérieure droite du fœtus est mieux irriguée que la gauche; il suit de là que le système musculaire est plus faible à gauche qu'à droite. Chez les oiseaux, où la disposition des arcs aortiques et des vaisseaux est exactement l'inverse de ce qui existe chez l'homme, on voit la scoliose normale se produire du côté gauche.

La pathogénie de la scoliose habituelle, telle que nous venons de l'exposer, est admise par la grande majorité des auteurs. Nous ne ferons que signaler la théorie *musculaire* de J. Guérin, qui attribuait à la contracture musculaire les scolioses habituelles. On n'a jamais constaté en clinique la contracture des muscles, au moins dans cette scoliose. La théorie ne peut convenir que dans certaines scolioses déterminées, dont nous aurons à nous occuper. Il en est de même de la théorie de Sayre, qui attribue la torsion des vertèbres à l'action du grand dentelé. La théorie musculaire a été défendue, du reste, anciennement, par Méry et Morgagni. Shaw, Pravaz, Delpech et Eulenburg l'ont soutenue. Elle a conduit ses partisans à un traitement universellement rejeté, la myotomie. Plus près de nous, la théorie musculaire a eu un appoint sérieux dans les succès obtenus à l'aide de la gymnastique et du massage. La faiblesse musculaire existe certainement dans la scoliose, ce qui explique le succès de ces pratiques; mais cette faiblesse musculaire n'est qu'un facteur dans la pathogénie de l'affection. Quant à la paralysie musculaire, l'objection de Morgagni reste encore tout entière et on ne voit pas comment la paralysie peut alterner. Il est vrai que Duchenne (de Boulogne) considère les deux portions lombaire et dorsale des muscles sacro-spinaux comme deux muscles indépendants. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Panas, les muscles véritablement rotateurs du rachis sont les transversaires épineux et, dans ce cas, la difformité devrait porter surtout sur les apophyses épineuses et non sur les corps vertébraux. Or, c'est justement l'inverse qui a lieu.

(1) D'après Lorenz, la torsion est donc d'origine osseuse, sans participation des articulations. Nicoladini a combattu cette théorie, qui fut encore le sujet d'un travail de Seeger (*Wien. Med. Presse*, 1889, et *Revue d'orthopédie*, n° 2).

(2) Albrecht. XVI[e] Congrès de la Société allemande de chirurgie, 1887, et *Semaine médicale*, p. 155.

La théorie ligamenteuse, admise et soutenue par Malgaigne, ne repose pas sur des bases plus solides que la théorie musculaire (Kirmisson).

Parmi les théories osseuses, celle de Hueter, qui voit dans la scoliose une conséquence de l'arrêt de développement des côtes, n'a plus qu'un intérêt historique.

Je ne crois pas devoir insister davantage sur la théorie de Lorinser (1), qui a voulu assimiler la scoliose à la cyphose et au mal de Pott, en assignant à toutes ces difformités une origine inflammatoire osseuse. La scoliose pathologique existe réellement, mais elle n'a rien de commun avec la scoliose habituelle.

Je ne saurais cependant passer sous silence une nouvelle théorie mise en avant par M. Kirmisson, dans une remarquable communication faite au récent Congrès de Berlin (2).

Nous avons déjà insisté sur le travail ostéogénique dont les vertèbres étaient le siège pendant la période de croissance. Nous avons vu que ce travail pouvait être entravé, qu'il survenait ainsi un *trouble de nutrition* capable d'altérer la forme des vertèbres. C'est ce trouble de nutrition que M. Kirmisson a essayé de déterminer. Pour cet orthopédiste, la scoliose reconnaît pour cause une altération du tissu osseux, dont la nature est probablement identique à celle qui produit le genu valgum, quand elle se cantonne à l'extrémité inférieure du fémur. La scoliose essentielle serait ainsi assimilée aux déformations *rachitiques* (pied plat, genu valgum), avec lesquelles elle peut coexister. Indépendamment de la coexistence d'autres difformités rachitiques chez l'individu porteur d'une scoliose, deux autres arguments sont invoqués par M. Kirmisson à l'appui de sa théorie : l'hérédité et la marche fatalement progressive de certaines scolioses.

En terminant, je désire mentionner les expériences de Lesser (3), qui a pu produire expérimentalement la scoliose chez des lapins en sectionnant le nerf phrénique d'un côté.

IV

Aucune de ces théories (osseuse, ligamenteuse, musculaire ou respiratoire) n'est suffisante à elle seule pour expliquer la scoliose habituelle. Seule, la théorie de la *surcharge* osseuse paraît, à l'heure actuelle, rendre le mieux compte des phénomènes observés.

Cette théorie a fait ses preuves, non seulement en expliquant les phénomènes pathologiques, mais en guidant les chirurgiens dans les moyens thérapeutiques employés.

C'est ainsi qu'on a vite compris la nécessité de soulager la colonne vertébrale du poids du corps, et de fortifier les ligaments et les muscles. En remplissant ces deux indications, on peut arriver à formuler le *traitement préventif* de la scoliose. Une série de mesures hygiéniques seront donc prises pour éviter les mauvaises attitudes scolaires. Les bancs-pupitres seront l'objet d'une surveillance attentive. Des modèles nouveaux ont été proposés et il serait à souhaiter qu'ils fussent généralisés dans les pensionnats et les

(1) Lorinser. *Wien. Med. Wochens.*, 1856, n° 22.

(2) Kirmisson. Pathogénie et traitement de la scoliose essentielle, *Revue d'orthopédie*, 1890, n[os] 5 et 6. — Nous avions terminé cette Revue avant la publication du mémoire de M. Kirmisson. Cela expliquera pourquoi nous n'avons pu donner aux idées de M. Kirmisson la place qu'elles méritent.

(3) Lesser. *Arch. f. path. Anat. und Phys.*, 113 Bd, et *Revue des sciences médicales*, 1889, p. 151.

écoles (1). La myopie sera corrigée à l'aide des verres appropriés. La manière d'écrire des élèves sera l'objet de la préoccupation des maîtres d'écoles. Il faut exiger que le cahier soit placé devant le milieu du corps de l'écolier qui écrit et non sur le côté (2). L'écriture penchée sera permise, mais à la condition que le papier soit posé obliquement sur la table et que les jambages soient perpendiculaires à son arête (Thorens). Le matériel d'école n'est pas tout, il faut des intervalles de repos et des alternatives dans la position assise et la position debout.

Le meilleur moyen d'éviter la scoliose serait d'astreindre les enfants à un examen médical répété plusieurs fois par an, par un médecin compétent, qui ferait part à la famille dès les premiers signes de l'affection chez l'enfant.

Les muscles et les ligaments seront fortifiés par l'exercice et la gymnastique. Le traitement curatif de la scoliose constituée s'est aussi inspiré de la théorie pathogénique exposée. La ténotomie a fait son temps et personne ne songe plus à y recourir. Le massage lui-même n'a qu'une faible action dans le traitement de la scoliose.

Le traitement varie du reste selon la période de l'affection. Quand la scoliose est constituée, quand elle est bien accusée et visible (scoliose au deuxième degré), il faut réduire la difformité et la maintenir réduite.

Pour réduire la difformité, il suffit parfois de quelques manœuvres très simples que nous allons rapidement énumérer. Il suffit parfois de faire élever un bras au malade pour voir disparaître la courbure dorsale. Sayre, partant de cette observation que la scoliose ne se rencontre pas chez ceux que leur profession oblige à se tenir droit, conseille d'habituer les scoliotiques à marcher dans la chambre pendant quelques minutes, plusieurs fois par jour, avec des livres sur la tête.

Duchenne (de Boulogne), Barwel et Wolkmann ont démontré que certaines scolioses se corrigent à l'aide du *siége incliné*. C'est un siége muni d'une planchette à laquelle on peut donner une inclinaison latérale variable. On fait asseoir sur ce siége le patient et on donne la position la plus basse à la fesse correspondant à la convexité de la courbure dorsale ou à l'épaule la plus élevée. Il en résultera une innervation du rachis en sens opposé à celui de la scoliose.

Quand ce moyen est supporté sans fatigue, il peut rendre de réels services.

De même, une semelle, plus épaisse d'un côté, peut avoir pour effet de corriger la proéminence de la hanche du côté opposé (3).

Le système du docteur Kjœlstad, appliqué par Pideman (de Christiania) et vulgarisé par M. de Saint-Germain, ainsi que celui de Roth, sont aussi quelquefois suffisants pour corriger la scoliose. Dans ces systèmes, on intéresse le malade à son état, on le fait participer à sa cure.

Le sujet placé devant une glace doit apprendre à tenir ses deux épaules sur une même horizontale, ou se figurant une croix, il doit se placer de façon à avoir le milieu de son corps parallèle à la branche verticale de la croix, pendant que la branche horizontale passe par la ligne horizontale des épaules.

Dans le même ordre d'idées, M. Boulard a conseillé des exercices destinés à corriger les courbures et consistant essentiellement dans un effort mental de la part du malade pour corriger la colonne vertébrale.

Les scolioses du premier degré peuvent se corriger complètement et celles du second degré incomplètement par l'*auto-suspension*. Ce moyen, recommandé par Lee (de Philadelphie) et préconisé par Sayre, consiste dans la suspension du malade à l'aide de l'appareil connu. Les mains seront placées au-dessus de la tête et la main du côté de la concavité rachidienne sera plus élevée que l'autre (1).

Il y a des scolioses qui ne se réduisent pas à l'aide de ces moyens simples. Dans ces derniers temps, on est arrivé à *assouplir* la colonne vertébrale et à rendre ainsi la réduction de la difformité plus facile. Parmi les moyens employés dans ce but, la *suspension latérale* de Lorenz mérite le premier rang.

Cette méthode, indiquée, en 1886, par son auteur, fut employée par M. Redard, qui a modifié l'appareil pour le rendre plus supportable (2).

L'appareil de Lorenz se compose de deux poteaux verticaux. Ces poteaux sont reliés par une barre transversale qui supporte à sa partie moyenne un cylindre rembourré. A 30 centimètres de la ligne de la projection de la barre, on fixe au plancher un anneau auquel s'attache une corde solide munie d'une poignée à son extrémité supérieure. Le malade prend cette poignée de la main gauche, et se dispose sur le cylindre rembourré de façon à ce que la gibbosité costale appuie par sa convexité. Quand le pied droit abandonne le sol, le corps représente un levier à deux bras. Le redressement s'effectue dans le sens du diamètre diagonal droit et il peut être augmenté par des manipulations, le médecin appuyant sa main à plat sur la moitié antérieure gauche du thorax. Lorenz avoue lui-même que, dans les premières séances, les malades se plaignent de quelques douleurs et qu'il survient parfois des troubles respiratoires. M. Redard a fait ajouter à l'appareil de Lorenz une planche mobile sur laquelle reposent les pieds du patient. La suspension latérale est aussi graduée, la pression au niveau de la gibbosité étant d'autant plus considérable qu'on redressera davantage la table. M. Kirmisson a modifié encore plus simplement l'appareil de Lorenz (loc. cit.).

Dans le même but de pression sur la gibbosité et d'assouplissement de la colonne vertébrale, Beely (3) a fait construire un appareil spécial. Un cadre en bois, qui porte à sa partie supérieure plusieurs barres parallèles, est articulé

(1) Tout pupitre bien fait ne doit pas arriver plus haut que l'épigastre; la table doit être légèrement inclinée; le siège doit offrir un appui postérieur limité à la région lombaire ou excavé à la région dorsale et proéminent à la région lombaire.

Staffel (*Centralbl. f. Orth. Chir.*, 1885, n° 5) et Lorenz ont proposé des chaises appropriées pour la maison. Dally a fait construire un pupitre offrant deux ailes ou accoudoires et une échancrure médiane; l'enfant entre dans le pupitre et appuie ses deux coudes sur les avancées.

(2) Ansderam. *Revue des sciences médicales*, 1887.

(3) Indépendamment de la scoliose statique due à une inégalité de longueur de deux membres (Terrillon. *Bulletin médical*, 1887; Poncet. *Lyon médical*, 1888), on trouve, d'après M. Bilhaut (IIIe Congrès de chirurgie français, 1888), des scolioses habituelles, qui reconnaissent cette cause. Dernièrement, j'ai été à même de confirmer cette manière de voir.

(1) Golding Birg (*Revue d'orthopédie*, 1890, n° 1) a donné récemment son appréciation sur l'auto-suspension. Il divise les scoliotiques en trois classes : 1° scoliose récente chez des individus de dix à dix-neuf ans, l'auto-suspension corrige la difformité; 2° scoliose datant de deux à quatre ans, l'auto-suspension diminue sans effacer la difformité; il faut appliquer un corset comme soutien; 3° scoliose invétérée; le corset peut rendre des services. — Voir aussi l'appareil de M. Kirmisson (loc. cit.).

(2) Redard. *Gazette médicale de Paris*, 16 février 1890.

(3) Beely. *Centralbl. f. Orth. Chir.*, octobre 1886.

sur deux poteaux verticaux, de façon à ce qu'il puisse être facilement incliné. Le malade place son dos le long du cadre vertical, saisit avec les deux mains les barres transversales; le médecin placé en arrière abaisse l'extrémité de ce cadre et le patient se trouve ainsi suspendu par les mains. Deux coussins sont placés de manière à comprimer les deux gibbosités.

Un moyen beaucoup plus puissant a été proposé par Fischer (1). Le malade appuie les coudes sur une chaise rembourrée, dans une position telle que la colonne vertébrale occupe une situation à peu près horizontale. On applique alors au sommet de la courbe une bande élastique de 8 centimètres de large qui fait le tour du corps et sert à suspendre des poids de 8 à 80 kilogrammes, variables selon l'âge, la force et le degré d'entraînement. Le poids est laissé tant que le malade le supporte.

Barwel a proposé un appareil que je trouve plus commode et qui rend de grands services, surtout dans les scolioses totales. Le malade est couché dans le décubitus latéral, homonyme de la convexité de la scoliose; une large bande entoure le thorax et vient se fixer à une moufle attachée au plafond à l'aide d'une corde. Le malade est suspendu ainsi pendant un temps plus ou moins long (2).

Barwel, dans une récente communication (3), conseille de recourir dans les scolioses anciennes à la méthode suivante : aux murs de la salle sont adaptés des anneaux et des crochets d'où partent deux bandes rembourrées, venant passer, l'une sur la convexité dorsale, l'autre sur la convexité lombaire, de manière à supporter deux tractions agissant en sens inverse. De cette façon, la courbure est redressée et se produit même en sens inverse. Barwel a présenté, à la Société médicale de Londres, deux jeunes gens sur lesquels il appliqua sa méthode et réduisit la courbure sans grandes douleurs. Il a cité aussi d'autres cas dans lesquels une amélioration rapide se produisit, et la rectitude complète fut obtenue au bout d'environ treize mois de traitement (4).

Hoffa (5), dans un récent travail, s'est proposé de réduire la scoliose en s'attaquant aux éléments de la difformité. Toute scoliose est formée d'une flexion de la colonne vertébrale, d'un raccourcissement et d'une torsion du tronc sur le bassin. Le raccourcissement est corrigé par la suspension à l'aide de l'appareil de Sayre. La flexion peut être corrigée par la ceinture à inflexion latérale de Lorenz, la détorsion de la colonne fut réalisée dans les tentatives de Lorenz, Fischer, Schwartz et Wolfermann. Mais, selon Hoffa, les trois éléments de la difformité devraient être corrigés en même temps. Pour cela Hoffa soumet les scoliotiques à la suspension verticale, qui corrige le raccourcissement de la colonne vertébrale. Il fixe ensuite le bassin et sur ce point fixe fait tourner le tronc de façon à porter, dans une scoliose habituelle, en avant la moitié droite du tronc et en arrière la moitié gauche; il corrige ainsi la torsion. Reste, enfin, l'inflexion qui peut être corrigée par une traction élastique de la gibbosité droite, traction dirigée de droite à gauche. Pour réaliser ce plan, Hoffa a fait ajouter, au châssis en bois de Beely, un double châssis de fer représentant deux cadres tournants. Le bassin est fixé à une barre transversale du châssis de bois immobile, tandis que le tronc tourne avec les mains qui embrassent le cadre en fer.

A l'aide de ces moyens, on arrive à réduire la difformité, mais il est beaucoup plus difficile de la maintenir réduite.

La déformation des surfaces articulaires et l'action de la pesanteur font perdre rapidement tous les progrès réalisés. Tous les moyens employés dans ce but peuvent rentrer dans les deux catégories suivantes :

Les uns (repos, lits orthopédiques) ont pour effet de soustraire la colonne vertébrale à l'action de la pesanteur et de maintenir ainsi la correction obtenue. Les autres se proposent d'opposer, à l'action de la pesanteur et à la déformation de ses faces articulaires, des faces opposées et utilisent à ce but l'action musculaire (gymnastique, électricité, massage), ou celle de tuteurs artificiels (muscles artificiels élastiques et corsets).

La difformité réduite et maintenue, corrigée par un moyen quelconque, n'est pas pour cela guérie, puisque les déformations osseuses ne persistent pas moins. Mais on espère que, de cette façon, les os, se développant dans une bonne attitude, finiront par donner à la colonne vertébrale une forme normale.

Le repos est un adjuvant précieux dans tous les traitements de la scoliose. Tous les auteurs sont d'accord pour prescrire la position horizontale aux scoliotiques, aussi longtemps que cela peut être compatible avec l'intégrité de l'état général.

Des scolioses graves ont été améliorées par le repos dans une gouttière de Bonnet. Mais, il est rare, ainsi que le fait remarquer M. de Saint-Germain, de faire partager aux familles la conviction sur la nécessité d'un pareil traitement. Nous en dirons autant de tous les lits orthopédiques, qui, depuis Hippocrate, ont été inventés (Venel, Heine, Valérius, Guérin, Bouvier, Pravaz, Lorenz, etc.).

Il est certain que les lits orthopédiques remplissent, on ne peut mieux, les deux indications capitales du traitement de la scoliose, en corrigeant la difformité en même temps qu'ils la maintiennent réduite. Mais ils sont mal vus par les malades, qui, en cela, n'ont pas toujours tort, et ils ne sont pas exempts d'inconvénients. Toujours est-il que l'usage des lits est très restreint et se borne dans la cure de quelques difformités graves à marche progressive.

Il n'en est pas de même des moyens qui veulent opposer à la pesanteur l'action musculaire. Ceux qui admettent encore une pathogénie musculaire à la scoliose, y ont attaché une importance capitale et peut-être exagérée. Mais il est universellement admis que la gymnastique, le massage et l'électricité ont une action manifeste sur la marche de la scoliose.

Tous les exercices que nous avons décrits pour assouplir la colonne vertébrale, sont surtout d'excellents exercices musculaires. Nous avons aussi parlé de la méthode de Roth et de celle de Kjœlstad, qui rentrent dans le même groupe d'exercices.

La gymnastique générale (barres parallèles, trapèze, leçons de plancher, etc.) est recommandée pour fortifier l'état

(1) Fischer. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1888, nos 39 et 40. — Cette méthode fut perfectionnée par l'appareil de Beely, de Berlin (*Centralbl. d. Orth. Chir.* et *Rev. illustr. de Polytechn. méd.*, 1889, t. II). — Fischer a appliqué ce traitement, toujours avec succès, chez 25 malades.

(2) Je me sers d'une large ceinture en cuir fortement rembourrée et terminée à ses deux extrémités par un anneau. Les deux anneaux sont passés dans le crochet attaché au plafond ou au ciel de lit par l'intermédiaire d'une moufle. La malade peut faire elle-même la suspension. La position est très supportable et peut être facilement gardée pendant une demi-heure.

(3) Barwel. *The Lancet*, avril 1889 et mars 1890.

(4) Barwel. *Revue d'orthopédie*, n° 3.

(5) Hoffa. *Centralbl. f. Orth. Chir. u. Med.*, octobre 1886; — *Arch. di Ortop.*, 1887, 3 4.

général, mais elle a peu d'action sur la déformation de la colonne vertébrale. Les exercices gymnastiques peuvent devenir même dangereux, s'ils ne sont pas surveillés. La natation est particulièrement prônée par M. de Saint-Germain.

La gymnastique suédoise, préconisée par Busch, Eulenburg, Roth, Dally, n'a pas non plus une action spécifique contre la difformité. Mais en localisant son action sur certains groupes de muscles à l'exclusion des autres, elle peut rendre certains services.

Le massage, préconisé par Schow dans les scolioses, a trouvé des défenseurs dans ces derniers temps. Landerer (1) (Leipzig, 1887), à l'aide de massages faits par le médecin lui-même, a obtenu de brillantes guérisons au bout de quelques semaines de traitement; Kœlliker s'en loue et Motta, dans une récente communication (2), affirmait avoir guéri la plupart de 50 cas de scoliose qu'il eut à soigner dans ces derniers temps, à l'aide de la gymnastique et du massage. Rarement il s'est servi d'autres moyens, comme des corsets.

Dans quelques cas, on obtient la correction après deux à huit séances. En général, après une vingtaine de séances de trente à quarante-cinq minutes, Motta abandonne les malades, se contentant de les surveiller. Ce n'est que dans les cas où le développement des muscles ne marche pas de pair avec la correction, que cet auteur applique un corset de plâtre ou de feutre (3).

Ici se placent tout naturellement les moyens qui ont pour effet, tout en immobilisant, jusqu'à un certain point, la colonne vertébrale, de parer en même temps à l'affaiblissement des muscles. Je veux parler des tractions élastiques. Le principe des tractions élastiques a été introduit par Duchenne [de Boulogne (4)], dans la confection des corsets orthopédiques. Il fut utilisé plus simplement dans l'appareil de Barwel, qui fut modifié par Sayre (5), et dans celui de Fischer (6). Ce dernier mérite quelques mots : d'une courroie qui embrasse l'épaule droite et qui est reliée à une autre embrassant l'épaule gauche, part un lien élastique qui se dirige obliquement en bas et en avant, passe sur le thorax et l'abdomen et se termine à la cuisse gauche. L'appareil ainsi disposé, chez un individu bien conformé, aura pour effet de porter en avant l'épaule droite, et en arrière l'épaule gauche; l'individu présentera une scoliose gauche. La scoliose habituelle étant à convexité droite, l'appareil disposé ainsi aura pour effet de déformer la colonne vertébrale en sens inverse et de corriger, par conséquent, la difformité (7).

(1) XV[e] Congr. Soc. allem. chir., 1886. — La méthode de Landerer diffère du massage ordinaire par la percussion énergique des muscles.

(2) M. Motta. Académie de Turin et *Arch. di Ortop.*, 1888, p. 204.

(3) Schow (Sur le traitement de la scoliose, *Centralbl. f. Orth.*, 1890, n° 1) admet aussi que l'on peut pratiquer une cure rationnelle et efficace avec le massage, le redressement horizontal, la suspension verticale et le corset plâtré. Le massage seul est exceptionnellement indiqué, tandis que toujours les autres moyens doivent être mis en exécution. Toute scoliose, quelle que soit sa date de début, est susceptible d'amélioration.

(4) Duchenne. Électr. localisée.

(5) Sayre. *Leçon clin.* trad. *Thorens*, 1887.

(6) Fischer. *Centrabl. f. Ch.*. 1885, n° 24.

(7) Fischer, dans un récent travail sur la scoliose et le traitement des courbures latérales de la colonne vertébrale, a passé en revue l'histoire des moyens employés depuis Hippocrate jusqu'à Staffel (1885).

Après avoir combattu le bandage élastique de Barwel, l'auteur expose le sien et produit quelques observations à l'appui. Deux scolioses du deuxième degré ont été complètement guéries en six semaines. Dans un autre cas de deuxième degré, après trois mois de traitement, la scoliose dorsale droite est devenue gauche. Il a fallu disposer l'appareil dans le sens opposé pour guérir complètement le malade. Cependant, il conseille d'user simultanément des autres moyens, gymnastique, chaise oblique, etc.

Dans cette Revue, nous n'avons nullement l'intention de décrire les innombrables corsets inventés pour maintenir la colonne vertébrale. Mais nous plaçons ici leur étude pour bien spécifier que nous ne les considérons pas comme des appareils redresseurs de la scoliose, mais simplement comme des tuteurs destinés à alléger la colonne vertébrale du poids du corps et à maintenir le redressement obtenu par les autres moyens de traitement.

Ceux qui voudraient faire plus ample connaissance avec les corsets, peuvent utilement consulter le livre de M. Gaujot et le travail de Fischer (Strasbourg, 1885).

Tous ces appareils se réduisent aux pièces suivantes : 1° une ceinture pelvienne; 2° des tuteurs (latéraux ou axillaires, médians); 3° des pelotes pour comprimer les gibbosités; 4° enfin des courroies pour incliner le tronc. La ceinture pelvienne est, dans les appareils les plus employés (Collin, Trélat, Le Fort, etc.), en cuir moulé. Elle prend aussi un point d'appui solide sur le bassin. Les tuteurs latéraux sont utiles pour diminuer le poids du corps, mais ils n'ont aucune action en tant que moyens extenseurs de la colonne vertébrale, à cause de la mobilité des épaules. Ils se terminent en haut par des béquillons. Ils se trouvent dans la plupart des appareils. Le tuteur médian postérieur est unique (app. de Hossard) ou double (Eulenburg, etc.). Il est diversement incliné et sert à maintenir droite la colonne vertébrale et à servir de point d'appui aux courroies. Ces dernières s'attachent, d'autre part, à la demi-circonférence postérieure de la ceinture pelvienne et sont formées d'un tissu résistant ou élastique. Elles ont pour objet d'incliner le tronc dans le sens opposé à la scoliose. Enfin, les pelotes sont destinées à comprimer les gibbosités. En général, on en compte deux correspondant à la région dorsale et lombaire (app. de Panas, etc.).

A côté de ces corsets, plaçons le corset d'attitude ou à barrettes, qui remplit, dans les scolioses peu considérables, très bien l'indication de soutenir la colonne vertébrale.

Il faut dire que les chirurgiens, en général, sans partager le pessimisme de Dally, de Sayre et d'autres, sont peu enthousiastes à l'égard de ces appareils, et beaucoup d'entre eux les emploient faute de mieux. Aussi, ce fut avec un grand empressement qu'on a accepté la méthode de Sayre. Cette dernière consiste à appliquer un corset plâtré pendant la suspension. Malheureusement, il en a fallu rabattre. Cette dernière méthode elle-même ne valait pas mieux que les autres. Comme toute espèce de corset, celui de Sayre ne pouvait rien corriger, il ne pouvait que confirmer et maintenir les faits accomplis. C'est dire que, s'il avait l'avantage de saisir la colonne vertébrale pendant la suspension, il ne pouvait avoir pour résultats que ceux de la suspension elle-même. Et comme cette dernière ne vise qu'à l'allongement de la colonne vertébrale, le corset lui-même ne pouvait rien contre la torsion et l'inflexion. Ce n'est pas tout. On n'a pas tardé à reconnaître que l'immobilisation du thorax dans un corset inamovible avait une fâcheuse influence sur le développement des muscles, et certains auteurs ont vu, sous la carapace, des scolioses s'aggraver (Dollinger, etc.). Tout le monde, et Sayre (1) lui-même, a

(1) Sayre. Le traitement de la scoliose, *New-York Med. Journ.*, 17 novembre 1888.

bientôt renoncé au corset inamovible et on ne parle plus que de corset amovible.

Mais de la méthode de Sayre restera ce que M. de Saint-Germain a appelé avec esprit la *surprise*. Surprendre la colonne vertébrale et le thorax, dans la bonne attitude, autrement dit dans la correction, et l'enfermer dans un corset amovible, susceptible pour le moins de lui rappeler dans l'avenir la bonne posture, tel a été le but de toutes les tentatives récentes.

C'est ainsi que Petersen, par exemple, place le malade dans le décubitus latéral, les membres inférieurs jusqu'au trochanter appuyant sur une table, la tête sur un coussin posé sur une autre table, pendant que le tronc est exhaussé et suspendu à la manière de Barwel (voy. plus haut), et c'est dans cette position qu'il applique le corset. Petersen obtient ainsi la déflexion de la colonne vertébrale, mais se prive de l'extension verticale.

Lorenz, dans le même but, applique son *bandage à traction latérale*. Ce bandage consiste dans un corset plâtré, appliqué pendant que le bassin est immobilisé par une ceinture appropriée fixée sur une barre transversale et que le tronc est défléchi dans le sens latéral contraire à la scoliose. Le bras gauche est élevé et le tronc est incliné à gauche à l'aide d'une courroie fixée d'autre part sur une barre verticale parallèle. Le malade est debout. Dans cette position, un corset plâtré est rapidement confectionné, de façon à arriver jusqu'au niveau de l'angle du scapulum à droite et plus bas du côté gauche. Dans les bandes plâtrées, une tige est incorporée à gauche, tige qui porte un anneau à son extrémité inférieure. Dans cet anneau est fixé un lien qui entoure la cuisse gauche et empêche le bandage de remonter.

Dans les mêmes cas de scoliose habituelle, Lorenz confectionne son *bandage à pression*, destiné à agir sur les gibbosités costales. C'est encore un bandage plâtré appliqué pendant la suspension avec fixation du bassin. Mais par l'intermédiaire de deux morceaux de feutre placés sous le plâtre, ce bandage exerce en plus une pression constante sur la gibbosité postérieure droite et sur la gibbosité antérieure gauche.

Dans la scoliose lombaire à convexité gauche, voilà comment procède Lorenz. Le malade est debout. Un soutien relève de 2 à 3 centimètres et demi le pied gauche, le tronc est incliné à gauche et le bras droit est élevé. Dans cette position, on applique un corset ou plutôt une ceinture lombaire qui maintient la colonne lombaire convexe à droite.

Wolfermann (1), M. Schwartz (2) ont proposé des procédés qui permettent de corriger complètement la scoliose pendant l'application du corset plâtré. Mais le procédé que Haffa a préconisé est certainement le plus simple. Nous avons vu comment s'y prenait cet auteur pour corriger complètement la difformité. Il applique son corset plâtré dans cette position et sur ce modèle il confectionne ensuite un corset amovible (3).

On le voit, les tentatives modernes se sont inspirées de l'idée de Sayre. On ne cherche plus à emprisonner le thorax dans une carapace inamovible, mais, après avoir corrigé la scoliose en défléchissant, détordant et allongeant la colonne vertébrale, on applique un corset, véritable moule, qui servira à confectionner un appareil portatif. Cet appareil aura pour effet de rappeler la bonne position, et en gênant les surfaces articulaires dans leurs parties déformées, d'aider au redressement, qui se fait peu à peu pendant la croissance.

C'est sur ces principes que M. Kirmisson a fondé une méthode de traitement de la scoliose, méthode qu'on peut voir fonctionner à l'hôpital des Enfants-Assistés. Les malades sont soumis à l'auto-suspension verticale et latérale, ainsi qu'à des exercices gymnastiques et respiratoires, dont le but principal est de favoriser l'ampliation du côté concave. Les séances durent une demi-heure environ, après cela les malades se reposent sur un plan incliné construit sur le modèle de celui de Beely (1).

Enfin, dans ces derniers temps, Von Volkmann a pratiqué l'ostéotomie costale dans deux cas de scoliose incurable (2). Dans un cas, il pratiqua la résection partielle des trois dernières côtes, dans l'autre, il excisa des gros tronçons des sept côtes les plus inférieures. Avec les idées pathogéniques régnantes sur la scoliose habituelle, il ne saurait plus être question de myotomie, et dans les cas très rares où l'on croira devoir intervenir chirurgicalement, la seule opération possible est évidemment l'ostéotomie.

Les scolioses statiques et pathologiques doivent être étudiées séparément au double point de vue de leur pathogénie et de leur traitement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 décembre 1890. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATIONS

Traitement du pyo-salpinx. — **M. Pozzi** ne partage pas l'avis des chirurgiens qui s'abstiennent de toute intervention dans le traitement du pyo-salpinx, lorsqu'il y a de la fièvre et des troubles généraux. Il croit, au contraire, que c'est une indication d'intervenir, et il possède trois observations qui prouvent que la laparotomie, dans ces cas, est le meilleur moyen de faire disparaître tous les accidents.

Dans deux de ces cas, il s'agissait de malades présentant les symptômes de péritonite aiguë ; il a, en effet, trouvé du liquide dans le péritoine et des fausses membranes qui avaient déterminé des accidents de pseudo-étranglement. La castration ovarienne, suivie du lavage et du drainage, a mis fin à tous les accidents. Dans un autre cas, il s'agissait d'une femme atteinte de péritonite grave, consécutive à une perforation utérine faite pendant un curetage. L'état de la malade était désespéré. M. Pozzi fit la laparotomie, rompit les adhérences, enleva quatre poches remplies de pus et la malade a promptement guéri.

Ces faits prouvent donc qu'on doit intervenir dans les cas où les malades ont de la fièvre et sont en pleine péritonite. M. Pozzi préfère recourir à la laparotomie plutôt qu'aux incisions simples

(1) Wolfermann. Nouvelle méthode de traitement de la scoliose, *Centralbl. f. Chir.*, 1888, nº 42.

(2) Schwartz. Une nouvelle méthode de suspension chez les scoliotiques, *Wiener Med. Presse*, 1888, nºs 40-42.

(3) On a construit aussi des corsets en feutre. Waltuch (*Centralbl. f. Orth. Chir.*, 1889) a proposé des corsets en bois, dont la technique a été dernièrement décrite par M. Bilhaut (*Annales d'orthopédie*, 1890).

(1) Avec une installation modeste, on arrive à redresser beaucoup de scoliotiques à l'aide de l'auto-suspension, de la suspension latérale, selon la manière de Barwel, et des exercices musculaires. Dernièrement, je suis parvenu à corriger, en trois semaines, une scoliose habituelle totale, sans employer de corset.

(2) Von Volkmann. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1889, nº 50, et *Revue des sciences médicales*, t. XXXV, p. 649.

par la voie vaginale ou à la laparotomie sous-péritonéale ou même à l'hystérectomie vaginale, qui ont été conseillées par quelques chirurgiens.

RAPPORTS

Occlusion intestinale déterminée par un kyste dermoïde de l'ovaire droit. Laparotomie. — **M. ROUTIER** fait un rapport sur une observation adressée par M. Ricard : Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans qui, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, avait été prise brusquement de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, bientôt suivies de signes d'occlusion intestinale. M. Ricard fit la laparotomie et se trouva en présence d'une tumeur dure, assez volumineuse, adhérente à la paroi abdominale, aux intestins, et reliée par un gros pédicule à l'utérus. Il sectionna le pédicule et enleva la tumeur qu'il reconnut être un kyste dermoïde. Cette tumeur, par ses adhérences à l'intestin et les coudures qu'elle y avait déterminées, était la cause des phénomènes d'étranglement. Ceux-ci disparurent d'ailleurs après l'opération, et la malade fut guérie.

M. BERGER fait observer que, dans bien des cas analogues, il est souvent difficile, même après la laparotomie, de se rendre compte du mécanisme de l'occlusion intestinale. Ainsi M. Berger a récemment opéré une malade atteinte d'une volumineuse hernie ombilicale paraissant étranglée depuis cinq jours. Lorsqu'il eut ouvert la cavité abdominale, il trouva une torsion de l'intestin sur lui-même, un véritable volvulus maintenu par des brides mésentériques. La malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie un énorme fibrome utérin d'où partaient deux brides allant s'attacher au bord mésentérique de l'intestin dans le point où il paraissait étranglé et où il était tordu.

M. BOUILLY croit devoir faire cette remarque générale que, chaque fois qu'il s'agit de tumeur abdominale et d'étranglement intestinal, il faut bien plus tenir compte, dans la genèse de cet étranglement, de la péritonite que de la tumeur elle-même, qui en est exceptionnellement la cause.

Nouveau procédé de désarticulation de l'épaule. — **M. SEGOND** fait un rapport sur un travail adressé par M. Felizet relatif à un nouveau procédé de désarticulation de l'épaule qu'il a employé quatre fois avec succès. Ainsi qu'on peut le voir sur un moule en plâtre que M. le rapporteur met sous les yeux de la Société, ce procédé donne un bon moignon. Voici l'opération telle que l'a pratiquée M. Felizet : dans un premier temps, il fait une incision en raquette dont la queue suit le trajet de la ligature de l'axillaire et dont le rond contourne l'épaule ; il fait la section de l'axillaire au-dessous de la naissance des circonflexes; dans un second temps, il accroche l'épaulette ainsi constituée et dissèque de bas en haut, à ras du squelette ; dans le troisième temps, il désarticule et dans un quatrième temps fait la suture. Si l'opération est faite bien aseptiquement et si l'on obtient une réunion par première intention, on a une cicatrice qui se trouve dans une parfaite situation, ainsi qu'on en peut juger sur le moule présenté par M. Segond.

Ce procédé diffère du procédé classique en ce que le manche de la raquette est interne au lieu d'être externe, que l'axillaire est sectionnée et liée au-dessous au lieu d'être sectionnée et liée au-dessus des circonflexes.

Le besoin d'un nouveau procédé de désarticulation de l'épaule se faisait-il bien sentir?

M. le rapporteur pense que la raquette à manche externe, conseillée par M. Farabeuf, est un excellent procédé, d'une exécution facile et répondant à la plupart des indications. Pour ces raisons, il continuera à y recourir, de préférence à tout autre, tout en reconnaissant les excellents résultats obtenus par M. Felizet dans les quatre cas où il a employé le nouveau procédé qu'il vient de faire connaître.

M. QUÉNU croit que l'opération conseillée par M. Felizet n'aura que des indications bien restreintes. Le plus souvent, on désarticule l'épaule pour une tumeur ou des lésions tuberculeuses. Dans le premier cas, il serait difficile d'y avoir recours. Dans les cas de lésions tuberculeuses, on n'arrivera peut-être pas à découvrir suffisamment les surfaces articulaires.

M. SEGOND fait observer que M. Felizet n'a employé son procédé que pour des lésions traumatiqnes ou tuberculeuses, mais non pour des tumeurs.

Rupture traumatique de l'urèthre; cathétérisme rétrograde; uréthrotomie externe. — **M. BRUN** fait un rapport sur une observation adressée par M. Boursier (de Bordeaux). Il s'agit d'un homme de cinquante-trois ans qui, à la suite d'une rupture traumatique de l'urèthre, fut atteint d'infiltration urineuse et de trajets fistuleux. L'uréthrotomie externe ayant échoué, cinq ans après, M. Boursier fit la taille hypogastrique, pratiqua le cathétérisme rétrograde et parvint ainsi à rétablir la continuité du canal, dans lequel il plaça une sonde à demeure. La plaie abdominale ne fut fermée qu'en partie ; il ne fit pas de drainage et laissa l'urine s'écouler par cette plaie. La guérison était obtenue après deux mois et demi. La longue durée du traitement est la seule objection à faire en pareille circonstance; mais le cathétérisme rétrograde est avantageux.

PRÉSENTATION DE MALADES

Bec-de-lièvre. — **M. ROUTIER** présente un jeune malade qu'il a opéré d'un bec-de-lièvre et chez lequel il n'a pu corriger qu'imparfaitement la difformité par suite de la saillie de l'os incisif.

Spina bifida. — **M. PICQUÉ** présente un petit enfant chez lequel il a enlevé un spina bifida.

La séance est levée.

Séance du 17 décembre 1890. — Présidence de M. Horteloup.

LECTURES

Le salicylate de mercure. — **M. VACHER** (d'Orléans) fait une communication sur l'emploi du salicylate de mercure comme antiseptique. (Comm. M. Humbert.)

Polype naso-pharyngien. — **M. CHÉNIEUX** lit une observation ayant pour titre : Polype naso-pharyngien, ablation par la voie naso-maxillaire, trachéotomie préalable, guérison. (Comm. M. Routier.)

RAPPORT

De la suture osseuse dans les fractures de l'olécrâne. — **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** fait un rapport sur une observation présentée par M. Michaux et dans laquelle il s'agit d'une fracture de l'olécrâne par coup de sabre, traitée par la suture osseuse et rapidement guérie, avec retour complet des mouvements. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1254.)

M. Michaux a présenté une première fois ce malade à la Société, peu de temps après l'opération, et une seconde fois six mois après. Il a pu montrer, cette seconde fois, que son opéré jouissait de la presque totalité des mouvements de son bras. Cette observation, dit M. le rapporteur, présente un double intérêt : d'abord, c'est une opération qui a été faite rarement; en second lieu, il serait à souhaiter qu'elle fût plus souvent appliquée au traitement des fractures de l'olécrâne, comme elle l'est actuellement aux fractures de la rotule.

L'observation de M. Michaux présentait ceci de particulier qu'il s'agissait d'une fracture ouverte, ce qui justifie d'autant plus l'intervention à laquelle il a eu recours. Mais il y a tout lieu de penser que la suture osseuse présenterait également de grands avantages dans les fractures simples de l'olécrâne.

M. Lucas-Championnière adresse deux critiques de détails à M. Michaux; il lui reproche, une fois l'opération faite, d'avoir placé le membre dans l'extension; il aurait préféré le placer dans une demi-flexion et il aurait commencé à faire faire des mouvements beaucoup plus tôt que ne l'a fait M. Michaux. D'autre part, M. Michaux a cru devoir enlever les deux fils d'argent, avec

lesquels il avait fait la suture ; cela n'est pas nécessaire aux yeux de M. Lucas-Championnière, c'est inutilement compliquer l'opération, et ces fils ne sont pas toujours faciles à retirer.

Ce sont là, ajoute M. le rapporteur, des critiques de détails mais qui ont pourtant leur importance. Ce qu'on fait avec succès pour les fractures de la rotule, on peut le faire pour celles de l'olécrâne. A ce point de vue, elles ne doivent pas être différenciées les unes des autres. M. Lucas-Championnière est bien convaincu que, dans l'avenir, M. Michaux simplifiera encore sa manière de faire, qu'il fera faire plus rapidement les mouvements au membre blessé, qu'il sera mieux imbu de cette idée que, du jour où on a fait la suture, on a guéri la fracture.

C'est ainsi que, pour les fractures de la rotule, M. Lucas-Championnière imprime les mouvements dès le huitième jour et fait marcher les malades entre le dix-huitième et le vingt-cinquième jour. Il est même convaincu qu'il pourrait les faire marcher plus tôt, sans le moindre inconvénient.

Il rappelle la pratique de Lister qui, lors de son premier mémoire sur la suture osseuse dans les fractures de la rotule, en 1882, retirait les fils et attendait assez longtemps pour faire marcher les malades. Depuis, il laisse les fils en place et s'en est bien trouvé. Lister cite plusieurs exemples : d'abord, celui d'un jeune homme qu'il a pu renvoyer dans sa campagne quinze jours après la suture de la rotule, puis celui d'un homme atteint de fracture de l'olécrâne qui, trois semaines après la suture osseuse, pouvait conduire à quatre chevaux.

Il est hors de doute que de tous les moyens de traitement des fractures de la rotule ou de l'olécrâne, la suture osseuse est celui qui donne les résultats les plus satisfaisants, tant au point de vue de la solidité définitive qu'au point de vue de la rapidité du retour des fonctions du membre et de la simplicité des suites immédiates. Un détail important au point de vue du manuel opératoire : il est préférable d'éviter, autant que possible, de comprendre le cartilage articulaire dans la suture. Toutefois, il est des cas où l'on est contraint de le faire; or, dans ces cas, il n'y a pas de graves inconvénients à redouter.

M. BERGER conçoit le vif désir que puisse avoir un chirurgien de guérir vite une fracture. Mais ce désir ne doit pas aller jusqu'à préférer une opération dans les cas où des moyens simples peuvent aboutir aux mêmes résultats. A ce point de vue, il n'est pas juste d'assimiler complètement les fractures de l'olécrâne à celles de la rotule. Certaines fractures de l'olécrâne, surtout les fractures obliques, guérissent très bien par les moyens ordinaires. Lorsqu'au contraire la fracture porte sur la partie muqueuse ou sur le bec de l'olécrâne, on a beaucoup de peine à obtenir une bonne consolidation. Dans ces cas, on peut recourir avec avantage à la suture osseuse. Tout dépend du degré de l'écartement.

M. Berger ne partage pas l'avis de M. Lucas-Championnière relativement à la position à donner au membre. Il préfère l'extension à la flexion, comme assurant le mieux la coaptation des fragments.

C'est donc aller bien vite, selon M. Berger, que de dire qu'on devra un jour substituer la suture osseuse à tous les autres modes de traitement simple des fractures de la rotule ou de l'olécrâne. La présence de fils dans l'articulation peut devenir le point de départ d'accidents ultérieurs. Il ne faut donc pas dire que la suture osseuse soit le traitement de l'avenir pour ces sortes de fractures.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a voulu dire seulement qu'on pouvait étendre à un grand nombre de cas le procédé employé par M. Michaux dans un cas particulier. M. Berger répond à cela qu'on obtient d'aussi bons résultats avec les moyens ordinaires. Cela n'est pas exact. Les résultats donnés par la suture osseuse sont irréprochables. Il n'en est pas de même des résultats fournis par les moyens simples de contention.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Arthrectomie et résection. — M. BERGER présente les pièces provenant d'une résection du genou, qu'il a pratiquée chez une jeune fille de dix-neuf ans, qui souffrait de ce genou depuis sept ans. L'affection ne paraissant pas bien étendue, M. Berger hésita avant d'intervenir; il se décida à ouvrir ce genou, trouva de nombreuses fongosités et découvrit des lésions tuberculeuses importantes du côté du fémur et du tibia. Il pratiqua donc la résection. Il ne veut pas conclure de ce fait qu'il faut toujours réséquer dans les tumeurs blanches; mais il croit pouvoir en déduire que l'on trouve toujours des lésions plus étendues qu'on ne croyait, et que dans bien des cas où l'on pensait pouvoir se contenter d'une arthrectomie, on est conduit à faire la résection.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait ressortir tout l'intérêt de la présentation de M. Berger. En effet, on trouve toujours des lésions osseuses plus étendues que celles auxquelles on s'attendait. Il en résulte que l'arthrectomie est une opération insuffisante et qu'il faut toujours en venir à la résection.

M. BAZY a pratiqué le matin même une arthrectomie pour une arthrite fongueuse qu'il croyait symptomatique de lésions osseuses. Il a trouvé une synoviale remplie de liquide et de fongosités, mais il n'a pas constaté de lésions osseuses. Il s'agissait donc là probablement d'une synovite fongueuse primitive.

M. LE DENTU ne nie pas qu'il y ait des synovites pour lesquelles l'arthrectomie puisse suffire; mais chaque fois qu'il est intervenu pour une tumeur blanche, il a dû faire la résection. Il faut donc toujours rechercher ces lésions osseuses. La résection est, d'ailleurs, une opération bénigne et qui donne de bons résultats.

M. PEYROT a fait, il y a dix-sept jours, une résection du genou dans un cas analogue à celui de M. Berger : il s'agissait d'une jeune fille de dix-huit ans souffrant, depuis sept ans, d'une tumeur blanche. Il a trouvé dans le tibia un foyer caséeux de 3 centimètres de long sur 3 de large.

M. SCHWARTZ a fait seize résections du genou pour des arthrites tuberculeuses, et tous ces faits confirment les conclusions de ses collègues. Il a cherché l'occasion de faire l'arthrectomie sans jamais la trouver, les lésions s'étendant toujours aux os.

ÉLECTIONS

Le bureau, pour l'année 1891, est ainsi constitué : président, M. Terrier; vice-président, M. Chauvel; premier secrétaire, M. Richelot; deuxième secrétaire, M. Bouilly; trésorier, M. Schwartz; archiviste, M. Reclus.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite du décès de M. le professeur Trélat et de la création d'un nouveau service de chirurgie à l'hôpital Cochin, les changements suivants vont avoir lieu dans les services chirurgicaux de Paris :

M. Théophile Anger passe de l'hôpital Cochin à l'hôpital Beaujon, M. Schwartz passe de la Maison municipale de santé à l'hôpital Cochin, M. Quénu passe de l'hospice de Bicêtre à l'hôpital Cochin, M. Nélaton passe de l'hospice d'Ivry à la Maison municipale de santé, MM. Prengrueber et Campenon quittent le Bureau central pour aller, le premier à l'hospice d'Ivry, le second à l'hospice de Bicêtre.

— Dans sa dernière séance, la Société médicale des hôpitaux a décidé la création de deux places d'*assistants* pour les services de dermatologie de MM. Besnier et Vidal.

— Par décrets, en date des 16 et 17 décembre 1890, MM. les docteurs Peltier et Ardeber, médecins auxiliaires de deuxième classe, sont nommés médecins de deuxième classe de la marine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs E. Palle (d'Épernay); Quesnoy, ancien médecin inspecteur des armées.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

47

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

75

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

S^t dép. dét. à Paris, Ph^{ie} Lebeault, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

51

DÉBILITÉ, ANÉMIE
MALADIES DE L'ENFANCE

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, agréable au goût, possède les mêmes propriétés que l'**Huile de foie de Morue.**

Le Perdriel et Cie, Paris, et Ph^{ies}.

70

Une cuillerée à café renferme 1 milligramme
ARSÉNIATE DE FER SOLUBLE
1 *à* **4** *cuillerées à café à chacun des deux repas*

SIROP DE CLERMONT

DOCTEUR ÈS SCIENCES

ANÉMIE, CACHEXIE, HERPÉTISME

Le flacon, 2 fr. 50

PARIS, 6, AVENUE VICTORIA

42

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Dr Zed

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

97

PEPTONE DE VIANDE DENAEYER

PRODUIT STÉRILISÉ

contenant, par flacon de 150 grammes, tous les principes nutritifs de 600 grammes de viande de bœuf. La peptone sèche y correspond à 20 fois son poids de viande. Saveur agréable. Conservation irréprochable par suite de l'ABSENCE DE MICROBES.

Prix du flacon : **2 fr. 50**

PEPTONATE DE FER DENAEYER

SOLUTION **stérilisée** AU DIXIÈME

Chaque flacon représente en peptone une valeur correspondant à 250 grammes de viande.

Prix du flacon : **1 fr. 50**

ENVOI DE BROCHURES SUR DEMANDE

Agence pour la France : **Lille, 12, rue Colbrant.**

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph^{ies}.

16

ANALYSE DE DÉCEMBRE DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de décembre, a été faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1031.800
	gr.	
Beurre par litre	48.000	
Albumine	7.100	
Caséine	30.700	
Sucre de lait	48.900	
Sels	7.100	
Total des matières fixes	141.800	141.800
Eau		890.000

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.200
Acide sulfurique	0.120
Potasse	1.561
Soude	0.681
Chaux	1.944
Magnésie	0.198
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.396
Total	7.100

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. Nicolas, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

7

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

12

VIN ET L'ÉLIXIR MILLION

A BASE DE MATÉINE

Le VIN MILLION est le plus puissant **Vin tonique reconstituant**, souverain dans les *Maladies d'estomac, de la Gorge, de l'Anémie, etc.*

L'ELIXIR MILLION assure la guérison complète du *Diabète*, de la **Constipation**, *etc.*

L'Elixir : la bout^{lle}, **4** fr.; *Vin* : la bout^{lle}, **5** fr.

Ph^{ie} Commerciale, 23, r. Drouot, Paris, et Ph^{ies}.

ENVOI D'ÉCHANTILLONS GRATUITS

à MM. l^s Médecins qui désireraient l^s expérimenter.

69

PEPTO-SANTAL VICARIO

le meilleur spécifique

contre la **BLENNORRHAGIE**

ET LES MALADIES DES

VOIES URINAIRES

Ph^{ie} VICARIO, 13, boulevard Haussmann, Paris.

101

SPA POUHON PIERRE-LE-GRAND

Source communale, la meilleure eau ferrugineuse connue depuis des siècles. — *Exiger le sceau de la Ville.* — En vente dans toutes les Pharmacies.

40

Guérison de l'asthme PAR LE **PAPIER FRUNEAU**

le seul récompensé à l'Exposition universelle 1889.

40 ans de succès. Toutes ph^{ies}. E. Fruneau, Nantes.

13

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie**, *la* **dyspepsie atonique**, *les* **fièvres intermittentes**, *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.** — Dép^t : Verne, ph^{ien}, Grenoble (France), et d^s les princip. ph^{ies} de France et de l'Étranger.

BOLDO-VERNE

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — **A Paris, 16, rue Richelieu**, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — **S'adresser à M. Henry Mure** pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

17

PILULES DE SALICYLATE D'HYDRARGYRRE

De L. FRERE

PILULES IMPRIMÉES

Chaque pilule porte l'inscription SALICY. HG. UN CENTI. Des expériences récentes, faites par des spécialistes éminents, ont montré que le salicylate de mercure est supérieur à toute autre combinaison mercurielle, par la facilité avec laquelle il est toléré par l'organisme. Ce sel ne produit ni désordres digestifs, ni salivation à la dose de 4 à 6 pilules par jour. Son activité spécifique est au moins égale à celle de toute autre préparation hydrargyrique.

Prix : **2** *fr. le flacon de 50 pilules.*

Maison L. FRERE, 19, rue Jacob, Paris.

29

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

41

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les **Pâles couleurs**, pour fortifier les **Constitutions lymphatiques** et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'**Appauvrissement du sang.**

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans t^{tes} Ph^{ies}. Gros : Dufilho, à St-Cloud.

N° 147. — MARDI 23 DÉCEMBRE 1890. 63e ANNÉE. MARDI 23 DÉCEMBRE 1890. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas jeudi.

Paris, le 22 décembre 1890.

La Société médicale des hôpitaux, dans l'une de ses dernières séances, a décidé que deux places d'*assistants* seraient créées dans deux des services spéciaux de l'hôpital Saint-Louis.

Cette décision, sous son air modeste, est une révolution réelle dans l'organisation médicale de nos hôpitaux. Mais, malgré le secret qui plane encore sur les délibérations de la savante assemblée, on a répété que ces deux places d'assistants seraient mises au concours et que les médecins du Bureau central n'y auraient aucun droit.

Nous espérons, à cet égard, avoir été mal renseigné. Lorsqu'il existe, en effet, tout un groupe inoccupé de jeunes médecins des hôpitaux, dont quelques-uns seraient, sans doute, heureux de s'adonner aux études spéciales de la dermatologie, on cherche vainement quelles raisons sérieuses ont pu être invoquées pour leur fermer ainsi brutalement la porte? Le besoin de concours nouveaux se fait-il si impérieusement sentir? Que les auteurs de la nouvelle réforme aient tenu à assurer ce service de médecin-assistant dans le cas où aucun des médecins du Bureau central ne solliciterait la place, rien de mieux; mais vraiment, et en bonne logique, ne semble-t-il pas que ces médecins du Bureau central soient tout désignés pour remplir le rôle d'assistants, auprès de leur aînés? Leur exclusion n'a pas de raison de se maintenir, et nous espérons que l'administration de l'Assistance publique ne la maintiendra pas.

Les chirurgiens des hôpitaux ont, à notre avis, mieux compris la situation. Convaincus, et à juste titre, de la nécessité d'un chirurgien-assistant, loin d'écarter leurs collègues du Bureau central, ils ont, au contraire, fait appel à leur bon vouloir, et aujourd'hui tous ou presque tous les chirurgiens du Bureau central sont chirurgiens-assistants à côté d'un de leurs maîtres. Grâce à cette association, les exigences de la chirurgie moderne sont pleinement satisfaites, et cela pour le plus grand bien des malades.

Il serait banal d'insister sur les raisons qui ont amené la création spontanée de cette phalange d'assistants bénév[oles]. La multiplicité des opérations, la nécessité impérieuse, pour le chirurgien, de faire lui-même les premiers pansements qui suivent les opérations, expliquent comment un seul chirurgien dans les services actifs ne parvient pas à remplir sa tâche, s'il n'est secondé par un assistant sur lequel il puisse se reposer en toute sécurité. Toutefois, il y a là quelque chose de curieux qu'il nous faut signaler : cette organisation, si recommandable qu'elle soit, n'en est pas moins absolument irrégulière, et elle va à l'encontre de tous les réglements existants. Quelques rares chirurgiens ont commencé à l'établir dans leur service; puis la chose est si bien passée dans nos habitudes, que les chirurgiens du Bureau central sont, actuellement, en nombre insuffisant, et qu'on parle de prendre parmi les candidats admissibles, et non encore admis, les assistants qui manquent à certains services.

Que peut-on objecter à cette organisation nouvelle? Les malades sont mieux suivis, et, par suite, mieux soignés; de plus, les jeunes chirurgiens trouvent là une occasion de travail, qu'ils attendraient pendant huit ou dix ans, jusqu'au moment où le classement les mettrait à la tête des services chirurgicaux de Bicêtre ou d'Ivry!

On peut donc dire que les chirurgiens ont réellement organisé, chez nous, le service des assistants, et l'on doit approuver les médecins qui, en demandant pour ceux-ci une reconnaissance légale, attirent sur cette réforme l'attention du directeur de l'Assistance publique.

Les expérimentations relatives au traitement de la tuberculose par la lymphe de Koch continuent.

Dans le service de M. le professeur Lannelongue on signale, à la suite des injections, des poussées d'arthrite dans des articulations jusque-là indemnes. Un enfant atteint de tuberculose cutanée, sans tuberculose profonde appréciable, reçoit une injection de lymphe (1 milligramme), on constate chez lui une réaction générale intense; même effet par une seconde injection (3 milligrammes). Sous l'influence d'une quatrième injection, faite quatre jours plus tard (3 milligrammes), le soir même il se produisit une douleur à la partie supérieure de la colonne cervicale avec gêne de la rotation de la tête, un gros épanchement dans les deux coudes, les deux épaules et le genou droit. Les mouvements de l'articulation de la hanche des deux côtés sont

douloureux; il y a également de la douleur dans le poignet gauche.

Ce qui permet d'incriminer la lymphe dans le cas présent, c'est que les deux premières injections n'avaient rien produit du côté des jointures : elles n'avaient donc pas de lésions tuberculeuses. Ne s'agit-il pas là d'une sorte de pseudo-rhumatisme toxique? L'hypothèse est d'autant plus probable qu'il y a eu en même temps une éruption papuleuse sur la peau. N'est-il pas particulièrement dangereux de produire de semblables accidents chez un tuberculeux?

M. le professeur Cornil déclare le traitement de Koch inutile dans les phthisies avancées, fébriles, avec des cavernes. Ce traitement n'empêche pas les hémoptysies et peut-être les favorise-t-il par la congestion pulmonaire. Enfin, il est nuisible dans la phthisie granuleuse généralisée et dans les phthisies aiguës pneumoniques.

Le savant professeur continuera ses expériences sur les cas de tuberculoses chroniques peu fébriles sans réaction locale inquiétante, et expliquera — dans un mois — les résultats de ses recherches.

CLINIQUE NATIONALE DES QUINZE-VINGTS

L'opération de la cataracte simplifiée.

La découverte de la cocaïne, anesthésiant et immobilisant le globe oculaire, supprimant ses réactions contre les manœuvres opératoires, doit amener, dans les procédés d'intervention, une simplification en rapport avec les procédés réalisés.

Alors que l'œil supportait difficilement le moindre attouchement, que le spasme des paupières le défendait contre toute attaque extérieure, il paraissait légitime de fixer l'organe avec une pince spéciale pour l'empêcher de se dérober devant le couteau, et d'écarter avec un instrument convenable les voiles palpébraux toujours prêts à se refermer, d'où l'usage longtemps continué, dans les opérations de cataracte, de l'écarteur ou blépharostat et de la pince à fixer. Ces instruments auraient dû disparaître à l'avènement de la cocaïne, qui rend l'œil inerte et détend les paupières.

Néanmoins, la plupart des ophthalmologistes ont continué l'usage de ces deux outils, dont je comprendrais que mention fût faite dans l'histoire de l'opération pour en énumérer les inconvénients et donner les raisons qui ont obligé les opérateurs à renoncer à leur emploi.

Le blépharostat, quel que soit son modèle, amène, au moment de sa mise en place et de son retrait, une gêne marquée, par suite une réaction, presse aussi sur le globe oculaire en un point quelconque, par suite déforme l'organe, entrebâille les plaies opératoires plus que de raison, enfin favorise les issues du corps vitré puisque, en cas d'urgence, il ne peut être enlevé assez rapidement et assez légèrement. Il est donc inutile, gênant, parfois dangereux.

La pince à fixer mord dans la conjonctive, qu'elle déchire et irrite; en cas de mouvements intempestifs de l'œil, presse sur le globe et aide à l'expulsion du contenu.

Mais si le malade remue? me dira-t-on. Je répondrai à ceci que la fixation digitale suffit pour immobiliser l'œil, suffisamment pour l'exécution correcte de la ponction et de la contre-ponction, et que quelques mouvements du patient ne sont pas pour m'effrayer, car, avec un peu de dextérité, ils peuvent être utilisés pour la taille du lambeau, la cornée se sciant sur le tranchant maintenu seulement parallèle au plan de section. J'avoue que, pour un débutant, l'emploi de la pince et du blépharostat peuvent être d'un certain secours; je consens à ce qu'on les conserve pour les exercices de médecine opératoire. Les praticiens consommés sauront s'en passer, devant être en mesure de réussir une opération même délicate, dès qu'elle doit être la plus utile et la moins dangereuse pour le patient.

N'étaient leurs inconvénients, plus haut signalés, que les deux outils, s'ils ne sont pas reconnus indispensables, devraient encore être abandonnés, la doctrine moderne nous obligeant à employer le moins possible d'instruments, chacun pouvant devenir source d'infection.

Cette dernière raison, non la moins suggestive, m'a fait rejeter de la pratique le kystitome, destiné à déchirer la capsule du cristallin, trop difficile à nettoyer et souvent porteur de germes, comme l'a si bien dit M. le professeur Gayet, à l'exemple duquel je me suis conformé sur ce point.

Si, dans cette campagne pour la simplification opératoire, je ne suis pas appuyé par tous mes confrères pour le rejet en bloc des trois instruments susnommés, je suis certain que tel ou tel, ayant déjà reconnu nuisible l'un des trois instruments, m'approuvera partiellement. La pince à fixer me paraît garder le plus de partisans; mais j'affirme qu'en étudiant mon procédé, on arrivera à s'en passer très facilement.

On s'est servi jusqu'ici, pour pratiquer l'opération de la cataracte, des outils suivants : blépharostat, pince à fixer, couteau de Græffe, kystitome, curette, spatule à iris. Je propose de n'en conserver qu'*un seul, le couteau*, toujours facile à entretenir et à maintenir dans un état parfait d'asepsie.

L'opération, pratiquée telle que je vais la décrire, assurera un minimum de traumatisme, un maximum de sécurité et de célérité. Elle pourra être aussi aseptique que possible et ne sera, pour ainsi dire, pas sentie du malade.

Il y a tendance à supprimer des facteurs de succès l'exécution rapide et correcte d'une opération. Cette tendance me paraît éminemment fâcheuse; je maintiendrai quand même que des tissus contusionnés, restés trop longtemps en contact avec des instruments, les pressurant ou les déchirant, fourniront des cicatrisations moins nettes et seront moins susceptibles de réagir efficacement contre les germes pathogènes.

Voici comment je pratique l'opération de la cataracte :

Je relève la paupière supérieure avec l'index gauche et j'abaisse l'inférieure avec le pouce du même côté, ces deux doigts appuyant légèrement à la partie supérieure et inférieure du globe oculaire, qui se trouve ainsi fixé en même temps que les paupières sont écartées. Deux doigts, c'est-à-dire deux instruments intelligents, instantanément mobiles, remplacent donc blépharostat et pince avec un avantage indéniable, puisqu'ils peuvent s'adapter à toute circonstance, modifier leur position, le degré de pression qu'ils exercent et être immédiatement retirés. Avec ce mode d'écartement et de fixation, il n'y a plus de danger d'issue du corps vitré, puisqu'une manœuvre très simple permet aux paupières de revenir rapidement en occlusion et de fermer ainsi la plaie cornéenne. Les chances de prolapsus de l'iris sont réduites au minimum, l'œil non comprimé conservant sa forme normale, la plaie ne tendant pas à s'entrebâiller.

J'invite le patient à regarder en bas, faisant toujours une

section supérieure; puis, de la main droite, je saisis le couteau, dont la pointe, après ponction, va déchirer la capsule pour aller ensuite remonter au point de contre-ponction et présenter à la lame de saillie un lambeau un peu plus étendu que le tiers supérieur de la cornée, se rapprochant, à le frôler, du bord scléro-cornéen.

Avant de finir la saillie du lambeau, j'abandonne la paupière inférieure, soulevant seulement la supérieure avec l'index gauche et n'ayant nul souci d'une mobilité quelconque de l'œil que fixe le couteau.

Le lambeau sectionné, j'appuie le dos du couteau sur la partie inférieure de la cornée, aidant ainsi à la sortie du cristallin, que je suis quelquefois obligé de favoriser par une légère pression faite, avec le bord palpébral supérieur, sur le segment correspondant du globe.

Je n'ai plus qu'à faire, par les procédés ordinaires, la toilette de l'œil, sans instiller aucun collyre, et à placer un pansement sec aseptique, que je lève trois jours après. A ce moment, l'œil, nullement injecté, car il n'a subi aucune irritation pendant l'acte opératoire, supporte vaillamment la lumière; la plaie est coaptée, la chambre antérieure refermée; j'instille l'atropine, et le sixième jour les malades peuvent quitter l'hôpital.

Voici plus de 300 opérations de cataracte sénile que j'exécute par ce procédé devant les élèves qui fréquentent la Clinique des Quinze-Vingts; je n'ai pas eu un seul accident pendant l'acte opératoire, pas une suppuration consécutive. J'ai observé à peine 6 p. 100 de hernies de l'iris, 2 p. 100 d'iritis. A défaut d'autres, n'aurais-je pu me contenter de ce dernier argument?

Dr A. Trousseau,
Médecin de la Clinique des Quinze-Vingts.

DE LA PRATIQUE GÉNÉRALE DE LA DÉSINFECTION (1)

Par le docteur L.-H. Thoinot,
Auditeur au Comité consultatif d'hygiène de France.

II

C. Désinfection de chaque objet en particulier. — Nous allons étudier, connaissant les divers agents de désinfection, la manière de désinfecter chacun des objets que la pratique peut nous offrir, et, pour chacun, nous indiquerons quel est l'agent qui nous paraît le plus propre à la désinfection, et quel autre peut, à défaut, remplir son rôle.

I. *Effets d'habillement*. — Les diverses pièces d'habillement du costume masculin : pantalons, gilets, etc., doivent, toutes les fois que cela est possible, être soumises à la désinfection par l'étuve; c'est là le vrai désinfectant de cette catégorie d'objets, qui ne subiront de l'action de l'étuve aucun dommage.

Il en va de même pour les diverses pièces du costume féminin, et, nous l'avons dit plus haut et le répétons ici, qu'il s'agisse de pièces de laine, de soie, de velours, d'étoffes noires ou de couleur, avec l'étuve le dommage sera nul.

Exception doit être faite pour les gants, les fourrures, les chaussures et tout autre objet en cuir, en peau, tout autre objet, enfin, de provenance animale. A toute cette catégorie d'objets, l'étuve ne convient pas, et les soumettre à cette désinfection serait les détériorer d'une façon irrémédiable. Les gants peuvent être à l'ordinaire considérés comme objets de peu de valeur et *brûlés*. Les *chaussures* recevront une pulvérisation prolongée et énergique de la solution de sublimé. C'est aussi la conduite à tenir pour les *fourrures*, et en général pour toute cette catégorie d'objets : *guêtres, visières de casquette*, etc.

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1286.

Lorsque pour les effets du costume masculin ou féminin on ne dispose pas d'une étuve, le problème devient très compliqué. Le soufre produirait la plupart du temps de sérieux dommages, et l'on n'a plus alors que la ressource du traitement par la solution de bichlorure de mercure, et encore celle-ci ne peut-elle, *économiquement*, être mise en usage que pour ceux-là seuls des effets que le mouillage ne détériore pas. Dans les cas graves, lorsqu'il a toute raison de croire que lesdits effets du costume masculin ou féminin ont été exposés à recevoir des germes malfaisants, lorsqu'il a toute raison de craindre qu'ils ne deviennent des agents d'une contagion active, le praticien doit insister pour une désinfection au sublimé, dût celle-ci faire courir quelques risques de détérioration. Mieux vaudrait encore *brûler*, dans certains cas, une garde-robe entière, que d'y laisser subsister certains germes, et pour décider les hésitants qui opposeraient aux conseils du médecin l'ennui de quelque perte matérielle ou de la dépréciation de leur garde-robe, celui-ci pourra citer le fait suivant raconté, par le docteur Pinard, à la Société de médecine publique du 22 octobre 1890.

« Un enfant est pris de croup et meurt. La désinfection est refusée par la famille. Un second enfant meurt à son tour; toujours pas de désinfection : on détériorerait quelque tapis, quelque rideau, quelque meuble — *je n'exagère pas, c'est la réponse qui a été faite*.

« La famille va à la campagne, et reste six mois absente; elle revient à Paris, rentre dans le même appartement, et un *troisième enfant meurt de diphthérie!* »

Il est toute une autre catégorie d'effets pour lesquels la difficulté n'est pas grande : ce sont tous les effets de peu de prix, effets de travail, effets de paysans, qui supportent fort bien les lavages, et qu'on nettoie communément par ce procédé. Pour ces effets, si l'étuve ne peut être mise en usage, rien ne sera plus simple et plus commode qu'une désinfection par la solution de sublimé. Une immersion de quinze à vingt minutes dans une cuve contenant quantité suffisante de la solution — ce qui est toujours d'un prix de revient peu élevé — suffira parfaitement pour assurer la désinfection (1).

L'eau bouillante encore pourrait être mise en usage, au moins pour quelques-uns de ces effets, et la combinaison des deux procédés sera toujours d'une bonne pratique, quand faire se pourra.

II. *Linge*. — Le linge est parfaitement désinfecté par l'immersion dans une cuve contenant quantité suffisante de la solution de bichlorure de mercure que nous avons formulée. L'immersion doit être naturellement prolongée au moins quinze à vingt minutes, et plus longtemps avec avantage.

L'immersion dans l'eau bouillante, et maintenue bouillante un temps suffisant (vingt à trente minutes), convient encore parfaitement au linge. Quand il s'agit de désinfecter du linge taché de pus, etc., l'immersion doit se faire dans l'eau froide : cette eau est ensuite portée *doucement* à la température de 100 degrés.

III. *Literie*. — La désinfection des pièces de literie, et nous entendons par là les *matelas*, *lits de plume*, *oreillers*, *traversins*, *couvertures*, est de la plus haute importance.

Ce qui convient le mieux pour opérer cette désinfection, c'est *l'étuve*. A défaut d'étuve, nous ne voyons absolument que le *soufre*. Des pulvérisations avec la solution de sublimé ne pénétreraient pas dans l'épaisseur d'un matelas, d'un traversin, et la désinfection resterait incomplète. Une immersion dans ladite solution présente des inconvénients pratiques que chacun comprend. L'acide sulfureux est donc le véritable succédané de l'étuve, et c'est ici qu'il peut rendre les plus grands services. Nous indiquerons plus tard le *modus faciendi*.

IV. *Logement* : *chambres et mobilier*. — Envisageons d'abord le cas le plus simple : la chambre sans objet de luxe; peu ornée; à murs peints à l'huile, ou faits à la chaux, ou tapissés de papier à

(1) Il est bien entendu que la solution désinfectante devra être préparée sans l'addition du colorant, toutes les fois qu'ou pourra craindre qu'il ne résulte quelque détérioration du fait de celui-ci.

bon marché ; meublée de pièces en bois des plus simples, sans dorures, sans tapisserie ; aux fenêtres des rideaux sans valeur. Ici pas de difficulté : la désinfection se fera tout entière et fort bien avec la *solution de sublimé* employée *largâ manu*. Déverser sur le sol — parqueté ou carrelé — quelques seaux de la solution, laver fortement à la brosse ou au balai à l'aide de la solution ; passer de même la brosse ou l'éponge bien trempées, et à plusieurs reprises sur toute la surface des meubles ; laver les murs et plafond avec la même solution, et dans ce cas, le mieux est, si on le peut, de se servir du pulvérisateur Geneste et Herscher ; enlever les rideaux et les envoyer à l'étuve, ou les désinfecter sur place en les trempant dans la solution désinfectante : telle est la marche générale de cette opération, qui ne demande qu'un peu de temps et de soin, et n'est, en somme, qu'un de ces grands nettoyages qu'on pratique dans tous les ménages, à la seule différence de l'addition du bichlorure à l'eau de lavage. Les *murs à la chaux* doivent être *refaits*.

Dans les chambres renfermant un mobilier de luxe, le problème va devenir plus compliqué. Si l'on dispose d'une étuve, on fera mettre en paquet les rideaux, tentures et tapis, et on les fera passer à l'étuve. Si l'étuve même est à grande distance, le médecin devra représenter combien tous les objets susdits sont dangereux, et quels risques d'infection ultérieure son client s'épargnerait à lui et aux siens, s'il voulait faire la minime dépense d'empaqueter et d'envoyer lesdits objets à la ville la plus proche munie d'une étuve, pour leur faire subir une désinfection sérieuse.

Si les murs sont tendus de papier, il faut demander l'arrachement de ce papier — qui sera tout aussitôt brûlé — et un lavage minutieux du mur dénudé avec la solution de sublimé. Beaucoup de papiers d'ailleurs, ceux qui ne portent ni dorure ni teinture rouge, ne souffrent pas des lavages désinfectants, et on pourra pratiquer l'opération sur le papier restant en place. Le mieux cependant est d'arracher.

Les tapis, tentures ou rideaux d'étoffe pourraient d'ailleurs, dans bien des cas, supporter, sans aucun préjudice, les pulvérisations de sublimé, et, à défaut d'obtenir leur envoi à une étuve éloignée, on devrait demander que ce mode de désinfection fût tenté.

Le sol, débarrassé des tapis, sera énergiquement lavé avec la solution désinfectante.

Tous les meubles non tapissés seront également lavés avec la solution. Pour les meubles recouverts de tapisseries, le problème offre les difficultés déjà bien souvent exposées. Le médecin devra demander que lesdits meubles soient dégarnis de leurs tapisseries et que celles-ci soient envoyées à l'étuve avec les tentures, tapis, etc. A défaut, il devra demander la désinfection par les pulvérisations désinfectantes au sublimé.

Les dorures des glaces, etc., pourront être passées à la *vaseline boriquée :* c'est probablement bien insuffisant, mais il est difficile de faire mieux. Peut-être ici — mais c'est un point que je n'ai pas eu le loisir d'examiner — la solution de *créoline* ou *crésyl* à 5 p. 100 réussirait-elle bien : je la mentionne à titre de renseignement utile à l'occasion.

On ne doit pas se dissimuler qu'autant la désinfection d'une chambre d'ouvrier, de paysan, est chose facile et de peu d'embarras, puisqu'elle se réduit à un simple lavage pratiqué largement avec une solution désinfectante qui ne produit pas plus de dommages que l'eau simple, autant la désinfection d'une chambre de *luxe* est malaisée : il y a des difficultés *matérielles* et *morales*. Le médecin aura de bien puissants arguments pour venir à bout de toutes les raisons d'*économie* qui pourraient lui être opposées : il doit les faire valoir. D'ailleurs, l'opinion publique se fait de jour en jour, et il est peu de familles qui, vivement sollicitées par un médecin *convaincu*, leur montrant tous les dangers de l'inaction, résisteraient, croyons-nous, à ses arguments.

D. Désinfection des matières virulentes. — La désinfection des matières virulentes est d'une haute importance : il faut toujours savoir faire disparaître les germes de contagion aussitôt leur sortie de l'organisme malade.

a. Désinfection des selles. — Les selles renferment les germes du choléra, de la fièvre typhoïde, de la dysenterie, etc. Elles doivent être désinfectées aussitôt après leur émission. Cette désinfection doit se faire avec les deux substances que nous avons indiquées : *solution de sulfate de cuivre* à 5 p. 100, et *lait de chaux* à 20 p. 100 fraîchement préparé.

Le modus faciendi est le suivant : dans le vase ou bassin qui doit recevoir la selle, on dépose une couche de la substance désinfectante. Aussitôt la selle émise, on la recouvre par un grand excès de matière désinfectante, et on la laisse en contact avec ladite substance pendant un long espace de temps. A la ville, on la jettera dans les latrines ; à la campagne, on l'enterrera avec précaution, au lieu de la jeter sur le sol au hasard, comme cela se fait ordinairement.

b. Désinfection des crachats. — On sait le danger des crachats tuberculeux, véhicules du bacille de Koch. Mais ce n'est pas que dans la tuberculose que les crachats véhiculent les germes morbides. Il en est de même dans la diphthérie, la rougeole, la pneumonie, etc. Il faut exiger que le malade crache dans un vase *ad hoc*, et ne crache que là. Le meilleur moyen de désinfecter le vase et son contenu est de le plonger dans l'*eau bouillante*, et maintenue *bouillante* pendant un quart d'heure environ.

La désinfection des crachats, lorsqu'elle doit être pratiquée en grand, dans les hôpitaux, par exemple, rencontre les plus sérieuses difficultés d'opération, et, jusqu'ici, le problème n'a pas été résolu d'une façon pratique ; mais rien n'est plus simple que la désinfection des crachats d'un malade isolé, et le médecin doit toujours tenir la main à cette désinfection.

E. Désinfection dans chacune des principales maladies contagieuses. — Nous ne ferons que rappeler, pour chacune des principales maladies contagieuses de l'homme, quelles sont les matières qui véhiculent les germes à leur sortie de l'organisme, quels sont les objets que ces matières virulentes ont coutume de souiller ordinairement et, par conséquent, nous indiquerons, par cet exposé même, où doivent porter la recherche et la destruction du germe pendant le cours de la maladie, et à la fin de cette maladie.

I. *Choléra.* — Le germe du choléra est contenu dans les *déjections* (vomissements et surtout selles) du malade. Ces déjections souillent les vêtements, les draps, linges et la literie du malade, et aussi souvent le sol de la pièce qu'il habite. Il faut donc poursuivre le germe cholérique dans ces divers réceptacles et désinfecter par les moyens appropriés : les selles, aussitôt après leur émission ; les vêtements, linges et draps, dès que le malade en prend d'autres ; la literie à l'issue de la maladie ; le sol, matin et soir, et toutes les fois qu'il aura été souillé.

II. *Fièvre typhoïde.* — Le germe de la fièvre typhoïde est contenu dans les *déjections* (*selles*) du malade. Ces déjections souillent les draps, linges et pièces de literie du malade. La conduite, à l'égard de tous ces objets, est la même qu'à l'égard des objets contaminés par le cholérique.

III. *Diphthérie.* — Le germe de la diphthérie est contenu dans l'expectoration du malade (crachats ou fausses membranes) et aussi (diphthérie nasale) dans le mucus nasal. Rejeté avec ces divers produits, le germe de la diphthérie se fixe sur les vêtements du malade, sur ses draps, sa literie, ses linges de corps. Il souille le sol, les murs, rideaux et tentures de la pièce où est couché le malade. Il peut aussi se fixer sur les vêtements des personnes de son entourage, qui pourront ainsi devenir des véhicules du germe diphthérique. Il faut noter aussi que, si l'adulte diphthérique peut s'astreindre à cracher dans un mouchoir, l'enfant projettera au hasard autour de lui ses fausses membranes et les autres produits dangereux.

Les linges d'un diphthérique et ses diverses pièces de literie doivent être désinfectés, dès que le malade en a pris de nouveaux. Le sol devrait être lavé matin et soir ; enfin, rien n'est plus im-

portant, à l'issue de la maladie, qu'une désinfection *radicale, complète*, de la chambre du malade dans toutes ses parties, de la literie et de la garde-robe du malade et de tous ceux qui l'ont approché.

IV. *Tuberculose.* — Nous entendons ici la tuberculose pulmonaire. Ce sont les crachats qui contiennent le germe de la tuberculose, et le vase où crache le malade doit être rigoureusement désinfecté aussi souvent que possible. Mais le tuberculeux projette volontiers ses crachats au hasard, sur le sol, les murs même de la pièce qu'il habite, sur ses vêtements, ses linges, ses draps, ses pièces de literie. Tout cela devrait être soumis à une rigoureuse désinfection pendant la durée de la maladie du tuberculeux.

V. *Variole.* — Le germe de la variole est contenu dans les pustules et les croûtes varioliques. Il souille les vêtements, les linges, la literie du malade, le sol, les murs de la pièce où le varioleux est couché, les vêtements des personnes qui approchent le varioleux. Dans la variole, il faut désinfecter sans désemparer le linge que quitte le malade, ses draps aussi au fur et à mesure de leur renouvellement; et la maladie terminée, il faut faire faire une désinfection rigoureuse du local occupé par le varioleux, de sa literie, de sa garde-robe et aussi de la garde-robe de toute personne qui l'a approché, lui a donné ses soins.

L'examen de ces cinq maladies, les plus communes, les plus graves parmi les maladies infectieuses de notre pays, suffit pour montrer quelle conduite il faut tenir dans les divers cas. La conduite générale se résume en ceci :

Dans toute maladie infectieuse il faut, pendant le cours de la maladie, procéder sur-le-champ à la désinfection des matières virulentes rejetées par le malade et de tout ce que ces matières ont souillé sur lui, autour de lui : linges, draps, sol, etc. La maladie terminée, il faut toujours procéder à une désinfection d'ensemble, une *grande désinfection* comprenant la garde-robe, la literie, le local, le mobilier qui garnit le local. C'est de cette désinfection d'ensemble que nous allons maintenant nous occuper, et dont nous allons tâcher de tracer les règles suivant les divers cas.

Nous avons, dans le cours de cette étude, systématiquement laissé de côté tout ce qui a trait à la pratique hospitalière, les précautions que l'on adopte aujourd'hui dans la visite des malades contagieux : vêtements spéciaux désinfectés dès qu'on les quitte, etc. Nous étudions surtout la pratique privée de la désinfection, celle où le médecin est laissé à lui-même, où tout conseil, toute initiative doit venir de lui.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie (1), par M. le professeur Tillaux.

Nous n'avons plus à présenter à nos lecteurs le livre de M. Tillaux. Son succès incontestable a amené rapidement des éditions nouvelles. Aujourd'hui, c'est la sixième édition que le nouveau professeur de médecine opératoire présente au public médical.

Cette sixième édition diffère très notablement des précédentes. Les progrès dus à l'antisepsie ont rendu chirurgicales des régions jusqu'ici intéressantes seulement au point de vue anatomique pur. De nombreuses modifications ont été apportées aux chapitres concernant l'abdomen; le texte a été profondément remanié, et d'importantes figures ont été annexées.

En d'autres termes, cette édition nouvelle a maintenu l'ouvrage au niveau des progrès incessants de la chirurgie.

Trois mois en Irlande (2), par M. A. de Bovet.

Si vous voulez connaître l'Irlande et faire un voyage des plus agréables, lisez les *Trois mois en Irlande* ; ayez confiance dans le narrateur; il a tout vu de ses yeux; il ne s'en remet pas aux ciceroni ; il les déteste même, et les étranglerait au besoin. Partageant entièrement cette manière de voir — sans aller cependant jusqu'à l'étranglement — c'est avec un vif intérêt que nous avons suivi M. A. de Bovet dans ses excursions, et nous nous flattons, en fermant ce livre, de connaître un peu ce pays si malheureux, que, par une douloureuse figure de rhétorique, on appelle la *sœur* de l'Angleterre.

(1) Gr. in-8°, 6e édit. Prix : 26 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.
(2) In-16. Prix : broché, 4 francs ; relié en percaline, 5 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

L'Hypnotisme (1), par M. le docteur Foveau de Courmelles.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on a songé à établir un rapprochement entre les phénomènes souvent mystérieux de l'électricité et les influences occultes qui semblent, dans certaines circonstances, dominer la volonté humaine; le fameux baquet magnétique de Mesmer en est la preuve. D'abord traité de superstition par les hommes de science, le magnétisme animal a cependant toujours conservé des adeptes fervents qui n'ont cessé de faire de la propagande pour répandre cette croyance au surnaturel et à l'occulte qui, sous le nom de sorcellerie, au moyen âge, de magnétisme animal, à la fin du siècle dernier, de spiritisme, plus tard, d'hypnotisme et de suggestion, de nos jours, a déjà troublé bien des esprits. Ce qui est plus grave, c'est que ces doctrines s'appuient sur des faits constatés, mais encore insuffisamment expliqués, qui donnent, pour la masse, une apparence d'autorité aux théories les plus audacieuses; les fanatiques ne vont à rien moins qu'à supprimer, ou à suspendre plutôt l'exercice de la volonté individuelle, et à prétendre expliquer certains faits monstrueux ou criminels par l'inconscience absolue du sujet ou par la substitution d'une volonté étrangère à la sienne propre. Il n'est pas mauvais que, dans l'égarement funeste que doivent engendrer de pareilles doctrines, des hommes autorisés viennent réduire, à de justes proportions, les fantaisies des amateurs du merveilleux.

M. le docteur Foveau de Courmelles vient nous faire l'historique de l'hypnotisme et de la suggestion. Après avoir exposé les origines de cette croyance à l'occulte, après avoir énuméré les faits constatés aux Écoles de la Salpêtrière et de Nancy, il conclut par cette déclaration consolante, en somme, pour les amis de la raison et du progrès conscient de l'humanité, que l'hypnotisme et le magnétisme sont également indéniables, mais que les discussions commencent sur l'existence de la volonté dans le sommeil provoqué, et qu'il est possible de démontrer, malgré les faits étranges et inexpliqués autour desquels on a mené tant de bruit, que la volonté humaine n'est pas un vain mot et subsiste. Que l'on soit ou non enclin vers la doctrine de la suggestion, il sera bon de lire le livre de M. Foveau de Courmelles, car il résume parfaitement l'état de la question.

L'Enfance de l'humanité; l'âge de la pierre (2), par M. le docteur Verneau.

L'œuvre des vulgarisateurs consiste à s'emparer des études des chercheurs, des hommes de science; ils les réunissent, les rapprochent, les condensent pour nous montrer, dans l'ensemble de chaque art ou de chaque procédé, comment le génie de l'homme l'a conduit peu à peu, des œuvres rudimentaires des premiers temps de l'humanité, aux œuvres admirables, artistiques ou industrielles, qui font aujourd'hui le charme ou le bien-être de notre civilisation moderne.

Voici, par exemple, M. le docteur Verneau, un anthropologiste distingué qui nous parle aujourd'hui de l'*Enfance de l'humanité*. Quelles sont les premières races d'hommes voisines encore par

(1) *Bibliothèque des Merveilles.* Prix : broché, 2 fr. 25; cartonné, percal. bleue, tr. rouges, 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.
(2) *Bibliothèque des Merveilles.* Prix : broché, 2 f. 25; cartonné, percal. bleue, tr. dorées, 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

leurs formes de l'animalité, qui ont, des centaines ou des milliers de siècles avant notre ère, paru les premières à la surface de la terre? Comment ces hommes, jetés nus sur le sol, ont-ils fait pour pourvoir à leur défense, à leurs premiers besoins? Quels sont les premiers outils dont ils se sont servis? Comment, de perfectionnements en perfectionnements, dont le moindre n'a peut-être été réalisé qu'après des siècles de tâtonnements, sont-ils passés de l'outil de silex en pierre éclatée à l'outil de pierre taillée, de celui-ci à l'outil de pierre polie, avant d'arriver à la découverte du bronze, puis à celle du fer? Il est intéressant de voir comment le moindre caillou, le moindre fragment d'os conservé dans les couches d'alluvions ou de débris qui ont successivement recouvert la surface du globe, peut, entre les mains d'hommes habiles et clairvoyants, devenir un document historique de la plus haute certitude. Et ces archives terrestres inépuisables commencent à peine à être interrogées depuis quelques années!

Production de l'électricité (1), par J. Baille.

Parmi les transformations qui modifient le plus profondément nos habitudes et notre manière de vivre, il faut noter l'introduction de l'électricité dans les usages de la vie courante. Le téléphone, puis l'usage naissant de la lumière électrique, en attendant que l'électricité devienne la source la plus répandue de la force motrice, toutes ces innovations ont supprimé bien des entraves et créé bien des besoins nouveaux auxquels nous devons, bon gré, mal gré, nous accommoder. Puisque les appareils électriques se multiplient au point de devenir des ustensiles d'un usage domestique, il n'est pas inutile de se familiariser avec cette nouvelle puissance, d'apprendre d'où elle vient, comment on peut la soumettre à sa volonté et quels sont les services qu'il est possible de lui demander. C'est ce que M. Baille a exposé avec une compétence remarquable dans son livre sur la *Production de l'électricité*. Il donne dans cet ouvrage toutes les notions indispensables sur les piles hydro-électriques, les machines d'induction, les moteurs électriques, la lumière électrique et la galvanoplastie. C'est un livre utile à lire.

Les Merveilles de l'émaillerie (2), par Molinier.

Les Grecs aimaient déjà, pour se rapprocher de la réalité, à parer leurs statues et leurs statuettes de couleurs gaies et voyantes qui donnaient au moins aux draperies dont étaient couvertes ces figures inanimées l'apparence du vêtement réel. Mais les couleurs, même les plus solides, subissent les outrages du temps et s'effacent à la longue, irrémédiablement. C'est lorsque cette fragilité de la couleur eut été constatée que les artistes s'ingénièrent à trouver un moyen de lui assurer la même durée qu'au support de pierre ou de terre à l'existence duquel elle devait être liée : de là naquit l'art de l'émaillerie.

Les Statuettes de terre cuite dans l'antiquité (3), par Pothier.

Presque en même temps que l'homme, à ces âges reculés, apprenait à se servir du caillou de silex pour s'en faire un outil ou une arme, il apprenait encore à se servir de l'argile, à la pétrir, à la façonner pour en faire des vases, capables de retenir l'eau. Les premières de ces grossières poteries, si rustiques qu'elles fussent, dénotaient déjà un effort considérable; elles marquaient profondément l'abîme qui sépare l'homme de l'animal. Mais l'instinct artistique existait chez l'homme en même temps que le génie industriel; on le voit se trahir, dès les époques les plus reculées, par des essais de dessins d'abord maladroits, plus tard, plus perfectionnés, gravés sur des fragments d'os ou sur l'argile des poteries. Celles-ci elles-mêmes se compliquent à mesure que l'humanité avance en âge; on y ajoute des ornements inutiles; mais qui augmentent leur grâce extérieure; puis, le modeleur, enhardi, essaie de donner à l'argile les formes des objets extérieurs qui l'entourent; et c'est ainsi que nous voyons naître ces charmantes statuettes de terre cuite répandues à profusion dans les nécropoles antiques. Un savant archéologue, conservateur au musée du Louvre, M. Pothier, nous montre dans son livre sur les *Statuettes de terre cuite*, l'inépuisable variété de ces petites figurines qui ont conservé jusqu'à nos jours l'empreinte extérieure et jusqu'à la physionomie des sociétés pour lesquelles elles furent faites. Les statuettes de terre cuite nous rendent, pour la connaissance des sociétés disparues, les mêmes services que nous rend aujourd'hui la photographie pour la connaissance des sociétés modernes. Dans les nécropoles de Tanagra et de Myrina, notamment, l'abondance et la diversité des statuettes est telle que l'on y retrouve des types de tous les membres de la société grecque dans les actes les plus ordinaires de leur existence, depuis le marchand des rues jusqu'à la jeune fille la plus élégante et la plus gracieuse, depuis le grave philosophe jusqu'à l'histrion comique, depuis l'être le plus idéal jusqu'au grotesque le plus ridicule. Le livre de M. Pothier renferme l'un des chapitres les plus intéressants de l'histoire de la civilisation grecque.

(1) *Bibliothèque des Merveilles*. 1 vol. illustré de 124 vignettes sur bois. Prix : broché, 2 fr. 25; cartonné, percal. bleue, tr. rouges. — Paris, Hachette et Cie.

(2) *Bibliothèque des Merveilles*. 1 vol. illustré de 60 gravures. Prix : broché, 2 fr. 25; cartonné, percal. bleue, tr. dorées, 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

(3) *Bibliothèque des Merveilles*. Prix : broché, 2 fr. 25; cartonné, percal. bleue, tr. rouges, 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite du décès de M. Siredey et de l'arrivée à la limite d'âge de MM. Mesnet, Féréol, Laboulbène et Vidal, les mutations suivantes auront lieu à partir du 1er janvier, dans les services de médecine des hôpitaux de Paris :

M. Landrieux quitte l'hôpital Saint-Antoine pour aller à Lariboisière, M. Ballet passe de Sainte-Périne à l'hôpital Saint-Antoine et M. Comby passe du Bureau central à l'institution Sainte-Périne.

M. Lancereaux passe de la Pitié à l'Hôtel-Dieu, M. Albert Robin de l'hospice des Ménages à la Pitié, M. Barié du Bureau central à l'hospice des Ménages.

M. du Castel passe de l'hôpital du Midi à l'hôpital Saint-Louis, M. Balzer de Lourcine au Midi, M. Renault du Bureau central à Lourcine.

M. le professeur Brouardel passe de la Pitié à l'hôpital de la Charité, M. Faisans de Tenon à la Pitié, M. Brault du Bureau central à Tenon.

M. le professeur Cornil passe de Laënnec à la Charité, M. Landouzy de Tenon à Laënnec, M. Talamon de Larochefoucauld à Tenon, M. Brocq du Bureau central à Larochefoucauld.

— Par décret, en date du 16 décembre 1890, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Michel et Berthelon.

— *Hôpitaux de Montpellier.* — Les concours de l'internat et de l'externat viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Magnol et Cadilhac.

Internes provisoires. — MM. Lavergne et Gonzalès.

Externes titulaires. — MM. Metge, Chatinière, Baumelong et Ménard.

Externes provisoires. — MM. Bothezat, Cros, Girard, Pignolet, Heran et Delasusse.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pichot (de la Loupe), Roustan père (de Creil), Sognet (de Liverdun), Tanqueret (de Coutances), Verrollot (d'Ivry-sur-Seine).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 148. — JEUDI 25 ET SAMEDI 27 DÉCEMBRE 1890. 63e ANNÉE. JEUDI 25 ET SAMEDI 27 DÉCEMBRE 1890. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Lancereaux a fait une intéressante communication sur les accidents graves, souvent mortels, produits par les boissons renfermant des essences. M. Laborde avait déjà appelé l'attention de l'Académie sur la redoutable toxicité des huiles essentielles, contenues dans différentes liqueurs (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1024). Les observations cliniques de M. Lancereaux confirment pleinement les expériences que M. Laborde a reproduites devant l'Académie. L'usage de ces boissons se répandant de plus en plus, et surtout chez les femmes, il y a là un nouveau péril social qu'il importe de combattre. M. Lancereaux termine son travail par les conclusions suivantes :

« 1° Toutes les boissons qui renferment des essences, liqueurs ou autres, y compris le vermouth, sont des substances nuisibles à la santé, et trop souvent mortelles, lorsqu'on en abuse pendant un certain temps;

2° La mortalité produite par ces boissons est excessive, en tout cas beaucoup plus grande qu'on ne serait tenté de le croire, car très souvent les malheureux qui s'y adonnent sont emportés, non par les phénomènes toxiques eux-mêmes, mais par la tuberculose qui résulte de leurs excès.

L'administration compétente a donc lieu de se préoccuper des dangers qu'engendrent ces boissons à essences, car en augmentant la mortalité, elles nuisent à la richesse et à la puissance du pays.

Le moyen de remédier à ces inconvénients serait sans doute de limiter le débit des spiritueux et d'exiger des débitants des licences et une moralité reconnue; et enfin de frapper d'un impôt particulier, autre que celui que paient déjà les alcools, tous liquides renfermant des essences et qui ne sont, en somme, que des boissons de luxe, toujours nuisibles et jamais utiles. »

D'autres mesures ont été proposées par MM. Laborde et Lagneau : conférences publiques, instructions dans les écoles, etc. Malheureusement, il est à craindre, ainsi que l'a fait observer M. Bergeron, que toutes ces mesures restent aussi peu efficaces que celles qui ont été proposées naguère pour combattre l'alcoolisme. Il n'en faut pas moins louer M. Lancereaux de son intéressante étude et de ses bonnes intentions.

M. Chervin, membre du Conseil supérieur de statistique, a fait une communication sur le nombre des enfants par famille, dans le département de Lot-et-Garonne. On trouvera, au compte rendu, un résumé de cette communication, ainsi qu'une nouvelle observation de M. Terrier, sur un cas de dilatation considérable de la vésicule biliaire, par suite de la présence d'un calcul enchatonné dans le canal cystique, guérie par la laparotomie et la résection partielle de la vésicule biliaire.

L'Académie a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1891.

REVUE GÉNÉRALE

De la fièvre hystérique.

Par M. Boulay, interne des hôpitaux.

L'hystérie a pris, dans ces dernières années, une telle extension en pathologie, son domaine s'est tellement agrandi, que certains esprits se sont demandé s'il n'y avait pas là une erreur des neuropathologistes, pour ne pas dire une manie, à voir partout des manifestations de la névrose, et ont posé la question de savoir si ce n'était pas à tort qu'on avait détourné le terme d'hystérie de son sens primitif. Qu'il y ait là un progrès réel de l'hystérie ou que cette extension soit seulement apparente, les manifestations de la maladie ne paraissant plus fréquentes que parce qu'on sait mieux les dépister, peu importe : il n'en est pas moins fermement établi qu'une foule de symptômes et de syndromes, qui d'ordinaire sont l'expression de lésions organiques connues, sont, en bien des circonstances, imputables à l'hystérie. Mais si certains de ces syndromes sont reproduits par la névrose avec une assez grande fréquence pour que nous soyons mis en garde à leur égard, il en est de plus rares qui semblent autant de pièges tendus au médecin; il en est d'autres, enfin, auxquels l'esprit refuse de juxtaposer l'épithète d'hystérique, même si cette idée nous traverse un instant le cerveau. Ainsi en est-il de la fièvre.

Y a-t-il donc antagonisme entre la fièvre et l'hystérie; est-il interdit à l'hystérie, qui simule tout, de simuler la fièvre ? Nullement, et la possibilité d'une élévation de température sans l'intervention d'aucune complication inflam-

matoire chez les hystériques, l'existence d'une fièvre hystérique, en un mot, nous semble démontrée actuellement.

I

Mais tout d'abord, il est nécessaire de s'entendre sur le terme de fièvre. Avec Naunyn, il serait logique, dans l'état actuel de la science, d'appeler fièvre uniquement l'élévation de la température, de n'appeler fébriles que les symptômes dus à l'hyperthermie seule : dyspnée, accélération du pouls, et de ne prendre les troubles du système nerveux, ceux de la circulation et de la digestion, de l'assimilation et de la désassimilation, des sécrétions, etc., considérés jusqu'à ces dernières années comme des phénomènes appartenant à la fièvre, que pour ce qu'ils sont en réalité : les symptômes de l'infection aiguë (Girard).

Ainsi entendu, le terme de fièvre ne prête guère à l'équivoque. Et cependant les objections à la fièvre hystérique, même ainsi comprise, ne manquent pas. Qu'on refuse toute valeur aux observatious recueillies avant l'usage du thermomètre en clinique, nous n'y voyons pas grand inconvénient. Les cas sont assez nombreux où l'élévation de température a été vérifiée par le thermomètre, sans qu'on ait besoin d'aller exhumer dans les vieux auteurs des exemples de fièvre hystérique. Mais le contrôle de l'examen thermométrique lui-même a paru suspect, et cela à plusieurs titres.

En premier lieu, les troubles vaso-moteurs, si fréquents chez les hystériques, sont capables d'amener des élévations de température locales qui peuvent en imposer pour de la fièvre. C'est là une cause d'erreur, il faut le reconnaître; mais elle est si facile à éviter, en prenant successivement ou simultanément la température dans l'aisselle et le rectum ou le vagin, qu'il suffit de la signaler.

D'autre part, donnera-t-on le nom de fièvre hystérique aux élévations de température du corps qui se manifestent à la suite de crises violentes et répétées et qui, loin d'être propres à l'hystérie, s'observent dans les convulsions toniques de l'épilepsie et sont probablement susceptibles de la même interprétation pathogénique? Sans doute, dans l'état de mal hystéro-épileptique, il arrive qu'on observe de légères élévations de température; mais c'est exceptionnel et il ne s'agit que d'une élévation de quelques dixièmes de degré : même dans des cas où l'état de mal a duré plusieurs semaines, la température est restée normale ou ne s'est élevée aux environs de 38 degrés que d'une façon passagère. Ce ne sont pas ces faits que nous avons en vue.

Mais il est une cause d'erreur qui a surtout contribué à faire mettre en suspicion la fièvre hystérique et qui, provoquant une défiance peut-être trop vive, a retardé son admission dans le groupe des manifestations de l'hystérie : c'est la simulation. On connaît le cas rapporté par M. Du Castel à la Société médicale des hôpitaux, d'une hystérique qui faisait monter la colonne mercurielle en percutant à petits coups de doigt le thermomètre placé dans son aisselle. Mais il ne faut pas, d'un cas, conclure à tous les autres. La supercherie est un des traits du caractère des hystériques en général, quelles que soient les manifestations que présentent ces malades, et n'est pas particulière à ceux ou celles qui peuvent avoir de la fièvre. On ne conteste pas l'origine hystérique d'accidents parfois bien plus étranges qu'une simple élévation de température. On ne songe pas à nier la fièvre dans le goître exophthalmique (1), maladie qui a plus d'un point de contact avec l'hystérie. Dans la chlorose, qui affecte un certain degré de parenté avec les névroses, l'existence d'une élévation de température a permis de décrire une variété spéciale de chlorose fébrile. Chez des choréiques, enfin, M. Bertoye a constaté des élévations de température allant jusqu'à 39 degrés, sans aucune lésion organique. Là aussi, pour être conséquent avec soi-même, il faudrait suspecter la supercherie. Et cependant, quoi de plus facile que de se mettre à l'abri de l'erreur? Il suffit, pour cela, que le médecin prenne lui-même la température et, au besoin, à plusieurs reprises, en restant auprès du malade. Or, si les auteurs, qui ont publié des cas de fièvre hystérique, ont eu cette précaution — et ils ont précisément noté qu'ils l'avaient prise — leurs observations gardent toute leur valeur et peuvent servir de base à l'étude de la fièvre hystérique.

Historique. — Reconnue et admise par un certain nombre d'auteurs anciens (Baillon, Rivière, Morgagni), rejetée par d'autres, la fièvre hystérique a un historique tourmenté et confus.

Décrite probablement par Sandras comme fièvre essentielle (2), par Pomme (3), comme fièvre spasmodique, elle a été niée par Broussais et son école. Chomel, MM. Landouzy, Grisolle, respectant une prétendue incompatibilité entre la fièvre et une névrose, l'attribuaient à une lésion organique concomitante. Cependant, Graves et surtout Wunderlich en signalent des exemples, et Beau admet une fausse fièvre typhoïde d'origine nerveuse. Mais c'est Briquet (4), qui, le premier, affirme positivement l'existence de la fièvre hystérique, dont il décrit surtout la forme lente ou continue. Puis, malgré les travaux de MM. Gagey (5) et Briand (6), qui confirment la possibilité d'accès fébriles chez les hystériques, en dehors de toute complication inflammatoire, M. Pinard (7), en 1883, met de nouveau en doute la fièvre hystérique; refusant toute valeur aux observations des auteurs précédents, il essaie de créer une nouvelle classe d'accidents hystériques : c'est la pseudo-fièvre hystérique qui reproduit, d'ailleurs, moins l'hyperthermie, le tableau des formes admises par Briquet, Briand, Axenfeld et Huchard. Déjà M. Bouchut avait tenté d'enlever la fièvre à l'hystérie pour en doter le nervosisme. Battue en brèche de toutes parts, fortement ébranlée à la suite du cas de simulation rapporté par M. Du Castel, la fièvre hystérique ne rencontrait plus guère qu'incrédules, quand M. le professeur Debove (8) vint entretenir la Société médicale des hôpitaux d'un cas de fièvre hystérique indiscutable, étudié par lui pendant trois années consécutives. Cette observation, suivie bientôt d'un cas analogue de M. Barié (9), donna une nouvelle impulsion à l'étude de la

(1) Bertoye. *Étude clinique sur la fièvre du goître exophthalmique*, Thèse de Lyon, 1888.
(2) Sandras. *Traité des nerfs et de leurs maladies*, 1782.
(3) Pomme. *Traité des affections vaporeuses*, 1803.
(4) Briquet. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859.
(5) Gagey. *Des accidents fébriles qu'on remarque chez les hystériques*, Thèse de Paris, 1869.
(6) Briand. Thèse de Paris, 1877.
(7) Pinard. *De la pseudo-fièvre des hystériques*, Thèse de Paris, 1883.
(8) Debove. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 13 février 1885 et 23 avril 1886.
(9) Barié. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 28 mai 1886.

fièvre hystérique. Les thèses de MM. Deleuil (1), Macé (2), Chauveau (3), Fabre (4) en font foi. Jointes à une observation récente de Mary Putnam Jacobi (5), elles constituent une série de travaux suffisants pour permettre une étude d'ensemble de la question.

Étiologie. — L'étiologie ne présente rien de bien spécial. On retrouve ici les facteurs habituels de l'hystérie. Si parfois la fièvre apparaît sans cause, ou si du moins la cause échappe, le plus souvent la donnée étiologique est parfaitement nette. Tantôt c'est à l'occasion de crises convulsives plus ou moins répétées que l'hyperthermie s'accuse (Barié, Chauveau), tantôt c'est à la suite de l'arrêt des règles [Verette (6), Putnam Jacobi]. La convalescence des maladies aiguës, qui sont au nombre des agents provocateurs de l'hystérie, est notée dans quelques observations : c'est ainsi que les faits de Donkin et de Meade concernent des jeunes filles en convalescence de fièvre typhoïde. Mais il est tout un groupe d'agents étiologiques qu'il faut mettre au premier plan quand on parle d'hystérie ; ce sont les traumatismes moraux : contrariétés, chagrin (Charcot), frayeur. Un des cas de Briand est typique à cet égard.

La plupart des cas que nous avons pu réunir concernent des femmes. Est-ce à dire que la fièvre doive être rayée de la symptomatologie de l'hystérie mâle ? Nous ne le pensons pas. Sans doute, M. Lépine a fait remarquer que la femme possède des centres thermiques particulièrement excitables, mais on peut supposer que sous ce rapport, comme sous bien d'autres, bon nombre d'hommes sont femmes. Le cas de M. Chauveau concerne précisément un homme.

Peut-on, par suggestion, arriver à produire la fièvre chez des hystériques ? La solution de cette question n'offre pas seulement un intérêt de curiosité. Elle permet d'assigner leur véritable nature aux phénomènes fébriles observés chez les hystériques, et de concevoir l'un de leurs modes pathogéniques. Sur une série de sujets des deux sexes, hypnotisés ou hypnotisables, en suggérant une sensation de chaleur intense, M. le professeur Debove a produit des élévations de température qui ont varié suivant les expériences de cinq dixièmes de degré à un degré cinq dixièmes. « Lorsque nous avons essayé de produire le refroidissement des malades par suggestion, les résultats ont été contradictoires. Tantôt la température restait invariable, tantôt elle s'élevait de un à deux dixièmes. C'est que la sensation de froid suggérée amène un refroidissement périphérique, mais en même temps une contraction des vaisseaux cutanés, c'est-à-dire une diminution de perte de calorique. Cette diminution de la perte compense la diminution de production ou produit même une légère élévation centrale. » (Debove.)

II

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Chacun des auteurs, à qui l'on doit une description de la fièvre hystérique, a sa division à soi et s'est efforcé de grouper sous des dénominations différentes les diverses allures que peut revêtir le symptôme. Y a-t-il donc des types toujours semblables à eux-mêmes, se reproduisant avec les mêmes caractères chez des individus différents et autorisant une classification nette et précise ? La lecture des observations est loin de donner cette impression ; et si l'on remarque que la description des types créés par tel ou tel auteur ne repose souvent que sur un seul cas, on admettra avec nous que ces divisions sont quelque peu prématurées. Le nombre des faits n'est pas assez considérable pour qu'on tente une classification d'après les seuls caractères de la courbe thermométrique ou la marche de la fièvre.

Décrire à la fièvre hystérique des formes lentes, courtes, continues, intermittentes, rémittentes, n'est-ce pas reconnaître qu'elle ne revêt pas de type particulier, puisque, dans un même cas, il est donné de voir la fièvre revêtir au début la forme lente, pour prendre ensuite la forme intermittente et plus tard la forme rémittente.

Il semble plus logique de baser l'étude symptomatologique de la fièvre hystérique, non pas tant sur les caractères de cette fièvre elle-même que sur les symptômes concomitants. Dans un premier groupe de faits se rangent les cas où la fièvre est le principal, sinon l'unique symptôme ; elle évolue sans reproduire l'aspect d'aucun autre état pathologique. Dans un second groupe beaucoup plus vaste, l'hyperthermie s'accompagne de phénomènes qui simulent de plus ou moins près une affection viscérale ; ce ne sont pas les cas les moins embarrassants. Dans le premier cas, l'élévation de température reste plus ou moins longtemps l'unique manifestation de l'hystérie ; dans le second, il s'agit plutôt de phénomènes hystériques avec fièvre.

I. Fièvre hystérique proprement dite. — Elle correspond à la forme lente de Briquet. L'observation de M. le professeur Debove en est un exemple. Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, hystérique indiscutable depuis l'âge de sept ans, chez qui la température resta au-dessus de la normale pendant plus de trois ans, avec quelques rémissions, mais aussi avec quelques exacerbations où le thermomètre monte jusqu'à 41 degrés. Au début, la fièvre revêtit un instant une allure si particulière qu'on put croire à une fièvre paludéenne ; mais ce ne fut là qu'une phase tout à fait passagère et, pendant tout le reste de la maladie, la marche de la fièvre fut absolument irrégulière.

C'est ainsi que pendant quinze jours, en novembre 1884, la température oscilla entre 40 et 41 degrés avec une peau chaude, brûlante, la langue sale, une céphalalgie intense, un pouls à 125 degrés, sans qu'il y eût aucun trouble viscéral concomitant. Puis, pendant une année, la température resta à 38 degrés. Mais, au mois de novembre 1885, survint un violent accès d'une durée de trois mois avec fièvre continue, oscillant de 39°5 à 41 degrés, sans exacerbation vespérale marquée. En novembre la température était chaque jour, matin et soir, de 39°5 ; en décembre elle s'élevait à 40 degrés et atteignait 41 degrés le 24 décembre, puis dépassait ce chiffre. Bientôt apparurent chaque soir de grandes attaques de nerf, se prolongeant jusque vers une heure du matin. La guérison survint instantanément et presque sans convalescence ; à cette hyperthermie prolongée ne correspondit ni amaigrissement ni affaiblissement. Pendant toute la durée de cette crise, la malade s'était nourrie avec du lait, sa nourriture habituelle. A aucun moment, il n'avait

(1) Deleuil. Thèse de Montpellier, 1887.
(2) Macé. *Des accidents pseudo-méningitiques chez les hystériques*, Thèse de Paris, 1888.
(3) Chauveau. *Formes clin. et pathog. de la fièvre hyst.*, Th. Paris, 1888.
(4) Fabre. *Contrib. à l'étude de la fièvre hyst.*, Thèse de Paris, 1888.
(5) Putnam Jacobi. *Journ. of Nerv. and Mental Diseases*, juin 1890.
(6) Vérette. *De l'hystérie aiguë consécutive à l'arrêt de la menstruation*, Thèse de Paris, 1875.

été possible de déceler le moindre signe de lésion organique, et d'ailleurs la brusquerie même de la convalescence excluait toute idée d'altération viscérale profonde. Le fait n'étant susceptible d'aucune autre interprétation, on admit l'origine hystérique de cette hyperthermie.

Dans tous les cas de ce genre, la fièvre est caractérisée par son extrême irrégularité : il n'y a pas deux tracés thermographiques se ressemblant. La marche est tantôt continue, avec ou sans exacerbations vespérales, tantôt rémittente. Pendant quelques jours, elle peut prendre le type intermittent. Il arrive même parfois que la température du matin l'emporte de quelques dixièmes de degré sur celle du soir. Quant au chiffre que peut atteindre le thermomètre, il est bien plus élevé que ne le supposait M. Gagey, puisqu'il peut dépasser 41 degrés. La durée est très variable : elle varie de quelques semaines à plusieurs mois ou même plusieurs années. Dans tous les cas, la défervescence se fait brusquement et sans crise : le sujet est guéri du jour au lendemain.

Les phénomènes généraux n'offrent rien de constant. Tantôt, ils sont presque nuls et la langue reste humide, tantôt, il y a un véritable syndrome fébrile : il y a du malaise, de la courbature, de la céphalalgie, un état saburral des premières voies digestives, sans que, d'ailleurs, ces signes soient toujours en rapport avec l'intensité de l'hyperthermie. De même les sueurs, l'accélération du pouls, la sensation de chaleur sont souvent en désaccord avec le degré de température. Il semble qu'il y ait alors une dissociation des éléments qu'on est habitué à voir constituer le complexus fébrile. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est l'absence d'amaigrissement. Ce phénomène, déjà signalé par M. le professeur Debove, a été noté également par MM. Barié et Fabre. Dans le cas de ce dernier auteur, il fut constaté, avec surprise, que, malgré l'absence presque totale d'alimentation, malgré des températures de 40 et 41 degrés, la malade n'avait pas maigri : au moment de la défervescence, le facies était presque le même qu'à l'entrée dans le service. Il serait intéressant d'appliquer à ces cas les méthodes de recherches employées par MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau pour étudier les troubles de la nutrition chez les hystériques : ces auteurs n'ont malheureusement pas eu l'occasion de le faire. En tout cas, on ne peut s'empêcher de remarquer, avec M. Debove, que l'hyperthermie n'a pas les conséquences graves que certains auteurs lui prêtent. Les phénomènes nerveux ne manquent jamais dans ces cas. La fièvre reste au premier plan pendant un temps plus ou moins long, mais tôt ou tard, les manifestations habituelles de l'hystérie font leur apparition, le plus souvent sous forme de convulsions. Celles-ci survivent ou non à la fièvre. Dans une observation de Briquet, des accès convulsifs et léthargiques s'entremêlèrent à la fièvre pendant trois ans.

II. Fièvre hystérique avec pseudo-affection viscérale. — Ici la fièvre s'accompagne de symptômes qui simulent une fièvre typhoïde, une pneumonie, un accès d'asthme, la tuberculose pulmonaire, une méningite, une péritonite, la fièvre intermittente. On ne saurait clore cette liste, car dans le domaine de l'hystérie, il faut s'attendre aux plus grandes surprises.

1° *Pseudo-fièvre typhoïde.* — C'est la fausse dothiénentérie de Beau. Entrevue par Bernutz, le premier cas probant est celui de M. Rigal, publié dans la thèse de M. Briand.

Le lendemain d'une vive frayeur, une femme de vingt-deux ans a un frisson intense et perd subitement connaissance. Elle prend le lit et est transportée, quelques jours après, à l'hôpital où l'on constate une température de 39°5, avec des phénomènes typhoïdiques : diarrhée, langue sèche, stupeur, fièvre continue. Trois jours plus tard, l'apyrexie est complète, les symptômes alarmants se sont évanouis. On constate une hémianesthésie droite, avec disparition du goût et de l'odorat, anesthésie pharyngienne, clou hystérique ; trois semaines plus tard, il se déclare une paraplégie, avec contracture des deux jambes. Les observations analogues, publiées depuis, permettent d'assigner à cette variété les caractères suivants : la fièvre est vive, mais à évolution courte ; elle survient habituellement sans hystérie préalable, présente une apparence exceptionnelle de gravité, dure de quelques jours à deux ou trois septénaires, se termine toujours d'une façon favorable et laisse à sa suite des accidents nerveux, de nature hystérique : paralysie, anesthésie, contracture, convulsion. La défervescence se fait ordinairement brusquement, en même temps que les phénomènes typhoïdiques s'évanouissent : le sujet revient subitement à l'état normal, ce qui permet de rejeter le diagnostic de fièvre typhoïde.

Ces accidents ne sont souvent qu'un début aigu et fébrile d'hystérie convulsive : le diagnostic se fait de lui-même au moment de l'apparition des phénomènes hystériques. Quant à l'établir plus tôt, la chose est presque impossible. Cependant on doit être mis en éveil par l'apparition soudaine, sans prodromes, de l'hyperthermie ; si l'on sait avoir affaire à un terrain nerveux, si la fièvre s'est montrée à la suite d'une vive émotion ou d'un ébranlement nerveux quelconque, on cherchera les stigmates de l'hystérie et on sera autorisé à réserver au moins le pronostic.

2° *Pseudo-méningite.* — Que l'hystérie puisse simuler la méningite, les observations de MM. Boissard et Dalché, celles qui sont rapportées par M. Chantemesse, dans sa thèse, en font foi : ralentissement du pouls, raie méningitique, rétraction du ventre, constipation, céphalalgie, etc., rien n'y manque, sauf, toutefois, l'élévation de la température.

Or, l'hystérie peut faire plus et simuler une méningite avec fièvre. Le tableau de la méningite, de la méningite tuberculeuse en particulier, est parfois reproduit presque au complet. Rapidement ou après quelques jours de malaise, la température s'élève, atteint 39 degrés, 39°5 ; la céphalalgie est violente, les exacerbations nocturnes de la douleur arrachent des cris au malade qui redoute le bruit et la lumière ; il y a des bourdonnements d'oreille, de la diplopie, du myosis ; les muscles de la nuque et des membres sont contracturés ; des vomissements muqueux ou verdâtres se font sans effort et se répètent avec ténacité. La raie méningitique, la constipation, le délire accompagnent cet ensemble de signes indiscutables de méningite. Seules, les paralysies partielles font défaut, au moins dans les cas observés jusqu'ici. Mais au bout de quelques jours, dix jours chez une malade de Vulpian, la température qui, la veille, atteignait de 39 à 40 degrés, s'abaisse à 38 degrés ou au-dessous, la céphalalgie disparaît, le sujet ouvre les yeux et ne semble plus souffrir, les vomissements se suspendent ; la guérison se fait brusquement. On ne tarde pas à constater, soit de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle ou de l'anesthésie pharyngée, soit l'apparition de crises d'hystérie convulsive. D'autres fois, c'est une paraplégie

subile qui disparaîtra plus ou moins rapidement. Les mêmes accidents pseudo-méningitiques pourront se reproduire chez le même sujet, à échéance plus ou moins lointaine, et à plusieurs reprises. Chez un homme, dont l'histoire est rapportée par M. Chauveau, ces accidents pseudo-méningitiques, d'une durée de deux jours, avec une température de 40 degrés, survenaient pour la troisième fois; les atteintes antérieures dataient de l'année précédente. Chaque fois, les accidents débutaient et disparaissaient brusquement; ils étaient toujours précédés ou suivis de crises convulsives. A la suite de la dernière attaque, on constata une anesthésie presque généralisée et du rétrécissement du champ visuel.

On conçoit combien le diagnostic de ces accidents doit être délicat, surtout s'il s'agissait d'enfants chez qui, en présence de ces signes, on ne songerait guère à mettre en doute l'existence d'une méningite tuberculeuse. Qui pourrait dire si un certain nombre de cas de méningite tuberculeuse guérie ne rentrent pas dans cet ordre de faits ?

3° *Pseudo-affections graves du poumon.* — La congestion pulmonaire, les hémoptysies d'origine hystérique sont de notion presque banale : on en reconnaît assez aisément la nature. Il n'en est plus de même quand elles s'accompagnent de fièvre, et si certains cas de fièvre hystérique prolongée, sans lésions apparentes dans les grands appareils, ont permis de penser un instant au développement possible d'une tuberculose pulmonaire latente, l'erreur sera bien plus facile à faire, s'il se joint, à cette fièvre, un crachement de sang. Dans un cas rapporté dans le *Journ. of nerv. and ment. Diseases*, de février 1890, l'affection avait débuté par une attaque d'hémoptysie, suivie de dyspnée, de cyanose, de menaces d'asphyxie ; plusieurs fois, pendant la nuit, ces accès de dyspnée se reproduisirent. Pendant trois jours, le thermomètre marqua de 39°5 à 40 degrés ; le quatrième jour, il atteignit 42 degrés, oscilla les jours suivants entre 38 degrés et 40°5, puis redevint normal. Pendant les deux mois suivants, le même appareil symptomatique se représenta plusieurs fois sans qu'à aucun moment on pût constater de signes physiques de tuberculose. Il y eut, à plusieurs reprises, de la rétention d'urine. La guérison fut complète. Or, il s'agissait d'un sujet hystérique. Dans ce cas, il n'y avait pas de signes pulmonaires. Le diagnostic eût été encore plus malaisé, s'il s'était produit une de ces congestions pulmonaires, quelquefois localisées au sommet, qui peuvent se manifester du côté de l'hémi-anesthésie chez les hystériques (Debove).

Un cas qui présente de grandes analogies avec le précédent a été publié par Lorentzen (1) ; la température atteignit le chiffre, presque incroyable, de 44°9. Il s'agissait d'une jeune femme nerveuse, présentant de l'ovaralgie gauche, qui eut, à la fin de 1888, des hémoptysies abondantes, sans signes physiques de tuberculose. Une nuit, elle fut prise de crises dyspnéiques à répétition, d'une durée de quelques secondes à une minute, caractérisées par une série d'inspirations courtes, pénibles, avec cyanose du visage et expression d'angoisse. Une vive douleur dans le côté gauche du thorax accompagnait chaque accès. Pendant deux mois, les crises se reproduisirent de temps en temps ; elles furent quelquefois suivies d'une rétention d'urine qui exigeait le cathétérisme. Au début de janvier 1889, les hémoptysies reparurent. Le 8 janvier, la température, qui avait été normale jusqu'alors, s'éleva à 40°5 ; de nouveaux accès dyspnéiques survinrent, accompagnés de vomissements, de rétention d'urine, d'hallucinations, de bâillements incoërcibles. Dans la nuit du 9 au 10, Lorentzen, appelé auprès de la malade, constate lui-même une température de 44°9 dans le rectum ; un autre thermomètre, placé dans l'aisselle, monte à 44°8. Le pouls était à 144. Les jours suivants, l'état reste le même, avec une température moins élevée. Mais le 12 janvier, le thermomètre, qui marquait 41°9 à midi, descend une heure plus tard à 37°5 ; la malade accuse en même temps un sentiment d'amélioration. En quelques jours, la guérison se fit sans qu'on ait jamais constaté depuis aucun signe de phthisie.

(1) Lorentzen. *Centralbl. f. Klin. Med.*, 1889, nº 33.

Si la température n'avait été prise avec des thermomètres différents, si le médecin lui-même n'était resté auprès de la malade pour éviter toute cause d'erreur, on pourrait mettre en doute ce chiffre surprenant de 44°9. Et cependant il n'y a pas lieu de s'étonner, s'il est vrai que Teale (1) ait constaté chez une hystérique une température de 50 degrés (?).

A côté de ces faits, il faut placer ceux qui ont été décrits sous le nom de forme dyspnéique de la fièvre hystérique. Les crises dyspnéiques observées dans l'hystérie sont imputables le plus souvent soit à des troubles vaso-moteurs des voies respiratoires, soit à des spasmes des muscles du larynx, des muscles bronchiques, du diaphragme. Il est une autre forme de dyspnée probablement d'origine centrale, comme la tachycardie à laquelle elle est parfois associée ; il s'agit alors non plus d'apnée, mais en quelque sorte de polypnée : l'accélération des mouvements respiratoires est susceptible d'atteindre le chiffre de 90 à 120 respirations par minute, ainsi qu'en témoignent les observations de Todd, d'Axenfeld et de M. Huchard.

C'est à ces troubles respiratoires, que des modifications thermiques peuvent s'associer. Une malade de M. Fabre présenta ainsi pendant trois semaines une fièvre et une dyspnée dont on ne pouvait déterminer l'origine. La température à marche irrégulière oscillait de 38 à 40°6, l'anhélation était si marquée qu'on comptait de 35 à 40 respirations par minute au repos, et cependant l'examen du cœur, des poumons, des reins restait négatif. L'absence de trouble dans l'état général, le défaut d'amaigrissement ajoutait encore au mystère, quand, subitement, le vingt et unième jour de son séjour à l'hôpital, la dyspnée cessa, en même temps que la défervescence se faisait brusquement. On put alors déceler chez elle plusieurs des stigmates de l'hystérie.

Il faut donc savoir qu'en présence d'une oppression énorme dont on ne trouve l'explication dans aucune lésion viscérale, l'existence de la fièvre ne doit pas être un obstacle au diagnostic de dyspnée hystérique. Ici encore l'absence de troubles généraux, l'irrégularité de la courbe thermographique, le début ou la cessation brusque des accidents seront en faveur de ce diagnostic.

4° *Pseudo-péritonites.* — Il n'est guère de médecin qu n'ait eu l'occasion d'observer chez des hystériques des accidents abdominaux simulant, à s'y méprendre, la péritonite ; un signe manque d'ordinaire : c'est l'élévation de la température. Dans la plupart des cas, c'est son absence qui donne l'éveil. Or, s'il est vrai, comme le prétend G. Thomas, que des épanchements intra-abdominaux puissent se former

(1) Teale. *The Lancet*, 1876, t. I, p. 340.

sans réaction fébrile, il semble que la réciproque soit vraie, et qu'au milieu de symptômes péritonitiques une élévation de température puisse se produire sans trace d'inflammation réelle.

Une malade de Mary Putnam Jacobi, qui avait présenté antérieurement de l'ovaralgie, de la rétention d'urine, de l'amblyopie, de la paraplégie incomplète, fut atteinte à deux reprises de signes fonctionnels de paramétrite avec température fébrile. La première attaque fut suivie d'un accès de mutisme d'une durée de douze heures. La seconde, qui eut lieu un an plus tard, dura plusieurs mois pendant lesquels la température oscilla aux environs de 39 degrés. Les signes fonctionnels étaient si nets qu'on pratiqua l'examen pelvien à plusieurs reprises, mais à aucun moment on ne perçut de foyer inflammatoire. On se décida, cependant, à endormir le sujet : ce nouvel examen resta absolument négatif. Il fut alors affirmé à la malade qu'elle n'avait aucune lésion abdominale, qu'elle pouvait se lever et qu'elle guérirait par l'électricité.

A partir de ce jour, la température redevint normale et la malade sortit de son lit où elle était depuis deux mois.

Dans un article paru dans le *Medical Record* de 1888, Bressler essaie de décrire des caractères spéciaux à cette fièvre accompagnée de phénomènes pseudo-péritonitiques; elle débuterait par des signes de fièvre intermittente légère, de la constipation, un peu de céphalalgie, une certaine inquiétude morale; puis elle s'accompagne de vomissements persistants et d'une grande sensibilité de l'abdomen à la pression. La température varie de 38 à 40°5, et le maximum est atteint rapidement après le début de l'attaque. Ce qui permet d'exclure le diagnostic de péritonite, c'est l'absence de tympanite et le siège prédominant des douleurs dans les régions ovariennes. Mais ici Bressler raisonne d'après un cas particulier : ces deux signes sont trop inconstants pour permettre de faire toujours le diagnostic. En tout cas, ici encore, la fièvre ne présente pas, sauf son irrégularité, de caractère particulier qui facilite le diagnostic.

5° *Pseudo-fièvre paludéenne.* — C'est une des formes de la fièvre hystérique qui a été le plus discutée ; les cas en sont rares et peu concluants. Les types quotidien et tierce, ce dernier surtout, sont les seuls observés. Ch. Strack, Mercudo, Sagar et Puccinotti (1) avaient déjà avancé que la fièvre intermittente peut être une manifestation de l'hystérie ; mais c'est un terrain sur lequel il est difficile de les suivre, car on ne saurait douter que l'impaludisme ne puisse coexister avec l'hystérie [Ricoux (2)]. Les observations de M. Gagey, l'une à type quotidien, l'autre à type tierce, ne nous semblent pas absolument probantes. Et cependant, si l'on se souvient que les hystériques peuvent présenter les trois phases de l'accès palustre, sans élévation de la température, rien ne s'oppose à ce qu'on conçoive une ressemblance plus parfaite encore, que viendra compléter l'adjonction de la fièvre. C'est, en somme, ce qui se passe pour les fausses méningites, les fausses péritonites qui, ordinairement non fébriles, sont susceptibles, comme nous l'avons vu, de s'accompagner d'hyperthermie.

La malade de M. le professeur Debove présenta, au début de ses accidents fébriles, des accès qui en imposèrent tout d'abord pour des manifestations paludéennes. C'étaient de violents accès avec les stades de frisson, de chaleur, de sueur et une élévation de température qui atteignit parfois 40 degrés. Le diagnostic était d'autant plus difficile que la malade avait séjourné dans un pays à fièvres intermittentes ; cependant, outre l'absence d'hypertrophie de la rate et le défaut d'action du sulfate de quinine, un caractère manquait, c'était la régularité dans le retour des accès.

Dans le cas suivant, cette régularité existe, mais, par contre, les accès sont moins au complet et la température est moins élevée.

A la suite de fatigues et de chagrins, une dame, soignée par M. le professeur Charcot, tombe malade au commencement de 1883 avec inappétence, état gastrique, fièvre légère. Au bout de trois semaines surviennent des accès de malaise revenant chaque après-midi à la même heure. Puis chaque jour ce sont des accès fébriles débutant par un tremblement intense plus marqué à droite et un sentiment de froid dans le dos; le pouls bat à 100, 120 ; la température monte à 38 ou 38°5, sans dépasser ce chiffre ; l'accès dure de deux à six heures et plus ; il n'y a pas de stade de sueur. Le sulfate de quinine reste sans action sur ces accès. Or, la malade avait eu des attaques d'hystérie convulsive dix ans auparavant; actuellement, elle avait de l'ovarie droite. M. le professeur Charcot n'hésite pas à en faire une fièvre nerveuse.

« L'intermittence des accès ne doit pas nous surprendre : nous savons que certaines hystériques sont remarquables par l'intermittence de leur affection. Leurs attaques peuvent survenir chaque jour à la même heure. »

Dans des cas semblables, le premier diagnostic qui se présentera à l'esprit sera certainement celui d'accès paludéen. L'insuccès de la médication quinique éveillera cependant les soupçons. Le défaut d'augmentation de volume de la rate, la discordance entre l'intensité des phénomènes généraux et le peu d'élévation de la température, comme dans le cas précédent, quelquefois l'irrégularité dans le retour des accès, la notion des antécédents, la recherche des stigmates hystériques dès que les soupçons seront attirés en ce sens, permettront de risquer le diagnostic de fièvre hystérique.

Y a-t-il un traitement spécial de la fièvre hystérique ? Nous venons de voir que le sulfate de quinine est sans action sur la forme intermittente. On peut en dire autant des autres accidents fébriles de l'hystérie. L'analgésine et tous les antipyrétiques en général ne semblent pas agir davantage ; c'est là un trait de plus à l'actif de la fièvre hystérique. Le traitement se confond avec celui des autres accidents de la névrose.

III

PATHOGÉNIE

Sans passer en revue les différentes théories de la fièvre en général, il nous semble naturel de chercher dans un trouble nerveux l'explication de la fièvre hystérique. S'il est démontré que le système nerveux intervient pour maintenir constante la température du corps, et cela non seulement en réglant la déperdition de chaleur par l'intermédiaire des vaso-moteurs, mais encore en réglant la production de chaleur, il paraîtra logique d'attribuer à un dérangement de ces fonctions la pathogénie de cet accident de la névrose.

(1) Puccinotti. *Histoire des fièvres intermittentes pernicieuses de Rome*, 1838.

(2) Ricoux. *Gazette hebdomadaire*, 1878.

L'hypothèse des nerfs thermiques de C. Bernard ayant vécu, il restait aux physiologistes à déterminer quelle part revient à la moelle, quelle part revient au cerveau dans cette production de chaleur. Les expériences de Tscheschichin, reprises par H. Wood (1), ont sans doute montré l'influence des lésions médullaires sur l'élévation de la température du corps : mais elles n'ont abouti qu'à des hypothèses, sans éclaircir en rien le rôle de la moelle dans la production ou la régulation de la chaleur animale. Déjà ces auteurs soupçonnaient, sans chercher à en préciser le siège, l'existence de centres thermiques encéphaliques. Des recherches plus récentes paraissent avoir établi l'influence sur la calorification des irritations des zones corticales du cerveau et des noyaux gris centraux.

Or, l'hystérie étant une névrose avant tout cérébrale, l'intervention de l'encéphale dans la plupart de ses manifestations étant indéniable, on ne saurait méconnaître la portée de ces travaux dans la question de la fièvre hystérique. Des recherches d'Eulenburg et Landois, de Schreiber, de M. Ch. Richet (2), on pouvait déjà conclure que les lésions expérimentales des hémisphères sont capables de déterminer de l'hyperthermie. Aronsohn et Sachs, Isaac Ott (3) ont été plus loin et ont pu assigner aux centres thermiques des localisations qui, sans être très précises, paraissent cependant offrir un certain degré d'exactitude. Le résultat des recherches de ces auteurs a été, en effet, confirmé, au moins en partie, par M. Girard (4). Il existerait quatre points dans l'encéphale dont la piqûre est suivie d'hyperthermie : l'un d'eux siège à la partie antérieure du corps strié, un autre entre le corps strié et la couche optique, un troisième à la partie antérieure de la couche optique, un dernier enfin au point de décussation des fibres motrices dans le bulbe. En outre, Ott a pu déterminer dans l'écorce, au voisinage de l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius, deux autres centres dont l'excitation est suivie d'hypothermie. Les centres de la base stimulent donc la production de chaleur, tandis que ceux de l'écorce ont pour usage de réfréner l'activité des centres inférieurs : les premiers sont thermogénétiques, les seconds thermotaxiques.

Ce court résumé des notions récemment acquises sur les centres calorigènes montre dans quel sens peuvent se modifier les idées sur la pathogénie de la fièvre. Toute fièvre pourrait être ramenée à un dérangement des centres nerveux qui contrôlent la production de chaleur, en particulier dans les muscles, qui représentent l'appareil thermogénétique principal : ils seraient, selon Frédéricq (5), les foyers chargés d'entretenir la chaleur animale. Les centres calorigènes seraient précisément situés sur le trajet des faisceaux moteurs, tels sont les centres des circonvolutions rolandiques, du corps strié et de la moelle.

Dans les fièvres infectieuses les centres thermogènes seraient irrités par le poison circulant dans le sang. Dans l'hystérie, au contraire, où la plupart des phénomènes relèvent de la cessation du contrôle cortical sur les centres inférieurs, on peut supposer qu'il y a paralysie des centres inhibitoires de l'écorce plutôt qu'excitation des centres calorigènes de la base. Mais d'ailleurs, quel que soit le trouble d'innervation supposé : paralysie des centres corticaux ou excitation des centres de la base ; quel que soit le mode suivant lequel se produit ce trouble passager, autosuggestion inconsciente ou tout autre procédé, le résultat est le même ; dès que l'équilibre est rompu, l'hyperthermie s'ensuit. Sans doute, dans certains cas, la limitation exacte de ces troubles à la région des centres thermiques peut surprendre. Il n'y a pourtant là rien d'inconcevable. Les troubles consécutifs aux lésions expérimentales, toujours grossières en somme, sont susceptibles d'être reproduits par l'hystérie avec une précision, une finesse de localisation, inconnues des physiologistes ; c'est ainsi qu'elle provoque des paralysies motrices ou sensitives si exactement limitées à des segments de membre qu'aucune lésion artificielle ou pathologique ne saurait en produire d'identiques. Si elle peut ainsi restreindre son action à de très petits départements des régions motrices ou sensitives, on n'a pas le droit de lui contester le même pouvoir de localisation sur les régions thermiques.

(1) H. Wood. *Recherches sur la fièvre*, 1880.
(2) Ch. Richet. Société de biologie, 1884.
(3) Isaac Ott. *Journ. of Nerv. and Mental Diseases*, 1884 et 1888.
(4) Girard. *Archives de physiologie*, 1886 et 1888.
(5) Frédéricq. Société de biologie, 1882, et *Pflüger's Arch.*, 1885 et 1886.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de l'influenza et des affections grippales.

Par M. le docteur M. Laffont.

L'épidémie qui a sévi si cruellement l'hiver dernier reparaît encore, très atténuée, il est vrai, jusqu'ici ; il n'est donc peut-être pas inutile de revenir en ce moment sur la thérapeutique la plus rationnelle de cette affection, souvent grave, sinon par elle-même du moins par ses complications possibles, et à laquelle on a donné le nom d'*Influenza*. Cette affection, à notre avis, n'est autre chose qu'une affection catarrhale contagieuse qui, bénigne, était connue de tous sous le nom de grippe, mais que son récent caractère d'épidémie grave a fait baptiser du nom d'Influenza, qu'elle gardera peut-être désormais.

Les symptômes de cette maladie se sont toujours manifestés par une dépression fonctionnelle plus ou moins considérable de tous les systèmes, variant depuis la simple courbature, l'enchifrènement et l'embarras gastrique léger, tous prodromes d'un grand nombre de maladies contagieuses et qui ont souvent constitué toute la maladie, comme cela se passe dans la grippe vulgaire.

Dans la dernière épidémie, à ces prodromes ont succédé tous les caractères de l'infection typhique grave ; état nauséeux, fièvre, douleurs musculaires et articulaires, délire, pneumonie purulente, prostration complète.

A cette époque, on a beaucoup discuté sur l'étiologie de l'influenza ; les uns en ont fait une simple affection catarrhale plus ou moins grave ayant pour cause l'influence des milieux extérieurs atmosphériques, et lui déniaient le caractère contagieux proprement dit ; d'autres, au contraire, ont cherché aussitôt le microbe. Au milieu de ces discussions étiologiques, nous avons vu la presse médicale proposer : ici, la médication évacuante, les antithermiques ; là, on a mis en avant le vin Mariani à la coca du Pérou et la médication tonique ; ailleurs, on voyait la révulsion et les balsamiques faire merveille ; presque tous admettaient l'influence spécifique du sulfate de quinine ou mieux des sels de quinine, et surtout de l'antipyrine.

Quant à nous, notre expérience basée sur un grand nombre de cas et sur nous-même, en particulier, nous permet de dire que la méthode qui nous a le mieux réussi est essentiellement éclectique.

C'est ainsi, qu'à ses premières manifestations, nous avons pu arrêter l'évolution de la maladie en administrant un évacuant, l'huile de ricin de préférence, puis en faisant de la révulsion

thoracique par rubéfaction ou même vésication, et en provoquant simultanément une diaphorèse non dépressive, que nous obtenions facilement en administrant plusieurs fois dans la journée des grogs au vin Mariani, composés d'un tiers de vin et des deux tiers d'eau très chaude et sucrée, comme les ordonne le savant laryngologiste Ch. Fauvel, pour les enrouements et les extinctions de voix *a frigore*.

Dans l'influenza, à la période d'état, alors que le malade était complètement déprimé, bien loin d'ordonner l'antipyrine qui ne fait qu'augmenter la dépression, nous nous sommes beaucoup mieux trouvé de l'administration des toniques énergiques, tels que vins généreux, Champagne, Whiskey, Rhum, Cognac, des toniques physiques tels que les préparations de Coca-Mariani, vin et élixir, tout en faisant de la révulsion et administrant des évacuants répétés. Nous avons observé ainsi des guérisons rapides, sans cette convalescence longue et pénible due, selon nous, à la faiblesse provoquée par l'abus de l'antipyrine.

Nous conseillons donc comme thérapeutique rationnelle de l'influenza et des affections grippales :

1° Purgatifs doux; 2° diaphorétiques et révulsifs; 3° toniques énergiques physiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 décembre. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

Elle comprend des lettres de MM. Baillet, Barrier, Kauffmann et Benjamin qui se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire; de M. Riban, pour la section de physique et chimie médicales, et de MM. Perron (de Bordeaux) et Laillet (de Quatre-Maires) qui sollicitent le titre de correspondant national.

ÉLECTIONS

L'Académie procède au renouvellement du Bureau pour l'année 1891 :

M. Regnauld est élu vice-président; M. Féréol est maintenu dans ses fonctions de secrétaire annuel; MM. Guyon et Jaccoud sont élus membres du Conseil.

COMMUNICATIONS

Dépopulation de la France. — M. CHERVIN, membre du Conseil supérieur de statistique, fait une communication sur le nombre des enfants par famille dans le département de Lot-et-Garonne. Il montre que ce sont les communes les plus riches qui ont le moins d'enfants et inversement. C'est là le principal facteur de la diminution de la natalité française. Ce nouveau travail, comme ses études antérieures, l'engage à maintenir ses conclusions, à savoir : ne pas toucher au Code civil, mais développer l'hygiène et l'assistance et surtout protéger l'enfance; ces trois mesures ayant pour but la diminution de la mortalité.

Chirurgie du foie. — M. TERRIER fait une communication sur un cas de dilatation considérable de la vésicule biliaire d'origine calculeuse. Il s'agit d'une femme de cinquante ans, qui était atteinte d'une énorme tumeur abdominale, fluctuante, dont la matité se confondait avec celle du foie. Une ponction donna issue à 24 litres d'un liquide couleur gomme-gutte, non filant.

Trois semaines après, la laparotomie fut pratiquée et on trouva sous le péritoine pariétal une vaste poche à demi remplie de liquide, qui remontait jusque sous le foie. Du côté du canal cystique, on trouva un calcul enchatonné. La poche fut largement ouverte et, après résection, suturée et fixée aux téguments; un gros drain y fut placé.

Trois semaines plus tard, le drain était enlevé et bientôt la fistule consécutive se ferma.

L'examen histologique des parois de la poche, fait par M. Ernest Dupré, a montré qu'il s'agissait de la vésicule biliaire, dont les épithéliums étaient altérés et parfois détruits. Dans le liquide qui s'écoula de la poche après l'opération, on constata l'existence d'une seule espèce microbienne, un diplococcus.

Il s'agissait donc d'une rétention biliaire cholécystique chronique, d'origine calculeuse, compliquée d'une infection secondaire du milieu biliaire par un diplocoque pur.

La lésion étant limitée à la vésicule, l'intervention chirurgicale, en la supprimant, a guéri la malade.

Il ressort donc de cette observation que la dilatation, plus ou moins considérable, de la vésicule biliaire, due le plus souvent à l'obstruction du col de la vésicule ou du canal cystique par un calcul biliaire, est justiciable de l'intervention chirurgicale.

Cette intervention peut être : soit la cholécystotomie suivie d'extirpation du calcul biliaire, soit la cholécystectomie.

Dans ce dernier cas, la cholécystectomie peut être complète ou incomplète, et cette dernière peut être suivie de l'enlèvement du calcul biliaire, ou bien celui-ci, comme dans le cas actuel, peut rester en place sans qu'il en résulte la formation d'une fistule persistante, comme on pouvait le craindre *a priori*.

Des accidents produits par les boissons renfermant des essences. — M. LANCEREAUX rappelle avoir plusieurs fois attiré l'attention de l'Académie sur les accidents produits par l'abus des boissons alcooliques. Aujourd'hui, il ne veut s'occuper que des boissons alcooliques contenant des essences. Les accidents qui résultent de l'action sur l'organisme des huiles essentielles sont fort différents de ceux que déterminent les boissons alcooliques, et ils prennent depuis quelques années une extension inquiétante. Ils diffèrent suivant que l'intoxication est aiguë ou chronique.

L'intoxication aiguë consiste en des troubles convulsifs qui ont la plus grande analogie avec l'attaque hystérique, auxquels s'ajoute souvent, mais non constamment, de l'ivresse.

L'intoxication chronique se traduit par des désordres qui affectent, d'une façon spéciale, les différents modes fonctionnels du système nerveux. Les troubles de la sensibilité, les premiers en date, consistent, au début, en des sensations subjectives diverses ayant pour siège les extrémités des membres; elles surviennent dans le lit, au moment où les membres commencent à s'échauffer; elles se traduisent tantôt par des engourdissements, tantôt par des picotements, tantôt par des fourmillements et plus rarement par de la brûlure ou des élancements douloureux. Elles sont parfois tellement intenses que, dans certains cas, elles s'opposent au sommeil et font jeter des cris aux patients.

La sensibilité objective n'est pas moins profondément modifiée. Fortement exagérée tout d'abord, elle finit souvent par être diminuée. L'hyperalgésie finit donc par être remplacée, chez les vieux buveurs, par une analgésie symétrique, qui s'atténue à mesure qu'on se rapproche de la racine des membres et qui constitue un signe précieux pour diagnostiquer l'ancienneté de l'intoxication par l'absinthe.

Les autres sensibilités restent intactes, ou à peu près.

Les troubles des fonctions intellectuelles sont, tout d'abord, des rêves terrifiants, des cauchemars avec des réveils en sursaut, accompagnés de sueur, et ne différant de ceux que l'on observe chez le buveur d'eau-de-vie que par la terreur qu'ils inspirent; plus tard, des hallucinations effrayantes; puis, à une phase plus avancée, la démence, l'abrutissement et le gâtisme.

Les désordres de la motilité, tout à fait spéciaux, consistent en des paralysies. Liées à des névrites, ces paralysies offrent des caractères qui facilitent le diagnostic. De même que les troubles de la sensibilité objective et subjective qui les précèdent et les accompagnent, elles ont pour siège plus spécial les extrémités des membres, celles des membres inférieurs surtout. Partielles, elles se localisent de préférence aux muscles extenseurs, ce qui donne aux pieds une attitude toute particulière, celle du pied varus équin, et aux mains une attitude assez analogue à celle de la paralysie saturnine. Généralisées, elles n'affectent jamais tout

le système musculaire, et sont toujours plus accusées aux membres; la contractilité électro-musculaire est, sinon abolie, du moins manifestement diminuée.

Tous ces accidents, en plus de leurs caractères propres, ont un caractère commun très important : la symétrie.

Cliniquement, ces paralysies se distinguent des paralysies dépendant d'une lésion de l'encéphale par ces caractères et du tabes par leur évolution. Il serait beaucoup plus facile de les confondre avec d'autres paralysies toxiques, celle qu'engendre le plomb par exemple, mais la localisation si particulière de celle-ci aux membres supérieurs, alors que les inférieurs sont intacts, les phénomènes du saturnisme et l'absence de désordres se rattachant à l'alcoolisme, ne permettent pas cette confusion. De même les paralysies produites par l'arsenic, le sulfure de carbone, etc., se distingueront par leur évolution et les phénomènes propres à l'intoxication qui les a engendrées.

Les paralysies déterminées par les boissons avec essence n'ont pas seulement une physionomie à part, elles possèdent encore des caractères anatomiques spéciaux, qui consistent dans une dégénération de l'élément tubulaire assez semblable à celle qui se manifeste à la suite de la section d'un tronc nerveux.

Tels sont les principaux caractères de l'intoxication par les boissons avec essence; cette intoxication est des plus fréquentes, et elle s'accroît de plus en plus, — chez la femme notamment, — tandis que l'intoxication par l'alcool tendrait plutôt à diminuer.

Non seulement ces boissons avec essence engendrent des accidents nerveux, qui, trop souvent, entraînent la mort; elles sont encore l'occasion d'une dénutrition et d'un dépérissement de l'organisme qui prédispose à la tuberculose et fait périr par le poumon; par conséquent, elles doivent être considérées comme une des grandes causes de la dépopulation.

Dans ces conditions, M. Lancereaux pense qu'il est du devoir de l'Académie de signaler ces dangers au public qui les ignore généralement et aux autorités compétentes.

DISCUSSION

M. Lagneau reconnaît que l'alcoolisme fait tous les jours des progrès, et que les moyens, mis en œuvre jusqu'ici pour l'arrêter, ont été peu efficaces. Il se range tout à fait à l'avis de M. Lancereaux.

Malheureusement, les ouvriers croient presque tous que l'alcool leur est indispensable pour pouvoir travailler. Il faut chercher à réagir contre une doctrine aussi funeste, par tous les moyens et, en particulier, en signalant au public les dangers qui résultent de l'usage habituel des boissons alcooliques. M. Lagneau s'associe donc aux conclusions de M. Lancereaux, mais il croit qu'il serait utile aussi de faire donner par les médecins-inspecteurs des écoles, aux enfants des deux sexes, des notions d'hygiène, en insistant principalement sur les conséquences funestes de l'alcoolisme.

M. Lancereaux fait observer que ce n'est pas le procès de l'alcool lui-même qu'il a voulu faire, il a surtout voulu montrer que l'adjonction à l'alcool d'essences diverses, rendait son usage dangereux et que la consommation de ces liqueurs à base d'essence devenait de jour en jour plus grande; c'est donc surtout contre les dangers que présentent les liqueurs débitées sous le nom d'absinthe, d'amer, de vulnéraire, etc., qu'il serait urgent de prémunir le public, et, pour cela, il croit qu'il conviendrait de s'adresser aux pouvoirs publics.

M. Laborde rappelle avoir déjà démontré, par des expériences, que les huiles essentielles étaient, en effet, plus dangereuses que les alcools eux-mêmes; mais il croit qu'il n'est peut-être pas aussi facile de faire le diagnostic différentiel entre l'absinthisme et l'alcoolisme, les diverses essences étant toujours mélangées à des alcools plus ou moins purs. Il ne croit pas non plus à l'efficacité immédiate des moyens proposés; on sait combien les lois en général, et les lois sur l'alcool, en particulier, se font attendre longtemps. Il faut donc chercher ailleurs le remède. Des conférences avec expériences pourraient avoir de très grands avantages. Le public est plus frappé, en effet, par ce qu'il voit que par ce qu'il entend; M. Laborde a pu déjà se convaincre de l'efficacité de ces conférences.

LECTURE

Traitement de la tuberculose. — M. Bourgeois (de Tourcoing) lit une note sur le traitement de la tuberculose par le fluorure de sodium.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 décembre 1890. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATION

Plaie du rein par coup de couteau, néphrectomie. — M. Villeneuve (de Marseille) adresse l'observation d'un jeune marin de dix-sept ans, qui avait reçu un coup de couteau à deux travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Peu de temps après, il urina du sang et l'on trouva bientôt du pus dans les urines. La température monta rapidement à 40°5. Une intervention était urgente. Le 21 mai, M. Villeneuve fit une incision postérieure et donna issue à un flot de pus, il enleva des lambeaux sphacélés, mais ne put arriver à explorer complètement le rein. Du 24 mai au 6 juin, un état septique grave persiste, avec polyurie purulente. Le 11 juin, M. Villeneuve se décide à pratiquer la néphrectomie; il fait partir de la première incision une seconde incision parallèle aux côtes, résèque les onzième et douzième côtes, et parvient à enlever le rein par morcellement. La plaie est cicatrisée le 29 juillet et M. Villeneuve revoit le malade le 12 novembre en parfaite santé. Il attribue l'état septique, constaté dans cette observation, à une lésion probable du colon par le coup de couteau.

RAPPORTS

Luxation pathologique de la hanche. — M. Nélaton fait un rapport sur une observation de M. Leclerc (de Saint-Malo), relative à un cas de luxation de la hanche survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Il s'agit d'un garçon de neuf ans qui, pendant cette convalescence, le 2 mai, fut pris de douleurs dans les deux hanches, avec flexion des cuisses sur le bassin. Le 13 mai, la hanche droite seule reste très douloureuse, la fesse droite est tuméfiée et chaude; le moindre attouchement arrache des cris à l'enfant; anorexie, insomnie, température, 39, 41 degrés. M. Leclerc diagnostique une périostite du grand trochanter. Le 17 mai, la température tombe brusquement à 38 degrés; il y a encore de vives douleurs; M. Leclerc endort le malade et s'apprête à intervenir. Il trouve la tête fémorale luxée dans la fosse iliaque externe. La luxation s'est plusieurs fois reproduite et a été définitivement réduite. Le 29 octobre, l'enfant était guéri.

M. Leclerc signale particulièrement la persistance de l'élévation de la température coïncidant avec une luxation, ce qui est contraire à ce que l'on observe habituellement et a été ici la cause de l'erreur de diagnostic. M. le rapporteur fait observer que M. Leclerc voit son malade le 13 mai, ne constate pas de luxation, le revoit le 17 mai, au moment où la température tombe brusquement, intervient et trouve la luxation. Qu'est-ce que cela prouve? Que la luxation n'existait pas le 13 mai et s'est produite vers le 17, au moment de la chute thermique classique.

Relativement à la pathogénie de cette luxation, M. Leclerc adopte complètement la théorie de M. Verneuil. M. le rapporteur se rattache également à la même théorie.

Luxation du genou en dehors. — M. Nélaton fait un second rapport sur une observation de luxation du genou en dehors, présentée par M. Claudot. L'auteur a réuni une trentaine d'observations et y ajoute cette observation personnelle. Il s'agit

d'une luxation incomplète du tibia en dehors. Celle-ci fut réduite et le malade guérit avec ankylose. Ce sont là des cas rares et intéressants.

M. BAZY rapproche de ce fait un cas qu'il a observé, il y a huit ans, dans le service de M. Richet. Il s'agissait également d'une luxation du genou en dehors, qu'il a réduite et maintenue réduite dans l'extension.

De la généralisation ou de la récidive de certains kystes de l'ovaire. — M. SCHWARTZ fait un rapport sur une observation présentée par M. Michaux. Il s'agit d'une femme qui avait subi l'ovariotomie, quatre ans auparavant, et qui présentait, au niveau de la cicatrice, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, avec adénopathie dans la région inguinale droite. Il s'agissait probablement d'un cancer récidivé dans la cicatrice de l'ovariotomie qui avait été pratiquée pour un kyste uniloculaire, à parois minces et sans adhérences.

M. ROUTIER a opéré, le 7 septembre, une femme de quarante-cinq ans, d'un sarcome de l'ovaire; les deux ovaires ont été enlevés. La malade a bien guéri. Trois semaines après, à deux endroits de la cicatrice, apparaissaient des bourgeons charnus, rougeâtres, végétants, qui, détruits une première fois au thermocautère, se sont reproduits et présentent aujourd'hui l'aspect de sarcomes ordinaires. La malade éprouve également quelques douleurs dans les reins, qui peuvent faire croire à une généralisation.

M. TERRILLON a observé deux exemples de greffes manifestes provenant de kystes épithéliaux de l'ovaire. Chez la première malade, il s'agissait d'un kyste gélatineux, rompu, avec greffe gélatineuse sur le gros intestin. M. Terrillon enleva toute la masse gélatineuse contenue dans le ventre ainsi que la greffe intestinale. La malade guérit. Un an après, nouveaux accidents, récidive évidente; nouvelle intervention avec l'assistance de M. Bouilly. On enleva, cette fois, un kyste développé dans l'autre ovaire, et on dut réséquer presque tout l'épiploon occupé par une masse gélatineuse pesant 5 kilogrammes. Il n'y avait plus rien sur l'intestin. Voilà dix-huit mois qu'a eu lieu cette seconde opération, et la malade ne présente, jusqu'ici, aucune trace de récidive.

La seconde malade, une jeune femme, fut opérée, en pleine péritonite, d'un kyste gélatineux; elle guérit. Quatre mois après, récidive également dans l'épiploon, dont M. Terrillon, dans une seconde opération, dut enlever une grande partie. Cette malade, opérée depuis vingt jours, va aussi bien que possible.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE admet l'existence de ces greffes, dont on a cité des exemples au niveau de simples ponctions. Ces greffes se font sur la paroi, mais on ne peut pas dire qu'elles n'aient lieu qu'en ce point et qu'elles ne se produisent pas également ailleurs. M. Lucas-Championnière a opéré une malade d'une salpingite hémorrhagique; six mois après, elle revenait avec une tumeur dans la paroi abdominale, de l'ascite et une grosse tumeur péri-utérine. Toutes ces lésions s'étaient développées en un temps très court. L'époque de ces récidives est d'ailleurs très variable. Il se passe là quelque chose de comparable à ce qu'on observe pour les os dont certaines lésions, d'apparence bénigne, sont suivies de récidives rapides et de généralisation sarcomateuse.

M. BOUILLY a opéré, il y a deux ans, une femme de cinquante ans, d'un gros fibrome kystique juxta-utérin; en même temps il découvrit sur la paroi et au niveau de l'ombilic plusieurs papillomes végétants, analogues à des verrues; il fit une large excision de la paroi. La malade guérit, mais quelques mois après, elle revenait avec une ascite considérable, une masse dure, flottante dans le ventre, et un état cachectique. La ponction donna issue à du liquide ascitique sanguinolent; un an après, cette malade succombait avec des phénomènes de généralisation péritonéale. Il faut toujours se méfier des récidives des tumeurs abdominales coïncidant avec la présence de papillomes dans la paroi.

M. QUÉNU dit qu'on ne peut pas se baser sur la structure anatomique des kystes ovariques pour différencier ceux qui récidivent de ceux qui ne récidivent pas. Tel kyste végétant ne récidivera pas alors que tel autre, de l'apparence la plus bénigne, récidivera. Mais s'agit-il là réellement de récidive ou de continuation de lésions déjà existantes au moment de l'opération? Voilà ce qu'il est difficile de déterminer. Il semble que ces récidives étaient plus fréquentes alors qu'on laissait les pédicules dehors.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ajoute que ces tumeurs malignes ne sont pas reconnaissables même histologiquement. Les histologistes commettent une erreur quand ils disent que tout kyste ovarique peut récidiver. Il y a des kystes de l'ovaire qui ne récidiveront jamais et qui doivent être nettement différenciés des kystes qui récidivent, d'ailleurs beaucoup plus rares. Mais, si, dans certains cas, la clinique sait différencier ces kystes et reconnaître ceux qui récidiveront, l'histologie est jusqu'ici impuissante à le faire.

LECTURES

Rétention d'urine, prostatectomie. — M. ZIEMBICKI lit une observation de résection de la prostate par la taille sus-pubienne. (Comm. M. Bazy.)

PRÉSENTATION DE MALADE

Tumeurs du crâne. — M. SCHMIDT présente un jeune soldat atteint de tumeurs sarcomateuses du crâne.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 21 décembre 1890, les médecins militaires, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. Delamare, médecin-major de première classe, pour le 131[e] d'infanterie; M. Bachos, médecin-major de deuxième classe, pour le 82[e] d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 décembre 1890, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1891 devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine d'Amiens.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 décembre 1890, un concours s'ouvrira le 29 juin 1891, à l'École de médecine de Rouen, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le concours de la médaille d'or de médecine vient de se terminer par les nominations suivantes :

Médaille d'or : M. Souques; médaille d'argent : M. Mosny; mention honorable : M. Luzet.

— *Hôpital de Toulon.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Baylac, Estienny, Dirat et Daunic.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le personnel auxiliaire de la chaire de clinique des maladies des voies urinaires est composé comme suit :

Chef de clinique : M. le docteur Albarran. — Chef de laboratoire (bactériologie et histologie) : M. le docteur Hallé. — Chef de laboratoire (chimie) : M. le docteur Chabrié.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lucien Boyer (de Paris) et Antoine Clament (de Laforce).

— Le concours pour la place de directeur du Bureau municipal d'hygiène de la ville de Lyon, vient de se terminer par la nomination de M. Gabriel Roux.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 149. — MARDI 30 DÉCEMBRE 1890. 63e ANNÉE. MARDI 30 DÉCEMBRE 1890. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX

Des variations de la personnalité dans les états hypnotiques (1).

Par le professeur A. Pitres, doyen de la Faculté.

III

Variations de la personnalité par reversion. — Les éléments qui constituent notre personnalité psychique se renouvellent et se modifient incessamment comme ceux qui composent notre corps. Un homme, à quarante ans, n'a plus les mêmes idées, les mêmes penchants, les mêmes tendances, la même mémoire qu'il avait à vingt ans. C'est le même individu, parce que sa manière d'être actuelle est rattachée à sa manière d'être ancienne par une série ininterrompue d'états intermédiaires qui se relient entre eux de façon à former une chaîne continue ; mais, si on pouvait supprimer ces intermédiaires et comparer sa personnalité de vingt ans à celle de quarante, elles apparaîtraient fort différentes l'une de l'autre.

Cette induction se trouve pleinement confirmée par l'étude de certains troubles de la mémoire et de la personnalité qui se rencontrent assez fréquemment chez les hypnotisés. Quelques sujets, en état de somnambulisme spontané ou provoqué, perdent complètement le souvenir de ce qu'ils ont appris pendant une longue période de leur existence, pendant les cinq ou six dernières années de leur vie par exemple. En même temps et par le fait de cette amnésie partielle rétrograde, ils perdent la notion de leur personnalité actuelle et reprennent celle qu'ils avaient au moment précis où s'arrête leur mémoire.

C'est à ces phénomènes complexes d'*amnésie partielle rétrograde avec reversion de la personnalité* que j'ai donné, d'après les indications de M. le professeur Espinas, le nom d'*ecmnésie*.

Mes premières observations sur l'ecmnésie datent de 1882. Une des hystériques les plus intéressantes qui aient passé entre nos mains, Albertine M..., était alors dans le service. Elle avait des attaques convulsives fréquentes qui se terminaient habituellement par une phase délirante prolongée. Le délire, comme c'est la règle dans les cas de ce genre, se rapportait presque toujours à un des épisodes saillants de la vie passée de la malade. C'était, selon l'expression très juste de Briquet, un délire de réminiscence ; mais je remarquai, en outre, une particularité qui avait échappé jusque-là à Briquet et aux autres historiographes de l'hystérie, c'est que, tant que durait son délire, la malade avait absolument perdu le souvenir de tout ce qui était advenu depuis l'événement qui occupait son esprit, tandis qu'elle se rappelait très bien les faits antérieurs à cet événement.

Exemple : Un jour qu'Albertine avait son délire postconvulsif habituel et qu'elle paraissait s'entretenir avec son ancien amant, j'essayai de lui faire des questions et des réponses en rapport avec ses conceptions délirantes du moment. Il me fut très facile d'entrer dans son délire. Je causai longtemps avec elle comme si j'étais réellement M. X..., et elle répondait à mes questions comme si elle était encore en relations suivies avec M. X... Mais quand je voulus reprendre vis-à-vis de la malade ma personnalité réelle, je me heurtai à une résistance imprévue. Albertine me prenait toujours pour M. X... et ne voulait pas en démordre. « Votre insistance est absurde, lui dis-je enfin un peu impatienté ; vous savez bien que vous n'êtes pas chez votre ancien maître, vous êtes à l'hôpital ; ce n'est pas M. X... qui vous parle, c'est M. Pitres. » Alors Albertine, éclatant de rire, demanda ce que signifiait cette plaisanterie. Elle ! à l'hôpital ! Mais elle n'y avait jamais mis les pieds, et quant à M. Pitres, elle n'en avait jamais entendu parler. Je la pressai de questions et je m'aperçus qu'il était impossible de rappeler à son esprit aucun des événements survenus depuis le jour où se passaient les faits reproduits dans son délire. Sa conversation avec M. X... avait lieu à une date déterminée, et tout ce qui s'était passé depuis cette date était complètement effacé de la mémoire.

Plus tard les attaques convulsives de notre malade furent remplacées par des attaques de délire durant lesquelles le phénomène de l'ecmnésie avec réversion de la personnalité acquit une netteté parfaite. Dans ces attaques, Albertine se croit revenue à une période antérieure de sa vie : tantôt elle se querelle avec son ancien amant comme elle le faisait à vingt-trois ans, tantôt elle se perd dans un bois avec une de ses amies comme cela lui est arrivé à dix-huit ans, tantôt elle garde les vaches de sa mère nourrice, comme

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1279 et 1318.

c'était son habitude à six ou sept ans, etc. Dans tous les cas, elle reprend la personnalité qu'elle avait au moment où est survenue réellement la scène qu'elle reproduit dans son délire. Elle parle, pense, agit, comme elle parlait, pensait, agissait à cette époque. Elle ne se rappelle rien, absolument rien, de ce qu'elle a appris depuis. Bien plus, les transformations psychiques caractéristiques du délire ecmnésique s'accompagnent de modifications organiques correspondantes. Ainsi, quand la malade est reportée par son délire à l'époque où elle avait six ou sept ans, non seulement elle s'exprime et s'amuse comme un enfant, mais elle n'a plus d'hémianesthésie et ses zones hystérogènes, très actives en temps ordinaire, ont perdu leur excitabilité.

En 1886, je constatai qu'il était possible de provoquer le délire ecmnésique par trois procédés différents :

1° En affirmant à la malade en état de sommeil hypnotique, qu'après son réveil elle aurait tel âge, ou qu'elle exécuterait tel acte se rapportant à une période bien déterminée de son existence;

2° En fixant fortement son attention sur un événement quelconque de sa vie passée et en l'endormant brusquement pendant qu'elle pense à cet événement;

3° En excitant certains points du corps agissant comme zones idéogènes.

Tous ces faits ont été décrits, en 1887, par un de mes élèves, M. Blanc-Fontenille, dans sa thèse de doctorat (1); nous aurons occasion d'y revenir quand nous nous occuperons des attaques de délire hystéro-hypnotique.

Pendant que je poursuivais assidûment mes recherches, MM. Camuset, Voisin, Bourru et Burot, Mabille, etc., eurent successivement l'occasion d'étudier un malade, qui présenta à diverses reprises, dans le cours de sa carrière pathologique, des phénomènes tout à fait remarquables d'ecmnésie avec réversion de la personnalité. Je dois vous raconter brièvement son histoire :

Louis V..., actuellement âgé de vingt-cinq ans, est né à Paris de père et mère inconnus. Il paraît avoir eu, dès son enfance, des accidents névropathiques. Abandonné par ses parents, privé de toute direction morale, il devint vagabond et, à la suite d'une condamnation pour vol, il fut enfermé, de 1873 à 1880, dans la colonie pénitentiaire de Saint-Urbain (Haute-Marne), où on l'occupait aux travaux des champs.

Un jour, en mai 1879, pendant qu'il était occupé à lier des sarments de vigne, une vipère s'enroula; sans le piquer, autour de son bras. Il fut épouvanté, perdit connaissance, eut de grandes attaques de nerfs et devint paraplégique.

En mars 1880, il fut transporté à l'asile de Bonneval, dont M. Camuset était alors le médecin. Il était toujours paraplégique; son caractère était doux, affable; il se souvenait très bien de son enfance, ainsi que de son séjour à Saint-Urbain; il déplorait ses fautes et déclarait qu'à l'avenir, il ne commettrait plus de vols. Pour occuper ses loisirs, on lui fit apprendre le métier de tailleur. Il travaillait, du reste, avec zèle et, à l'atelier, on était très content de lui.

Deux mois après son arrivée à Bonneval, il eut de grandes attaques d'hystéro-épilepsie à la suite desquelles il guérit tout à coup de sa paraplégie. Mais en même temps on constata qu'il avait oublié tout ce qui s'était passé depuis le moment où avait débuté la paraplégie des membres inférieurs, c'est-à-dire depuis un an. Il se croyait encore à Saint-Urbain; il ne reconnaissait pas les personnes qui l'entouraient et lui donnaient des soins, il ne savait plus coudre, il ne se souvenait pas d'avoir été paralysé. En outre, son caractère était transformé : au lieu d'être doux, affable, poli, laborieux comme il l'était les jours précédents, il se montrait méchant, taquin, querelleur, arrogant, grossier, cynique (1). M. Camuset a noté avec beaucoup de soin les détails de cette transformation de la volonté du sujet, dont il fut obligé de reconnaître la réalité après avoir cru, tout d'abord, qu'elle était simulée.

Quelques jours plus tard, le malade s'évada en volant 60 francs à un infirmier; on le rattrapa au moment où il achetait des effets pour faire le voyage de Paris.

En 1881, il quitta l'asile de Bonneval. Il passa quelque temps à Chartres, tomba malade à Mâcon, entra à l'asile de Saint-Georges et finalement revint à Paris où il fut soigné pendant dix-huit mois (d'août 1883 à janvier 1885), dans le service de M. Jules Voisin, à Bicêtre.

Il eut là des accidents très variés, dont un au moins rappelle l'incident précédemment observé par M. Camuset. Le 26 janvier 1884, Louis V... se réveilla avec une contracture hémiplégique des membres du côté droit, qu'il conserva jusqu'au 16 avril de la même année. Ce jour-là, à la suite d'une légère attaque, la contracture disparut. Le lendemain matin on s'aperçut que le malade avait oublié tout ce qui s'était passé durant les trois mois qu'il était resté contracturé. Il se croyait au 26 janvier : il fut ébahi quand on lui fit remarquer que les feuilles poussaient aux arbres. De plus, son caractère s'était modifié. Pendant la durée de la contracture, il était doux et laborieux; depuis sa disparition, il était redevenu taquin, voleur, indiscipliné (2).

Il s'évada de Bicêtre, le 2 janvier 1885, en volant des effets d'habillement et de l'argent à un infirmier, s'engagea, on ne sait trop comment, dans l'infanterie de marine, commit des vols, passa en conseil de guerre et fut envoyé en observation, en mars 1885, à l'hôpital de Rochefort où MM. Bourru et Burot (3) purent l'étudier à loisir. Ces observateurs firent sur lui des recherches fort intéressantes, dont la partie la plus originale est relative à la provocation artificielle de l'ecmnésie avec réversion de la personnalité par application des agents esthésiogènes.

Exemples : Lors de son arrivée à Rochefort, Louis V... était hémiplégique et hémianesthésique du côté droit. En outre, il avait son caractère des mauvais jours : il était grossier, bavard, violent, indiscipliné, menteur et voleur. Il se rappelait assez bien son existence depuis la seconde partie de son séjour à Bonneval, mais pas avant.

Tout cela étant bien constaté, MM. Bourru et Burot appliquent un aimant sur son bras droit paralysé. Quelques secondes après, le sujet est transformé : l'hémiplégie et l'hémianesthésie sont transférées à gauche; la physionomie, le langage, le caractère sont profondément modifiés. Louis V... est devenu doux, timide, poli, correct : ce n'est plus le même personnage. Il ne reconnaît plus les personnes qui l'entourent; il se croit à Bicêtre; il ne sait pas qu'il s'est engagé et ne comprend pas comment il est arrivé à l'hôpital de Rochefort.

L'application de l'aimant sur la nuque provoque une paraplégie avec contracture; le sujet interrogé se croit à Saint-Urbain, il ne connaît ni Rochefort, ni Bicêtre, ni Bonneval, mais, en revanche, il peut raconter les événements survenus pendant son enfance, les circonstances qui ont précédé son admission dans la colonie pénitentiaire; il veut aller aux champs travailler avec ses compagnons de détention.

(1) Henri Blanc-Fontenille. *Étude sur une forme particulière de délire hystérique (délire avec ecmnésie)*, Thèse de doctorat, Bordeaux 1887.

(1) Camuset. Un cas de dédoublement de la personnalité. Période amnésique d'une année chez un jeune hystérique, *Annales médico-psychologiques*, janvier 1882.

(2) J. Voisin. Note sur un cas de grande hystérie chez l'homme avec dédoublement de la personnalité, *Archives de neurologie*, 1885, t. I, p. 212.

(3) H. Bourru et P. Burot. *Variation de la personnalité*, Paris 1888, p. 28 et suiv. — L'observation de Louis V... est rapportée avec de longs développements dans la thèse de M. Berjon : *La grande hystérie chez l'homme*, Thèse de doctorat, Bordeaux 1886.

L'électrisation statique fait disparaître toute paralysie. Le malade se figure alors être à Saint-Urbain, à l'âge de quatorze ans, jouissant de toutes ses facultés et n'ayant jamais été gravement malade, car ses souvenirs s'arrêtent au moment précis où eut lieu l'accident provoqué par la vipère. Il a, d'ailleurs, toutes les allures d'un charmant jeune homme, doux, intelligent, convenable, bien élevé.

Ces expériences sont très importantes parce qu'elles démontrent, dans une certaine mesure, la liaison intime d'un état physique déterminé avec un état mental concomitant. Je vous ai déjà dit que, chez Albertine M..., la réversion de la personnalité, à une époque antérieure au développement des accidents hystériques, fait disparaître l'hémianesthésie et les zones hystérogènes. Chez le malade de MM. Bourru et Burot, la reproduction artificielle de certains accidents paralytiques évoque, *ipso facto*, l'état mental qui avait autrefois accompagné ces accidents. Les deux observations se complètent réciproquement. Dans la première, la transformation psychique amène le changement physique correspondant; dans la seconde, c'est la modification physique qui précède et commande la transformation psychique. Dans les deux cas, les choses se passent comme si toutes les impressions arrivant simultanément aux centres nerveux restaient étroitement associées dans les profondeurs de la mémoire inconsciente, de telle sorte que la reviviscence de l'une d'elles dût entraîner aussitôt la reviviscence de toutes ses contemporaines.

Il serait fort intéressant de rechercher dans quelle mesure ces observations concordent avec les différentes hypothèses émises par les philosophes sur la nature du *moi*. Mais, pour porter la discussion sur ce terrain, il faudrait avoir des connaissances très étendues en psychologie. Je préfère m'arrêter et laisser à qui de droit le soin de tirer, des faits cliniques sur lesquels je viens d'appeler votre attention, les conclusions qu'ils comportent.

DE LA PRATIQUE GÉNÉRALE DE LA DÉSINFECTION (1)

Par le docteur L.-H. Thoinot,
Auditeur au Comité consultatif d'hygiène de France.

III

F. Applications générales de la désinfection. — Nous allons examiner, dans ce chapitre, cette désinfection d'ensemble qu'on doit prescrire à l'issue de toute maladie infectieuse, terminée par la mort ou la guérison. Elle doit comprendre, nous l'avons dit et répété, *tout* ce qui a eu quelque chance d'être contaminé par le malade, tout ce qu'on peut soupçonner d'avoir reçu et recélé un germe morbide quelconque. Elle est, en particulier, de la plus haute importance dans les cas de *choléra*, *variole*, *diphthérie*, mais elle s'impose pour toute maladie infectieuse arrivée à la terminaison.

La conduite du médecin devra varier suivant les cas, et, d'une façon générale, elle diffère suivant qu'il y a ou non une étuve Geneste et Herscher, du type fixe ou mobile, à la disposition. Cette étuve existe-t-elle, tout sera des plus simples; si elle fait défaut, il faudra y suppléer par les moyens que nous indiquerons, et, en ce cas, il y a quelques difficultés, faciles d'ailleurs à surmonter, nous espérons le montrer.

I. *Le praticien peut disposer d'une étuve Geneste et Herscher pour la désinfection.* — Le cas est simple, nous l'avons dit : avec l'étuve d'une part, les lavages ou pulvérisations à la solution de sublimé d'autre part, on se tirera aisément d'affaire.

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1367.

a. Considérons d'abord le cas où il faudra opérer dans un local meublé sans luxe, où rien de précieux ne viendra faire obstacle à une désinfection complète.

On rassemblera l'ensemble du linge, toutes les pièces de la literie du malade, la garde-robe du malade et celle de ceux qui l'ont approché et soigné, les rideaux, tapis de la chambre, etc., et on enverra le tout à l'étuve.

Dans le local même occupé par le malade, on procédera à la désinfection à l'aide de la solution de sublimé. On lavera le sol, on lavera les murs, ou, mieux encore, on les désinfectera avec le pulvérisateur Geneste et Herscher, on lavera tous les meubles, etc. : en un mot, on ne laissera pas un point du local ou des meubles qui n'ait été largement débarrassé par la solution désinfectante des germes qu'elle pourrait recéler. Cette pratique est des plus simples. Nous avons parlé du pulvérisateur, mais il n'est vraiment pas besoin d'autres appareils que ceux que l'on a sous la main : balais, brosses, éponges.

Ceci terminé, l'étuve ayant, d'autre part, fait son œuvre, on pourra se dire qu'on a écarté, dans la mesure du possible, les chances d'une contamination nouvelle par le local ou les objets qui ont été à l'usage du malade. On prescrira de refaire les murs et plafond à la chaux, s'il y a lieu.

b. Soit maintenant un local meublé plus luxueusement, renfermant des tentures, des tapis, des objets de prix. La conduite doit être la même. Le médecin doit employer tous ses efforts à persuader ses clients que ces tapis, ces tentures, les étoffes qui couvrent les meubles ne courront aucun risque de détérioration du fait de l'étuve. Il faudra donc obtenir de faire passer tout cela à l'étuve, et y joindre, comme dans le cas précédent, le linge, toute la literie du malade, sa garde-robe et celle des personnes qui l'ont approché.

Il va sans dire que, dans l'un et l'autre cas, il faut se garder d'envoyer à l'étuve les quelques objets qui ne supportent pas son action, objets que nous avons énumérés, et que ces objets devront subir la désinfection par un lavage ou des pulvérisations au sublimé.

Ceci fait, on désinfectera le local : parquet, murs, plafond, comme dans le cas précédent.

II. *Il n'y a pas d'étuve ni fixe, ni mobile à la disposition.* — Ce cas est le plus fréquent et aussi le plus embarrassant.

a. Considérons, comme ci-dessus, la circonstance la plus favorable, et d'ailleurs la plus commune : un local de maison ouvrière ou de ménage peu aisé. Il est toujours bien facile de désinfecter le local même et les meubles qu'il renferme : nous savons que cela se fait avec les pulvérisations ou les lavages opérés simplement à l'éponge, à la brosse, au balai, avec la solution de sublimé.

Pour le linge, encore nulle difficulté : l'immersion dans la solution de sublimé, ou une lessive à l'eau bouillante, suffisamment prolongée, résoudra le problème.

Pour les effets grossiers, ceux qui supportent le lavage, ceux qu'on nettoie habituellement par ce procédé, même pratique que pour le linge.

Mais la difficulté commence avec les étoffes d'habillement qui craignent l'action de l'eau, elle augmente lorsqu'on veut désinfecter la literie. Il est parfois possible de faire brûler les paillasses, de peu de valeur, et de désinfecter la toile qui les enveloppe, mais on ne peut en agir de même avec les matelas de laine ou de crin, les oreillers, les traversins. (Il va sans dire que les couvertures peuvent être désinfectées par les lavages au sublimé.)

Une immersion dans la solution de sublimé d'un matelas, d'un oreiller, d'un traversin est impraticable, et les pulvérisations ne pénétreraient pas la masse de l'objet.

Pour les étoffes d'habillement, le soufre ne convient guère, car il détériore la soie, il détériore les couleurs, et vraiment ici nous nous trouvons dans un embarras complet.

Le soufre, au contraire, convient parfaitement pour désinfecter les matelas, oreillers, traversins, couvertures. Mais ce soufre,

comment faut-il l'employer? Hors le temps d'épidémie, quand la désinfection ne doit porter que dans des maisons isolées, et à intervalles éloignés, j'admets, à la rigueur, la désinfection par le soufre dans le local même, quels que soient ses inconvénients.

La pièce, donc, ayant été lavée soigneusement au sublimé dans toutes ses parties, les meubles ayant été également bien désinfectés, et, d'autre part, le linge ayant subi ou subissant l'immersion, on apprête le local pour la désinfection par l'acide sulfureux. On enlève, à cet effet, les objets en fer (lits, etc.), les glaces et dorures, même celles de peu de prix : on ne laisse que les meubles en bois et la literie.

Les deux conditions majeures pour une bonne désinfection au soufre étant, nous l'avons dit, la clôture hermétique de la pièce où se dégagera l'acide sulfureux et la combustion de 60 grammes de soufre par mètre cube, on commence par boucher hermétiquement toutes les issues et fissures de la pièce : joints des portes et des fenêtres, rainures d'insertion des vitres, fissures du mur, etc., avec du *mastic* et non du papier collé, *ce qui n'a absolument aucune valeur, ce qui ne clôt absolument rien.* On ne laisse absolument libre qu'une seule issue, la porte par laquelle on se retirera et par laquelle on pénétrera de nouveau, l'opération terminée.

Ceci fait, on cube la pièce, et on dispose sur une cuvette de sable très large, plusieurs plats en *terre* contenant chacun 1500 à 2000 grammes de fleur de soufre. La quantité totale de fleur de soufre à disposer pour la combustion est de 60 grammes par mètre cube. On arrose la surface de la fleur de soufre avec l'alcool à brûler, et on enflamme alors. On se retire vivement, on referme la seule porte laissée libre et on en bouche soigneusement toutes les fissures, rainures et ouvertures avec le mastic. On laisse l'acide sulfureux agir pendant vingt-quatre heures et on rouvre alors seulement le local, en tâchant d'y provoquer un courant d'air, dès que faire se pourra.

Les inconvénients de cette pratique tant vantée, si souvent mise en usage, sautent aux yeux. A la campagne, il est peu de pièces qui se prêtent à cette désinfection, car il en est peu qui puissent se clore hermétiquement, même par le procédé que nous indiquons : la désinfection est alors illusoire, le gaz fuyant par toutes les issues, à mesure que la combustion le produit. A la ville, il en est souvent de même; en outre, lorsqu'il s'agit de désinfecter ainsi un local situé dans une maison comptant de nombreux locataires, le gaz sulfureux s'échappant après l'opération, si celle-ci a été *régulièrement et hermétiquement* faite, se répand dans la maison entière et cause une telle incommodité qu'une seconde opération semblable rencontrerait la plus vive opposition.

La désinfection par le soufre à domicile, restera donc toujours, à mon avis, une véritable exception. Elle n'est vraiment aisée que quand on la fait mal, quand on ne clôt rien, quand on brûle quelques grammes de soufre; et une désinfection illusoire est peut-être plus dangereuse encore par ses conséquences que l'absence de désinfection.

Le soufre peut cependant, en l'absence d'étuve, et en temps d'épidémie, rendre les plus signalés services : je me suis efforcé de le montrer dans un article publié récemment dans les *Annales d'hygiène.*

Si quelques cas d'une maladie épidémique sévissent dans une commune, le médecin conseillera l'établissement d'une *soufrière* à l'usage de toute l'agglomération.

Il sera aisé de trouver un local inoccupé, assez isolé, facile à clore hermétiquement de toutes parts avec du mastic et du plâtre : on ne gardera qu'une issue, qu'on clôra elle-même pendant les opérations. Au centre de cette soufrière, on creusera un trou, si le sol s'y prête, ou bien on disposera du sable en cuvettes. Le local sera prêt : il ne restera qu'à mettre dans les cuvettes de sable quantité convenable de fleur de soufre (60 grammes par mètre cube), à enflammer ce soufre arrosé légèrement d'alcool et à clore enfin la porte de sortie et d'entrée, au moyen du mastic.

Voilà une soufrière établie à peu de frais : elle remplacera l'étuve qu'on n'a pas et servira pendant toute la durée de l'épidémie, à la désinfection *des pièces de literie* et du linge même, *qu'on y transportera comme on transporte ces objets à l'étuve.* On pourra faire alors, sûrement, une bonne désinfection, qui ne présentera aucun inconvénient pour les habitants, et le problème se trouve ainsi ramené à ce que nous avions envisagé tantôt : désinfection quand on dispose d'une étuve. La soufrière joue le rôle de cette étuve, moins parfaitement, je n'en disconviens pas, mais d'une façon suffisante.

Ainsi désinfection du local au sublimé, des meubles par le même procédé, du linge, des effets grossiers par l'immersion dans la solution de sublimé, des pièces de literie par la soufrière : voilà la conduite facile à tenir.

S'agit-il maintenant, dans cette commune où l'on ne dispose pas d'une étuve, de désinfecter des objets plus précieux : tentures, tapis, rideaux, etc., qu'on peut trouver dans quelques maisons, il ne faut pas hésiter, *si on ne croit pas que ces divers objets supportent le mouillage au sublimé*, à conseiller de faire un ballot de tout cela, et de l'envoyer à une étuve plus ou moins éloignée, à la grande ville la plus proche munie d'un de ces appareils.

Pour tous les autres objets, on agira comme au paragraphe ci-dessus : désinfection du local par les lavages, du linge par l'immersion, de la literie par la soufrière.

Nous avons envisagé, croyons-nous, l'ensemble des pratiques élémentaires de la désinfection : il y a des lacunes que nous ne pouvons nous dissimuler dans cette Revue, mais il nous semble qu'il est possible déjà de faire de bonne prophylaxie avec les moyens simples indiqués, et c'est l'essentiel.

THÉRAPEUTIQUE

La chlorose et son traitement.

Par le docteur Labat.

Dans l'important ouvrage qu'il a publié sur *Le sang et ses altérations anatomiques*, M. Hayem s'exprime ainsi :

« Le fer est le médicament par excellence, on peut dire le spécifique de la chlorose dans tous les cas sans exception et sans restriction.

On a, cependant, contesté bien souvent sa valeur; mais quand on n'a pas réussi, c'est qu'on a passé à côté de la bonne préparation, ou négligé quelque circonstance essentielle.

Ainsi, chez les chlorotiques dyspeptiques — et ils le sont presque tous — il faut faciliter la digestion et l'absorption du fer, et on y parvient très facilement, en suppléant à l'insuffisance de production d'acide chlorhydrique pour l'estomac. »

Et le savant professeur de thérapeutique prescrit à chaque repas, dans de l'eau sucrée, une petite quantité d'acide chlorhydrique, 20 à 25 centigrammes.

De son côté, M. Huchard, dans ses leçons cliniques de l'hôpital Bichat, dit ceci :

« Il est dans l'histoire de la chlorose un point que vous ne devez jamais perdre de vue. Les individus atteints de cette affection ont un suc gastrique pauvre en acide chlorhydrique; les chlorotiques sont donc des hypochlorhydriques; et certaines pseudo-gastralgies de la chlorose n'ont souvent pas d'autre origine que cette insuffisance de sécrétion de l'acide chlorhydrique dans l'estomac :

Donc, *elles ne doivent pas avoir d'autre médication que celle de l'acide chlorhydrique,* ceci souligné.

Or, si vous donnez immédiatement du fer et de l'arsenic à votre malade, vous pouvez ajouter chez lui *une dyspepsie médicamenteuse à la dyspepsie chlorotique.* »

Et comme M. le professeur Hayem, M. Huchard prescrit, au milieu de chaque repas, une à deux cuillerées à soupe, d'une potion contenant xxx gouttes d'acide chlorhydrique pour 150 grammes d'excipient.

De cette pratique, aujourd'hui adoptée par tous les médecins

au courant des progrès thérapeutiques, il n'y avait qu'un pas à faire pour que vînt l'idée d'administrer le fer en solution chlorhydrique.

Et cette idée est venue en même temps à plusieurs praticiens; et voilà six mois que, sans bruit, elle a été réalisée, et a fait son chemin sous la forme de deux préparations :

Le Phospho-fer et *le Phospho-fer calcique* dont l'usage a pleinement confirmé la conception théorique.

C'était à prévoir, d'ailleurs, car ces préparations réunissent, comme on va le voir, des qualités toutes spéciales qui ne se rencontrent dans aucun autre ferrugineux.

Le *Phospho-fer*, c'est du chlorhydro-phosphate de fer ;

Le *Phospho-fer calcique*, du chlorhydro-phosphate de fer et de chaux.

Le premier contient 10 centigrammes de phosphate de fer par cuillerée à soupe.

Le second, 5 centigrammes de phosphate de fer, et 25 centigrammes de phosphate de chaux supposé sec.

Les *deux* se présentent sous la forme d'une solution limpide, inaltérable et sans goût lorsqu'on la mélange avec de l'eau et du vin, de l'eau sucrée, etc., ce qui en rend facile l'administration même prolongée.

Avec l'*une* comme avec l'*autre*, la digestion et l'absorption du médicament se trouvent assurées;

Et au lieu d'appauvrir le suc gastrique de l'estomac déjà si faible; au lieu d'ajouter à *la dyspepsie chlorotique* une *dyspepsie médicamenteuse;*

Elles concourent puissamment à la guérison de la première, sans préjudice de leur action spéciale.

Cette action est double et différente selon qu'il s'agit de l'une ou de l'autre préparation; et le médecin a le choix de les prescrire selon les cas auxquels il a affaire.

Dans le *Phospho-fer* ou chlorhydro-phosphate de fer, il possède une combinaison qui, par son phosphore, exerce sur le système nerveux une action spéciale, stimulante et reconstituante, qui favorise singulièrement celle qu'on doit déjà attendre du fer luimême.

Dans le *Phospho-fer calcique*, chlorhydro-phosphate de fer et de chaux, il a une préparation où à l'action du fer vient s'ajouter celle éminemment reconstituante du phosphate de chaux, bien souvent tout aussi précieuse, surtout chez les malades qui sont encore à la période de croissance.

C'est donc principalement aux enfants qui ont besoin de fer, qu'elle devra s'adresser.

Et ce n'est pas seulement dans la chlorose pure, que ces préparations produiront les bons résultats inhérents au fer qui, seul, n'a guère d'autre action, mais dans toutes les anémies et dans le dépérissement ou appauvrissement général de l'économie, quelle qu'en soit la cause.

Le phosphate de fer était déjà d'ailleurs considéré, en théorie, comme le type des préparations ferrugineuses à double effet.

Mais en pratique, malheureusement, son insolubilité obligeait à recourir à des artifices de solution, comme le pyrophosphate de fer et de soude ou le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal, tandis qu'avec les préparations actuelles, on possède des combinaisons naturellement solubles, assimilables, et à effets thérapeutiques multiples, sans parler du concours qu'elles apportent à la digestion.

Dans de prochains articles, nous montrerons, par les faits les plus probants, la valeur exceptionnelle de ces médicaments.

Disons cependant en terminant, pour les praticiens désireux de les expérimenter, que la dose en est d'une cuillerée à soupe, qui doit être prise au milieu des deux principaux repas, dans un verre d'eau et de vin ou de toute autre boisson préférée par le malade.

Ajoutons encore que l'effet ne tarde pas à se produire, et que le chiffre des globules rouges monte rapidement.

Mais que, malgré l'amélioration constatée, quelque grande qu'elle puisse être, malgré le très bon état où se trouve le malade — et ceci surtout pour la chlorose pure;

Il faut — ainsi que le disait, dans son rapport au récent Congrès international de Berlin, le docteur Laache (de Christiania), — il faut, pour toutes les préparations ferrugineuses, continuer la médication avec persévérance, sous peine de rechute.

Nous ne devons pas, en effet, nous fier trop exclusivement à la numération des globules rouges, comme on a le tort de le faire depuis quelques années, parce que le taux de l'hémoglobine, toujours plus affaibli que le nombre des globules, remonte beaucoup moins vite, et qu'il lui faut beaucoup plus de temps pour revenir à la normale.

VARIÉTÉS

Hôpitaux de Paris.

MM. Charcot, Potain, Mesnet, Vidal, Laboulbène et Féréol, nés en 1825, atteignent cette année la limite d'âge. Mais MM. Charcot et Potain sont non seulement médecins des hôpitaux, mais aussi professeurs à la Faculté, et leur chaire étant une clinique, leurs fonctions de chef de service se confondent avec celles de professeur. Ils ont donc encore cinq ans à rester en exercice, car un décret de 1885 fixe la limite d'âge à soixante-dix ans, pour les professeurs de la Faculté. Le même décret, prolongeant les fonctions jusqu'à soixante-quinze ans pour les professeurs membres de l'Institut, M. Charcot, qui appartient depuis 1883 à l'Académie des sciences (onzième section : médecine et chirurgie), reste professeur pendant dix ans encore et continue, par conséquent, ses fonctions de médecin des hôpitaux jusqu'au 31 décembre 1900.

Quant à M. le professeur Laboulbène, son cours d'histoire de la médecine ayant lieu à la Faculté, et ne l'obligeant pas à avoir un service d'hôpital, il quitte au 31 décembre son service de la Charité, mais conserve pendant cinq ans sa chaire de la Faculté.

I

Les médecins des hôpitaux de Paris sont actuellement au nombre de 125. Il y a 16 médecins honoraires; 87 médecins en exercice (à la mort de M. Siredey, son service n'a pas été pourvu de titulaire, c'est un médecin du Bureau central qui a rempli les fonctions de chef du service depuis cette époque) et 22 médecins du Bureau central.

Quatre médecins titulaires deviennent honoraires et cinq médecins du Bureau central commencent leur service actif.

Au 1er janvier prochain, le nombre des médecins honoraires sera donc porté de ce fait de 16 à 20. Ce sont MM. Marrotte, Barthez, Roger, Matice, Moissenet, Bourdon, Bergeron, Bouchut, Hervieux, Hérard, Guibout, Hardy, Eugène Moutard-Martin, Lailler, Empis, Labric, Mesnet, Vidal, Laboulbène et Féréol.

Les médecins en exercice seront au nombre de 88 et les médecins du Bureau central seront réduits de 22 à 17.

Nos lecteurs trouveront dans notre numéro du 23 décembre, p. 1370, les mutations dans les services de médecine par suite du décès de M. Siredey et de l'arrivée à la limite d'âge de MM. Mesnet, Féréol, Laboulbène et Vidal.

Le plus âgé des médecins des hôpitaux est actuellement M. Marrotte, médecin honoraire (quatre-vingt-deux ans) et le plus jeune M. Gilbert, médecin du Bureau central (trente-trois ans).

M. Marrotte (Joseph-Adolphe) est né le 7 novembre 1808. Sa thèse est du 3 février 1835. C'est à l'hôpital de la Charité qu'il fut attaché en dernier lieu. Il est médecin honoraire, depuis le 1er janvier 1874. Il est, depuis 1868, membre de l'Académie de médecine où il fait partie de la quatrième section (thérapeutique et histoire naturelle médicale). M. Marrotte est officier de la Légion d'honneur.

Le plus jeune des médecins honoraires sera — au 1er janvier prochain — M. le professeur Laboulbène.

Parmi les médecins encore en exercice, le plus âgé est M. le professeur Germain Sée, qui atteint sa soixante-quatorzième année le 6 février prochain. Dans un article analogue à celui

que nous publions aujourd'hui, qui a paru à la fin de l'année 1889 (*Gaz. des hôpit.*, p. 1316), nous avons parlé du professeur de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, nous n'y reviendrons donc plus.

Viennent ensuite, par rang d'âge, les médecins nés en 1825 : MM. Féréol (février), Mesnet (mars), Vidal (juin), Potain (juillet), Laboulbène (août) et Charcot (novembre).

Par date d'admission au Bureau central, ils prennent l'ordre suivant : 1856 (avril), M. Charcot; 1859 (avril), MM. Potain et Mesnet; 1861 (août), MM. Vidal et Laboulbène; 1865 (juillet), M. Féréol.

M. Charcot (Jean-Martin) est né le 29 novembre 1825. Il fut nommé interne des hôpitaux en 1848, et passa sa thèse le 16 mars 1853. De 1853 à 1855, il est chef de clinique médicale. Nommé médecin du Bureau central, le 21 avril 1856, il commence son service actif, à la Salpêtrière qu'il n'a jamais quittée, le 13 novembre 1861. Agrégé en 1860, il est nommé, en 1872, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté. M. Charcot occupe, depuis le 1er janvier 1882, la chaire de clinique des maladies du système nerveux. Il appartient, depuis 1873, à la sixième section (anatomie pathologique) de l'Académie de médecine, et, en 1883, il a succédé à Cloquet, à l'Académie des sciences. Il est officier de la Légion d'honneur.

M. Potain (Pierre-Carl-Ernest) est né le 19 juillet 1825. Sa thèse est du 21 janvier 1853 (quelques semaines avant celle de M. le professeur Charcot). Il est nommé au Bureau central le 27 avril 1859, et devient titulaire neuf mois après, le 31 janvier 1860. C'est depuis le 23 novembre 1886 qu'il est à l'hôpital de la Charité. M. Potain est de plus professeur de clinique médicale, membre de l'Académie de médecine et officier de la Légion d'honneur.

M. Féréol (Louis-Félix-Henri) est né le 12 février 1825. Sa thèse est du 16 mai 1859. Il est médecin du Bureau central le 31 janvier 1865 et titulaire le 22 décembre 1868. C'est depuis le 1er janvier 1882, qu'il est médecin de la Charité. Il est également membre de l'Académie de médecine et officier de la Légion d'honneur.

M. Mesnet (Urbain-Antoine-Ernest) est né le 26 mars 1825. Sa thèse est du 21 janvier 1852. Médecin du Bureau central le 27 avril 1859, en même temps que M. Potain, il commence son service actif le 31 janvier 1862. Il est médecin de l'Hôtel-Dieu, depuis le 15 janvier 1886. Il est, depuis 1882, membre de l'Académie de médecine (section des associés libres) et chevalier de la Légion d'honneur.

M. Vidal (Émile-Jean-Baptiste) est né le 19 juin 1825. Il est docteur du 27 janvier 1855, médecin du Bureau central le 12 août 1861, et commence son service actif le 15 janvier 1864. Depuis vingt-quatre ans (1er janvier 1867), il est médecin de l'hôpital Saint-Louis. Il est membre de l'Académie de médecine depuis 1883 et officier de la Légion d'honneur.

M. Laboulbène (Jean-Joseph-Alexandre) est né à Agen (Lot-et-Garonne) le 23 août 1825. Sa thèse est du 8 mars 1851. Comme M. Vidal, il est reçu au Bureau central le 12 août 1861, comme lui il devient titulaire le 15 janvier 1864. Il est professeur à la Faculté depuis 1879. Il appartient depuis 1873 à la section d'anatomie pathologique de l'Académie de médecine. Il est de plus officier de la Légion d'honneur. C'est depuis le 1er janvier 1877 qu'il est médecin de l'hôpital de la Charité. Naturaliste des plus éminents, il pourrait bien s'asseoir un jour dans un fauteuil de l'Institut.

Au 1er janvier prochain, le plus jeune des médecins *en exercice* sera M. Brocq, qui est né le 1er février 1856.

Le plus jeune de tous les médecins des hôpitaux est M. Gilbert, agrégé de la Faculté; nous en avons parlé dans notre article du 17 décembre 1889.

Depuis un an, nous avons eu à enregistrer la mort de MM. Gendrin, Damaschino, Dreyfous et François Siredey.

Deux concours pour le Bureau central ont eu lieu cette année : MM. Babinski, Charrin et Armand Siredey ont été nommés le 1er mai; MM. Richardière, Thibierge et Galliard le 20 juillet.

Dans un an, doivent prendre leur retraite les deux médecins nés en 1826, MM. Dumontpallier (8 mars) et Cadet de Gassicourt (31 octobre).

II

Pour les chirurgiens, la limite d'âge est, on le sait, fixée à soixante-deux ans. Aucun chirurgien n'atteint sa retraite cette année, aucun n'étant né en 1828, sauf M. le professeur Tarnier né le 29 avril, qui reste encore huit ans en exercice. M. le professeur Le Fort, seul, est né en 1829 (5 novembre), mais étant professeur de clinique, il n'y aura pas non plus l'année prochaine de nouveaux chirurgiens honoraires.

Il faut donc encore attendre deux ans (31 décembre 1892) pour avoir de nouveaux chirurgiens honoraires.

Nous avons donné dans un de nos précédents numéros (voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1362) le mouvement chirurgical des hôpitaux dû au décès de M. Trélat et à la création d'un nouveau service chirurgical à l'hôpital Cochin.

Les chirurgiens honoraires sont au nombre de 8 :

Ce sont MM. Maisonneuve, Marjolin, Désormeaux, Alph. Guérin, Cusco, Cruveilhier fils (démissionnaire le 1er novembre 1887, à l'âge de cinquante-deux ans et demi), Alfred Richet et Marc Sée.

Le plus âgé des chirurgiens est actuellement M. Maisonneuve. Né le 10 novembre 1809, M. Maisonneuve (Jacques-Gilles) est docteur de 1835, c'est depuis le 1er janvier 1872 qu'il a quitté l'Hôtel-Dieu. M. Maisonneuve est chevalier de la Légion d'honneur.

Le plus âgé des chirurgiens encore en exercice est M. Verneuil, qui, en sa qualité de membre de l'Institut, peut rester professeur et, par conséquent, chirurgien de l'Hôtel-Dieu jusqu'au 31 décembre 1898, n'ayant soixante-quinze ans que le 28 novembre de cette année là.

Les plus jeunes chirurgiens *en exercice* sont : MM. Quénu (21 juillet 1852), puis Schwartz (16 février 1852).

Au 1er janvier 1891, les chirurgiens en service seront au nombre de 44, et les chirurgiens du Bureau central au nombre de 13.

Le plus jeune des chirurgiens des hôpitaux est M. Broca (Benjamin-Auguste) né le 5 décembre 1859. M. Broca, ancien interne des hôpitaux et ancien prosecteur à la Faculté, est docteur de 1886. Il a été reçu le 1er juin 1890 au Bureau central.

Nous avons eu à enregistrer, durant l'année qui vient de s'écouler, la mort de MM. Ricord, Gustave Monod et Trélat, et la nomination de MM. Broca et Walther.

III

Quant aux accoucheurs des hôpitaux, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous disions il y a un an. Il n'y a pas eu de nouveau concours durant l'année 1890. Aucun changement ne s'est produit depuis le 1er juillet 1889, époque à laquelle M. Pinard ayant été nommé professeur de clinique obstétricale, par décret en date du 22 juin 1889, est passé de Lariboisière à la Maternité. M. Porak passa alors de Saint-Louis à Lariboisière; M. Bar de Tenon à Saint-Louis et M. Champetier de Ribes, alors accoucheur suppléant, passa à l'hôpital Tenon.

Les accoucheurs des hôpitaux sont actuellement au nombre de dix. Sept sont en exercice : ce sont MM. Budin (Charité), Porak (Lariboisière), Pinard (Maternité), Ribemont-Dessaignes (Beaujon), Maygrier (Pitié), Bar (Saint-Louis) et Champetier de Ribes (Tenon).

Le plus âgé des accoucheurs en exercice est M. Pinard (4 février 1844), le plus jeune M. Bar (5 novembre 1853).

Les trois accoucheurs suppléants sont MM. Doléris (22 décembre 1852), Auvard (8 août 1855) et Bonnaire (26 mars 1858).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rampal, professeur à l'École de médecine de Marseille.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

TABLE DES MATIÈRES

1890

C

D

E

F

G

N

O

P

R

S

T

U

V

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1890

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

